

Deutscher Zahnärztetag

**Pflegebedarf
bei Migranten**

**Qualität der
Promotion**



Foto: DGZMK Michelle Spillner

■ *Vorkehrungen für eine Institution: Der Deutsche Zahnärztetag 2011 in Frankfurt erforderte viel Vorarbeit und umfassende Logistik, bis hochqualitative Fortbildung und berufspolitische Versammlungen ihren Lauf nehmen konnten.*

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

manchmal schafft der Zufall ebenso schöne wie ausdrucksstarke Bilder:

Dass die kleine Emilia ihrem Vater Dr. Moritz Kepschull – dem diesjährigen Preisträger des von der DGZMK vergebenen Miller-Preises – in der Frankfurter Paulskirche vor Hunderten von Gästen die Hand reichte, war sicherlich die beste Unterstützung, die sich FAZ-Herausgeber und Buchautor Frank Schirrmacher im Anschluss an seine Festrede wünschen konnte. Sein Thema: „Das Methusalem-Komplott“ über die Deutschland „revolutionierende demografische Veränderung“ und die drohende Überalterung unserer Gesellschaft.

Mit ihrer Geste unterstrich Emilia das in künftigen Jahrzehnten so wichtige Recht der Jungen auf ein lebbares Miteinander mit der dann bestehenden Überzahl der Älteren. Sie und ihre gleichaltrigen Mitmenschen haben ein Recht darauf, dass wir schon heute unseren Teil für die lebbare und funktionierende Gesellschaft der kommenden Jahrzehnte leisten.

Familie Kepschull stand somit nicht nur für hervorragende Leistungen im Feld der Parodontologie auf der Empore im Zentrum

dieser für unsere Demokratie historisch so denkwürdigen Kirche.

Dass die Weichen für eine solchermaßen lebbare Zukunft nicht erst in einigen Jahrzehnten gestellt werden können, machten die politischen Diskussionen auf den Delegiertenversammlungen von BZÄK und KZBV deutlich. Wer meint, er habe hier noch Zeit, musste vom Festvortragsredner hören, dass die Möglichkeit zur zeitnahen Korrektur der Demografie-Entwicklung längst vorbei ist – und zwar für Generationen. Vordringliche Aufgabe ist jetzt, die Maßnahmen zu ergreifen, um späteren Notstands-Situationen vorzubeugen. Klar ist, dass es dafür mehr braucht als rüstige Rentner.

Im Bereich der Gesundheitspolitik ist die Vorsorge für ein gesellschaftliches Morgen heute zu treffen. Dabei geht es nicht nur um die richtige Reform der Pflege, sondern auch um die Erkenntnis, dass medizinischer Fortschritt und ein langes Leben nicht nur teuer, sondern auf dem Weg in eine für alle Generationen lebbare Zukunft wichtig sind. Deutlich wurde, dass diese Gesellschaft Besseres tun muss, als heute Geld zu sparen.

Dass die Zeichen für diese lebbare Zukunft nicht so schlecht stehen, wie die Prognostik

vermuten lässt, war in Ansätzen auf den Veranstaltungen – egal, ob auf dem Kongress oder in den zentralen berufspolitischen Versammlungen – immer wieder erkennbar. Anlass zur Hoffnung gibt es: Medizinische Forschung verspricht in den kommenden Jahren spannende Entwicklungen. Wichtig ist auch die Erkenntnis, dass trotz aller gesundheitspolitischer Desaster, die akut die Weichenstellungen für ein künftig tragbares System erschweren, in vielen Bereichen der Gesellschaft ein Umdenken aufkeimt, neue Wege zu wagen.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto und Titelfoto: BZÄK-Axentis.de

Zum Titel

BZÄK, KZBV und DGZMK luden vom 10. bis zum 12. November zum Deutschen Zahnärztetag nach Frankfurt/M. Neben den zentralen Versammlungen von BZÄK und KZBV lockte die Wissenschaft unter dem Motto „Risikoeerkennung“ eine Vielzahl von Zahnärzten in die Messestadt.

Seite 28

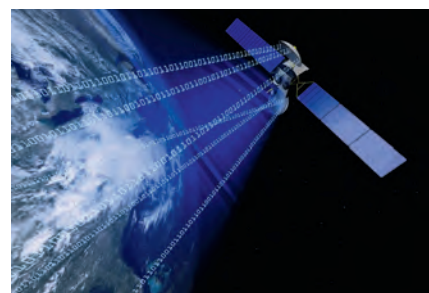


Foto: tiimel35 – Fotolia.com

Ende April kommt auch in Deutschland das digitale Fernsehen. Kein Grund, schwarz zu sehen.

Seite 94

Editorial 1

Leitartikel

Der KZBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Jürgen Fedderwitz, über Chancen und Risiken schwarz-gelber Gesundheitspolitik **4**

Nachrichten

6

Gastkommentar

Die Gesundheitsfachjournalistin Jutta Visarius über eine mögliche Rückbesinnung auf das Soziale in der Marktwirtschaft **14**

Politik und Beruf

Bahrs Eckpunktepapier: Sozialverbände kritisieren Reform **16**

ZFA-Statistik 2011:
Plus bei Ausbildungsverträgen **18**

Gesundheit und Soziales

Kultursensible Altenpflege:
Vom Gastarbeiter zum Senior **26**

Titelgeschichte

Deutscher Zahnärztetag 2011:
Werte in der Krise **28**


KZBV-Vertreterversammlung:
Liberal wie limitiert **32**

BZÄK-Bundesversammlung:
Flagge zeigen – Chancen nutzen **36**

DGZMK-Fortbildungskongress:
Rund ums Risiko **40**

Studententag: Blick nach vorn **44**

Zahnmedizin

 Der aktuelle klinische Fall:
Nekrotisierende ulzerative
Parodontitis beim HIV-Patienten **46**

Der besondere Fall:
Speichelfistel nach Tumorradikal-OP **48**

Medizin

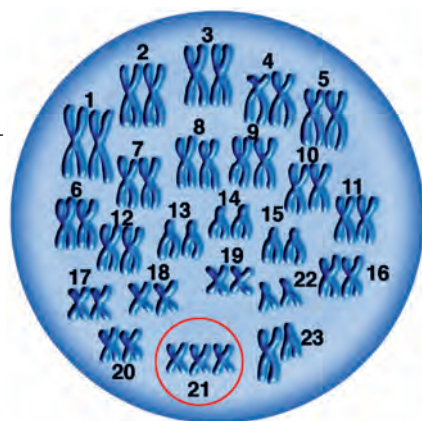
Repetitorium:
Trisomie 21 – das Down-Syndrom **50**

Tagungen

Medizinische Aufklärung im Internet:
Wenig Durchblick trotz Transparenz **58**

DGCZ: Digitalisierung standardisiert
die Prozesskette in der Praxis **60**

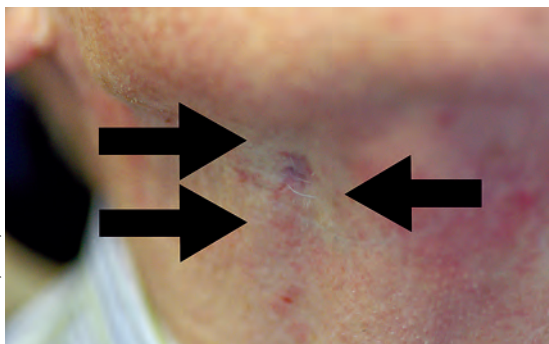
Foto: picture alliance



Nur ein kleines X zu viel und schon ist so vieles anders. Das Repetitorium bringt Neues zum Down-Syndrom.

Seite 50

Foto: Dau, Lenz, Frenlich



Der Patient entwickelt 24 Jahre nach einer Tumorradikal-OP eine Speichelfistel. Die Diagnostik hätte vom Zahnarzt schon früh erfolgen können. Ein besonderer Fall.

Seite 48

Foto: crimson – Fotolia.com



Finanzkrise – und kein Ende. Seit Monaten werden durch öffentliche Gelder Rettungsschirme aufgespannt. Doch wer zahlt am Schluss?

Seite 82

Fachforum 64

Akademisches

Qualitätssicherung in der Promotion:
Forschen für die Tonne 68

Veranstaltungen 72

Finanzen

Die Kosten der Eurokrise:
Wer am Ende zahlt 82

Finanzierung bei Immobilien:
Notarbestätigung rechtzeitig besorgen 86

Praxismanagement

Fiskus: Steuerliche Änderungen 2012 88

Trends 92

EDV und Technik

Digital-TV: Analog hat ausgedient 94

Internationales

Seltene Erkrankungen in der EU:
Strukturiertes Vorgehen nötig 96

Persönliches 98

Neuheiten 104

Impressum 109

Letzte Nachrichten 141

Zu guter Letzt 144





Foto: KZBV/Axentis

Kein Durchmarsch

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die meisten unter uns sind mit den Ergebnissen schwarz-gelber Gesundheitspolitik nicht zufrieden. Die Kritik versteht sich von selbst – ganz pragmatisch und unideologisch. Die Zahnärzteschaft ist mit dieser Bundesregierung weder verheiratet, verschwägert oder verbrüderet. Wir haben nicht vergessen, was im Koalitionsprogramm stand. Wir haben im Abgleich mit unserer ursprünglichen Erwartungshaltung aufgerechnet. Dass wir dabei neben Positivem auch Kröten zu schlucken hatten, ist offenkundig. Da schmeckt was nicht; da ist was unverdaulich!

Dass Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr auf dem Deutschen Zahnärztetag trotz einer völlig unzureichenden GOZ-Novelle die BZÄK-Bundesversammlung mit seinen Nachweisen politischer Erfolge „zugunsten“ der Zahnärzteschaft ohne laute Proteste verlassen konnte, lag nicht am schnellen Aufbruch nach seiner Rede. Bahr erinnerte an die Trümpfe, die das BMG unter Schwarz-Gelb gespielt hatte. Beispiele wie der Ausstieg aus der starren Budgetierung im Versorgungsstrukturgesetz, die Ankündigung einer zeitnahen Lösung für unser Konzept

der zahnärztlichen Versorgung von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen oder die jetzt angegangene Umsetzung der zahnärztlichen Approbationsordnung zeigen, dass einige der von uns eingebrachten

Vorschläge Eingang in die Reformpolitik des FDP-geführten Ministeriums gefunden haben.

Wir Zahnärzte – und das sehe ich mit Blick auf die Vertretung von Kammern und KZVen auf Bundesebene ganz bewusst orga-

nisationsübergreifend – haben im zurückliegenden Zeitraum divers diskutiert, sind aber mit gut abgewogenen und – hier wirklich – konsentierten Positionen nach außen getreten. Wir haben es zum Grundsatz gemacht, dass die zahnärztlichen Interessenorganisationen gesundheitspolitisch mit einer Stimme sprechen. Mit Blick auf künftige Herausforderungen wie das Patientenrechtgesetz oder die Pflegereform ist jetzt Weitermachen angesagt. Das ist ein Grund dafür, dass Daniel Bahr den sicherlich nicht einfachen Weg zum Deutschen Zahnärztetag gegangen ist und die Delegierten ihm – trotz Verärgerung – zugehört haben.

Gerade beim Thema „Patientenrechtgesetz“ wird das augenfällig. Vor wenigen Tagen haben zehn Bundesländer unter der

Federführung Hamburgs Eckpunkte für ein Patientenrechtgesetz vorgestellt. Sie kritisieren das vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung, dem CSU-Gesundheitsexperten Wolfgang Zöllner, erarbeitete Grundlagenpapier als zu vage und lückenhaft. Auch wenn man hinsichtlich der Beweislast bei groben Behandlungsfehlern nicht über die bisherige Rechtsprechung hinausgehen will – was mit Ärztekammerpräsident Montgomery abgesprochen sei (sic!) –, so lassen die Inhalte doch heftigen Streit erwarten: Patienten sollen ein Anrecht auf Beratung durch neutrale Institutionen erhalten – die umfassende Aufklärung und Information über Therapiealternativen durch uns Ärzte und Zahnärzte wird damit diskreditiert und desavouiert. Medizinische Einrichtungen sollen ein Risikomanagement einführen, Kranken- und Pflegekassen müssen Versicherte bei Schadensfällen unterstützen, der Medizinische Dienst der Kassen ein kostenloses Gutachten erstellen – weil man weiß, was dann da kommt, sollen Kontrollmechanismen sicherstellen, dass Ärzte und Zahnärzte ausreichend haftpflichtversichert sind. Doch darum geht es nicht allein: Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks: „Das Patientengesetz soll nicht nur den glücklicherweise seltenen Fall eines Behandlungsfehlers regeln, sondern Alltagsprobleme von Patientinnen und Patienten aufgreifen und ihre Stellung im Behandlungsprozess stärken.“ Dazu soll unter anderem bei privat zu zahlenden Zusatzleistungen (IGEL) der Schutz vor überhöhten Honoraren verstärkt werden. Aha! Daher weht der Wind. Kommt da ein Ärztesteuerungsgesetz? Gemeinsam werden wir dagegenhalten (müssen). Patientenrechtgesetz von links, das Finanzministerium von rechts – warum nicht gleich verbeamtet in einem Nationalen Gesundheitsdienst?

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Internationale Studie**Chronisch Kranke besser versorgen**

Chronisch und schwer kranke Patienten werden einer Umfrage nach in Deutschland und in zehn anderen westlichen Ländern nicht optimal versorgt. In der deutschen Praxis mangle es am Austausch von Informationen zwischen den betreuenden Ärzten eines Patienten.

Das teilte die Stiftung Commonwealth Fund in New York mit. Die Besten im internationalen Vergleich sind der Analyse nach Großbritannien und die Schweiz. Die Studie basiert auf einer Patientenbefragung in acht europäischen Ländern, den USA, Kanada, Australien und Neuseeland.



Foto: MEV

Das deutsche Gesundheitssystem punktete mit seiner Entlastung chronisch kranker Patienten bei der finanziellen Selbstbeteiligung etwa im Krankenhaus, liegt aber mit der ärztlichen Betreuung außerhalb der Hauptgeschäftszeiten im internationalen Vergleich auf einem der hinteren Ränge. Deutsche Ärzte sind laut Umfrage auch schwerer telefonisch erreichbar als ihre Kollegen in anderen Ländern.

Die Autoren der Umfrage kommen zu dem Schluss, dass Hausarztpraxen, die zugänglich und über die Bedürfnisse ihrer Patienten gut informiert sind, das Risiko medizinischer Fehler sowie mehrfach verordneter Tests am ehesten vermeiden.

Wichtig sei auch, dass die Praxen die Einbindung von Fachärzten in die Behandlung koordinieren und ständig im Blick behalten. eb/dpa

Januar 2012**DocMorris und Rewe kooperieren**

Europas größte Versandapotheke, DocMorris, und das Lebensmittelunternehmen Rewe haben eine deutschlandweite Kooperation besiegelt: Ab Januar 2012 arbeiten die beiden Konzerne zusammen. In den bundesweit mehr als 3000 Rewe-Supermärkten sollen ab Jahresbeginn Handzettel, Broschüren und Kataloge über das Angebot der Internet-Apotheke informieren, teilten beide Unternehmen mit.

Außerdem sollen Rewe-Kunden bei Bestellungen besondere Rabatte bekommen. Auch auf seiner Webseite will der Rewe-Konzern Werbung für DocMorris machen, unter dessen Namen heute bereits mehr als 160 stationäre Apotheken in Deutschland firmieren. Hintergrund: Seit 2007 bietet die Kette selbstständigen Apothekern eine Kooperation an, wenn sie ihre Apotheke umbenennen. mg/pm

Relaunch**KZBV mit neuer Homepage**

Pünktlich zum Deutschen Zahnärztetag in Frankfurt am Main hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) nach einem umfassenden Relaunch ihre neue Website freigeschaltet. Neben einer übersichtlicheren Struktur erwarten den Nutzer ein leicht zugängliches, zielgruppenspezifisches Informationsangebot sowie ein deutlich aus-

gebauter Service-Bereich. Der Auftritt soll das Profil der KZBV als politischer Akteur im Gesundheitswesen schärfen und zugleich dem wachsenden Bedarf der Patienten nach umfassender seriöser Beratung in zahnmedizinischen Fragen entgegenkommen. Auch technisch ist die Seite up to date: Sie wird über ein neues, internetbasiertes

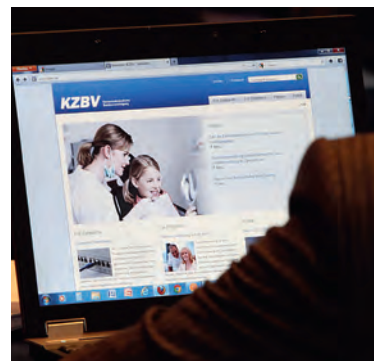


Foto: KZBV-Darzhinger

Redaktionssystem gepflegt und ist weitgehend barrierefrei. So können sich auch blinde beziehungsweise sehbehinderte Menschen, die Sprachausgabeprogramme einsetzen, das Webangebot erschließen.

eb/pm

■ www.kzbv.de

Europäischer Vergleich**Deutschland zahlt viel für Forschung**

Deutschland liegt bei den Investitionen in Forschung und Entwicklung im europäischen Vergleich an der Spitze. Trotz der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise erhöhten sich im vorvergangenen Jahr die Ausgaben.

Nach Erkenntnissen des Fortschrittsberichts zur Lissabon-Strategie der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK) lagen die Ausgaben für Forschung und Entwicklung (FuE) 2009 bei 2,8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Sie erhöhten sich von 66,5 Milliarden Euro (2008) auf 67 Milliarden (2009). Diese Entwicklung zeige laut GWK, dass Deutschland auf einem guten Weg ist, das Drei-Prozent-Ziel der Lissabon-Strategie zu erreichen. Mit dieser Strategie haben die EU-Länder im Jahr 2000 verabredet, den Anteil der FuE-Ausgaben bis 2010 auf drei Prozent des BIP zu steigern. Bund, Länder und Wirtschaft haben im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2000 insgesamt rund 16,4 Milliarden Euro mehr ausgegeben.

Mit einem Anteil von 2,8 Prozent der FuE-Ausgaben am BIP gehört Deutschland in der EU zur absoluten Spitzengruppe. Deutschland wendete mit den 67 Milliarden Euro im Jahr 2009 – in absoluten Zahlen – mehr als jedes andere Land in Europa für FuE auf. An zweiter Stelle steht Frankreich mit 42 Milliarden Euro.

eb/pm

Kassenverbandschefin fordert

Abkehr vom Einheitsbeitrag

Die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen, Doris Pfeiffer, hat die Bundesregierung aufgefordert, Konsequenzen aus den Pleiten der City BKK und der BKK für Heilberufe zu ziehen. Sie plädiert für die Abkehr vom Einheits- und Zusatzbeitrag und dafür, den gesetzlichen Krankenkassen ihre Beitragsautonomie zurückzugeben. „Die Kassen brauchen wieder mehr Beitragsautonomie,



Foto: GKV-Spitzenverband

also die Möglichkeit den Preis der Leistungen, den Beitragssatz, selbst festzulegen“, sagte Pfeiffer dem „Handelsblatt“.

„Wir hatten schon bei der Einführung des Fonds davor gewarnt, den Kassen die Beitragsautonomie abzunehmen. Wir sehen nun, dass schon ein kleiner Zusatzbeitrag zu weit höheren Mitgliederverlusten führt als früher weit größere Beitragssatzunterschiede.“ Auch Pfeiffer sieht in den Zusatzbeiträgen in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds eine Art Kassenkiller: Dies habe die jüngsten Pleiten der City BKK und der BKK für Heilberufe mitverursacht. Die neue Gesundheitsfinanzierung führt nach ihren Worten dazu, dass die Kassen statt um das beste „Preis-Leistungs-Verhältnis“ nur noch um die billigste Versorgung konkurrierten. eb/dpa

KOMMENTAR

Kassenkiller

Unter den ungezählten Versuchen, den Gesetzlichen Krankenversicherern weitere Kosten abzusparen, gilt der Ruf nach Wettbewerb als attraktiver Gedanke. Ex-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte den Zusatzbeitrag zum Heilmittel stilisiert, das diesen Zweck erfüllen sollte. Kritiker, unter ihnen auch Krankenkassen, hatten vor diesem darwinistischen Großversuch à la „Survival of the fittest“ gewarnt. Das Ministerium ging seinen Weg, wohl wissend, dass es den BKKen an den Kragen gehen könnte.

Dass dieser „Kassenkiller“ heute aufregt, muss Schmidt nicht mehr kümmern. Die kolportierte Maßgabe, die GKVen auf circa 30 Überlebende zu stützen, hat einen Prozess angeschoben, der schwer zu bremsen ist. Vielleicht ist es ein Fehler, aus dem man lernen kann: Wettbewerb kann „sanieren“, aber nicht „heilen“. Die Satire, die Ulla Schmidt den Spruch „Und bleiben Sie gesund, sonst wär' schlecht.“ zuschrieb, erhält hier makabren Beigeschmack. Sie wird real.

Egbert Maibach-Nagel

Neue EU-Vorschrift**Nur noch selbstlöschende Zigaretten**

Seit Mitte November dürfen in der Europäischen Union nur noch Zigaretten mit verminderter Zündneigung vertrieben werden. Die neue EU-Vorschrift soll verhindern, dass unbeaufsichtigt brennende Zigaretten Brände verursachen.

Nach Angaben der EU-Kommission lässt sich die Zahl tödlicher Unfälle durch die neuen Zigaretten um mehr als 40 Prozent senken, denn die Glimmstengel erlöschen von selbst, wenn nicht mehr an ihnen gezogen wird. Hierfür wird das Zigarettenpapier an zwei Stellen durch dickere Papierringe verstärkt.



Foto: MEV

Sobald der brennende Tabak auf einen dieser Ringe stößt, erlischt die Zigarette, weil nicht mehr ausreichend Sauerstoff durch das Papier an den Tabak kommt. Für die Durchsetzung der neuen Brandschutzanforderungen sind die nationalen Behörden zuständig. Finnland ist der erste EU-Mitgliedstaat, in dem seit April 2010 nur noch Zigaretten mit dem verstärkten Papier verkauft werden. Die Zahl der Opfer von Bränden, die durch Zigaretten ausgelöst wurden, ist dort seither um 43 Prozent zurückgegangen.

„Eine wirklich sichere Zigarette gibt es nicht“, kommentierte EU-Gesundheitskommissar John Dalli den Erlass des neuen Regelwerks. „Am sichersten ist es, überhaupt nicht zu rauchen.“ Jährlich ereignen sich in der EU über 30 000 Brände, die durch Zigaretten verursacht werden. Dabei sterben mehr als 1 000 Menschen, mehr als 4 000 werden verletzt. pr/ps

Liquidationen von Ärzten**Rechnungen im Internet kontrollieren**

Kassenpatienten sollen nach Informationen des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ künftig per Internet überprüfen können, welche Leistungen ihr Arzt abgerechnet hat.

Darauf hätten sich Gesundheitsexperten von Union und FDP bei Beratungen über ein Gesetz geeinigt, das die ärztliche Versorgung verbessern und mehr Transparenz bei den Honoraren bringen soll. Auf der Homepage der zuständigen gesetzlichen

Krankenversicherung soll demnach eingesehen werden können, wie viel der Arzt für Behandlungen und Verordnungen in Rechnung gestellt hat. „Das ist ein entscheidender Schritt zu mehr Transparenz“, sagte CSU-Gesundheitsexperte Johannes Singhammer dem Blatt. So könnten die Versicherten kontrollieren, ob der Arzt nur das in Rechnung gestellt hat, was er tatsächlich auch geleistet hat.

eb/dpa

DGI-Publikation**Implantate heben Lebensqualität**

Zahnimplantate verbessern die Lebensqualität. Das belegt eine aktuelle Publikation von Experten der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI). 60 Jahre nach den Anfängen der modernen Implantologie läuft der Innovationsmotor auf Hochtouren, neue Methoden und Materialien drängen in die Kliniken und Praxen. Geht es um Zahnersatz, sind Zahnimplantate inzwischen erste



Foto: proDente e.V.

Wahl. In Deutschland werden derzeit jährlich schätzungsweise eine Million dieser künstlichen Zahnwurzeln als Träger für Kronen, Brücken oder Prothesen implantiert, berichtet Barbara Ritzert für die DGI. Zahlreiche Untersuchungen belegen demnach, dass implantatgetragener Zahnersatz im Vergleich zu konventionellen Prothesen die Lebensqualität steigert: Patienten hätten weniger Probleme, etwa beim Sprechen und Kauen. „Studien zeigen, dass durch eine Implantatversorgung im zahnlosen Unterkiefer die Kaufähigkeit signifikant ansteigt“, schreiben Experten der DGI jetzt im Bundesgesundheitsblatt. sf/pm

Schätzung bis 2030**Jeder Zehnte mit Diabetes**

Der Diabetes-Dachverband IDF (International Diabetes Federation) prophezeit in seinem neuen Diabetesatlas, dass 2030 weltweit jeder zehnte Erwachsene an Diabetes leiden wird: Geschieht nichts, könnte die Zahl der Diabetiker von heute 366 Millionen auf 552 Millionen steigen. „Wir fordern führende öffentliche Persönlichkeiten und Politiker der Welt auf, umgehend den Kampf gegen die Krankheit aufzunehmen“, sagte IDF-Präsident Jean Claude Mbanya laut Mitteilung.



Foto: MEV

Der Verband geht von einem besonders starken Anstieg in armen Regionen wie Afrika aus. Dort könnte die Zahl der Diabetiker bis 2030 um bis zu 90 Prozent zunehmen. Nach Angaben des IDF wissen außerdem weltweit rund 183 Millionen Menschen gar nicht, dass sie an der Krankheit leiden. Besonders stark betroffen von der Zuckerkrankheit sind zudem Kinder in Europa: 116 000 leiden unter Typ-1-Diabetes, einer Autoimmunerkrankung, bei der das Immunsystem fehlgeleitet ist. 18 000 Kinder in Europa erkrankten 2011 neu daran – mehr als in jeder anderen Region. Der Vorsitzende von IDF Europa, Chris Delicata, forderte die Politik zum Handeln auf und warnte vor Einschnitten in der medizinischen Versorgung wegen der Finanzkrise. eb/dpa

Klinische Studie**Neue Ehec-Behandlung war erfolgreich**

Mit dem bei Ehec erstmals in größerem Umfang eingesetzten Antikörper Eculizumab haben Hamburger Ärzte gute Behandlungserfolge erzielt. Das zeigen die Zwischenergebnisse einer aktuellen klinischen Studie.

Mit dem Antikörper wurden am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) schwer kranke Ehec-Patienten mit dem sogenannten hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) behandelt. „Der Einsatz des Antikörpers Eculizumab hat die Schäden an Nieren, Gehirn und Blutbild der

Patienten schnell verbessert“, sagte Prof. Rolf Stahl.

Bei 95 Prozent der 148 erfassten Patienten habe es eine komplette oder eine teilweise Verbesserung des Krankheitsbilds gegeben. Bei künftigen Ehec-Fällen werde der Antikörper vermutlich auch helfen können, erklärte Prof. Christian Gerloff. Bundesweit gab es während des Ausbruchs im Mai und im Juni etwa 3 500 Ehec-Fälle, mehr als 850 Patienten litten am HUS, rund 50 Menschen starben.

eb/dpa

Supreme Court**US-Gesundheitsreform wird geprüft**

Das Oberste US-Gericht überprüft die umstrittene Gesundheitsreform von Präsident Barack Obama. Das wichtigste Reformwerk des Präsidenten werde auf seine Verfassungsmäßigkeit durchleuchtet, gab der Supreme Court bekannt.

Das Weiße Haus begrüßte die Entscheidung. Mit einem Urteil wird im Lauf des nächsten Sommers gerechnet – also wenige Monate vor der nächsten Präsidentenwahl. Im Kern geht es in diesem Verfahren um die Frage, ob die Regierung in Washington das Recht hat, je-

dem Amerikaner vorzuschreiben, dass er sich krankenversichern muss.

Bereits zuvor hatten Gerichte moniert, eine solche „Zwangsversicherung“ sei nicht mit der amerikanischen Verfassung vereinbar. Dagegen argumentierte das Weiße Haus in einer Stellungnahme: „Wir wissen, dass die Gesundheitsreform verfassungsgemäß ist und sind zuversichtlich, dass der Supreme Court dem zustimmen wird.“ Die Regierung Obama hatte zuvor selbst eine Klärung durch das Oberste Gericht angeregt. eb/dpa

Stiftung Hilfswerk

Zahnärzte spenden eine Million Euro

Dank der Spenden der Zahnärzteschaft konnten in diesem Jahr wieder Zahnstationen, Sozialeinrichtungen, Kinderheime und Krankenhäuser in vielen Ländern Afrikas, Asiens und Südamerikas im Wert von einer Million Euro er-



Foto: Don Bosco

richtet werden. Dr. Klaus Winter bedankt sich in seiner Funktion als Vorsteher der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) bei der Kollegenschaft, die diese Hilfe durch (Zahn-)Altgold- und Geldspenden ermöglicht haben, und ruft auf, sich dieser sozialen Verantwortung auch weiterhin zu stellen. Das HDZ engagiert sich bereits seit 24 Jahren weltweit für Menschen, die sich selbst nicht helfen können. Schirmherrin ist die Bundeszahnärztekammer. sf/pm

Apothekenbetriebsordnung

ABDA lehnt neuen Entwurf ab

Die Apotheker fordern die Beibehaltung der flächendeckenden und umfassenden Versorgung durch vollwertige Apotheken. Damit widerspricht die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) Regelungen des Referentenentwurfs zur Novellierung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO).

„Sonderregeln für Filialverbände

lehnen wir ab, denn es darf keine zweitklassigen Apotheken geben. Das widerspricht unserem Versorgungsauftrag und dem erklärten Willen des Ordnungsgebers, die Versorgung im Nahbereich der Apotheken zu verbessern“, lässt sich ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf in einer Mitteilung zitieren. „Wer in eine Apotheke kommt, vertraut zu Recht darauf, dass er umfassend vorsorgt wird.



„Ein bisschen Apotheke‘ geht nicht.“ Zu den Leistungen einer Apotheke gehörten auch die Herstellung von Rezepturen und die Versorgung im Nacht- und Notdienst. Im Referentenentwurf zur ApBetrO sei aber geplant, dass Filialapotheken keine Rezepturen herstellen können müssten.

Dazu Wolf: „Jede Apotheke muss in der Lage sein, dringend benötigte Rezepturen herstellen zu können – das ist auch im Notdienst essenziell.“ Dazu müssten eben in jeder Apotheke die wissenschaftlichen Hilfsmittel und ein Labor zur Prüfung der Ausgangsstoffe vorhanden sein, erklärt er. „Diese Ausrüstung in Filialapotheken einzuschränken, ist keine sinnvolle Deregulierung – hier wird am falschen Ende gespart.“

mg/pm

BZÄK-Statistik

Neues Jahrbuch erschienen

Das vierte Statistische Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer ist anlässlich des Deutschen Zahnärzteschaftes 2010/2011 zeigt die gegenwärtigen Entwicklungen in der Zahnmedizin auf. Diverse Daten zur zahnärztlichen Versorgung, Zahlen zur nationalen und zur internatio-



nationalen und zur internatio-

nen Mundgesundheit oder Statistiken über niedergelassene Zahnärzte sind auf über 200 Seiten übersichtlich aufbereitet. Das Jahrbuch kann zum Preis von 10 Euro plus Versand über die BZÄK bezogen werden: www.bzaek.de/wir-ueber-uns/daten-und-zahlen/statistische-publikationen/statistische-jahrbuch.html BZÄK

Digitale Daten

15 000 Apps für die Gesundheit

Experten gehen davon aus, dass 2015 die Mehrheit der Ärzte Apps zur Übertragung und Speicherung von Patientendaten einsetzen wird. 15 000 Apps gibt es mittlerweile für Mediziner und Patienten im Gesundheitsbereich, ihre Zahl hat sich laut Branchenverband Bitkom seit 2010 fast verdreifacht.

Die Technik hat Experten zufolge allerdings auch Tücken: Eine komplette Vernetzung sei schwierig, weil Hard- und Software zusammenpassen müssen. Und aufwendig, weil alles, was unmittelbar den Patienten betrifft, unter das Medizinproduktegesetz fällt und deshalb regelmäßiger Zertifizierungen bedarf, zitiert die „Kölnische Rundschau“ Stefan Meyer, Projektleiter bei „Medfacilities“, einem Tochterunternehmen der Uniklinik Köln. Bei einer Vernetzung fiele dann eben auch die

Software der Finanzbuchhaltung darunter. Oberste Priorität habe zudem die Sicherheit der digitalen Daten. Außerdem müssten Befunde und Diagnosen auch abrufbar sein, wenn Computer ausfallen. Gleiches gelte auch für die Telemedizin zu Hause: Geklärt sein müsse, ob es bei einem Ausfall des Internets einen Ersatz für die Datenübertragung gibt. Dass die Telemedizin mit ihren innovativen Technologien billiger sei, werde von der Industrie gerne so vorgerechnet, sagte Meyer dem Blatt. „Aber neue Geräte ermöglichen auch neue Behandlungen, die es früher nicht gab. Das steigert die Kosten.“ Wichtigste Ressource bleibe laut Fachleuten das Personal – und mit einem Kostenanteil von zwei Dritteln im Gegensatz zur Medizintechnik nach wie vor auch der teuerste Block im Gesundheitswesen. ck

Drei-Länder-Versorgungswerk

Erfolg trotz Finanzkrise

Das gemeinsame Versorgungswerk der Zahnärztekammern Berlin, Brandenburg und Bremen werde in 2011 im dritten Jahr hintereinander wieder eine positive Rendite erwirtschaften, auch wenn zugunsten von Wertstabilität vier Prozent möglicherweise nicht ganz erreicht werden sollten. Das erklärten die drei Kammern in einer Presseinformation. Dass dieses gute Ergebnis trotz der seit 2008 alles überschattenden Finanz- und Wirtschaftskrise

würde letztlich zu einer Erhöhung des satzungsgemäßen Rechnungszinses von drei Prozent auf das Niveau von vier Prozent der bereits auf die Beitragszahlungen bis zum Jahr 2007 garantierten Verzinsung bedeuten. Neben diesen für alle Mitglieder des Versorgungswerks erfreulichen Fakten werde sich die Vertreterversammlung mit einigen nachrangigen Satzungsfragen in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde und nach Einholung von



möglich wurde, sei auf die vorausschauende und kompetente Anlagestrategie der jeweiligen satzungsgemäß gewählten Verwaltungsausschüsse und auf die effektive Verwaltung zurückzuführen, heißt es weiter. So werde es der Ende November tagenden Vertreterversammlung möglich sein, einen Beschluss über die Dynamisierung der Rentenanwartschaften für die von 2008 bis 2010 geleisteten Beiträge herbeizuführen. Diese Dynamisierung

Rechtsgutachten befassen. Insgesamt, so die Kammern, befinde sich das Versorgungswerk im Vergleich zu anderen Versorgungswerken oder Versicherungen, auch unter dem Gesichtspunkt des geringen Verwaltungskostensatzes, in einer hervorragenden und zukunftssicheren Situation. Das Foto zeigt die Kammerpräsidenten (v.l.n.r.): Dr. Wolfgang Menke, Bremen, Dr. Wolfgang Schmiedel, Berlin, und ZA Jürgen Herbert, Brandenburg. zm/pm

Europäische Apotheker

Rolle als Heilberufler stärken

Apotheker aus ganz Europa wollen ihre Rolle als Heilberufler und Verbraucherschützer weiterentwickeln und stärken. Der Zusammenschluss der Apotheker in der Europäischen Union (ZAEU) wird dazu ein sogenanntes Weißbuch erstellen, das die zukunftsorientierte Ausgestaltung

des Berufsstands beschreibt. „Der Apotheker muss von der Bevölkerung und der Politik in erster Linie als Heilberufler und nicht als Kaufmann wahrgenommen werden“, sagte ZAEU- und ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf bei der Generalversammlung. mg/pm

Individualisierte Medizin**Forschungsprojekt GANI_MED gestartet**

Rund 6000 Patienten mit weit verbreiteten Volkskrankheiten sollen in den kommenden Monaten im Rahmen des Forschungsprojekts GANI_MED (Greifswald Approach to Individualized Medicine) am Universitätsklinikum Greifswald untersucht und therapiert werden. Mecklenburg-Vorpommerns Sozialministerin Manuela Schwesig (SPD) gab das Startsignal für die Studie, in der individuelle, für den Patienten „maßgeschneiderte“ Therapien



Foto: TK

entwickelt werden sollen. „Dieses Projekt ist ein großer Schritt in Richtung Medizin der Zukunft“, sagte Schwesig. Neben den medizinischen Faktoren wie genetischen und sozialen Besonderheiten beschäftigt sich das mit 15,4 Millionen Euro von Bund und Land geförderte Projekt auch mit ethischen und ökonomischen Fragestellungen. Die Vorbereitungsphase dauerte ein Jahr. Mit dem Projekt sollten neue Wege in der Patientenversorgung gefunden werden, um Krankheiten genauer diagnostizieren, die Betroffenen passgenauer therapieren und unnötige Interventionen vermeiden zu können, erklärte der Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums, Marek Zygmunt. eb/pm/dpa

Handy, Laptop und Co**Viele Arbeitnehmer dauerverfügbar**

Die Arbeitswelt drängt sich bei den meisten Berufstätigen über Handy und Laptop immer weiter ins Privatleben. Nach einer Umfrage der Betriebskrankenkassen sind 84 Prozent außerhalb ihrer Arbeitszeit für Kunden, Kollegen oder Vorgesetzte erreichbar. Die Hälfte davon ist sogar jederzeit auf „Stand-by“. Die Studie zeigt

außerdem, dass in Deutschland rund die Hälfte der Befragten keiner „regulären“ Fünf-Tage-Woche nachgeht. Sie arbeiten regelmäßig an Sams-, Sonn- und Feiertagen, im Schicht-, Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Mehr als jeder Zehnte leidet dabei fast jede Nacht an Schlafproblemen. eb/pm

ZZMK Carolinum**Zertifikat für Qualitätsmanagement**

Foto: SimLab Frankfurt Carolinum

Ende Oktober wurde das Zahnärztliche Universitäts-Institut der Stiftung Carolinum (Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Goethe-Universität) mit dem Zertifikat nach DIN 9001:2008 für sein Qualitäts-

Forschungsprojekt in Mecklenburg-Vorpommern**Innovation bessere Kariesdiagnostik**

Unlängst sorgten Meldungen in der Presse für etwas Verunsicherung in der Dentalfamilie. So wurde angekündigt, dass Röntgenstrahlen zukünftig zur Erkennung einer Kariesläsion überflüssig sein werden. Rückfragen bei dem Forscherteam des Projektverbunds, der aus mehreren universitären Forschungseinrichtungen der Universität Rostock und einem mittelständischen Unternehmen als Industriepartner besteht, haben ergeben, dass zwar der Startschuss für die Entwicklung gefallen ist, aber mit einigen Jahren Entwicklungszeit gerechnet wird. Die Idee ist interessant: Bislang ist es mit herkömmlichen Mitteln wie visueller Diagnostik sowie Laser-Licht (Diagnodent®) nicht möglich, eine Kariesläsion unter einer Metallkrone zu entdecken. Mittels Ultraschallwellen, vergleichbar der Doppleruntersuchung zum Beispiel am Herzen oder an Venen soll dann mithilfe eines Geräts in der Größe einer Intraoralkamera zum Beispiel eine Dentinläsion detektiert werden. „Der Weg dahin ist noch lang, aber die Idee ist hoch innovativ“, sagt Prof. Dr. Peter Ottl, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

der Universität Rostock. Seine Poliklinik wird die klinischen Prüfungen während der Entwicklungsphase übernehmen. Er weist darauf hin, dass Scan-o-Dent® bei erfolgreicher Realisierung des Projekts die Bissflügelaufnahme und die Einzelzahn-röntgenaufnahme ersetzen kann. Panoramaschichtaufnahmen, DVT, CT und MRT werden weiterhin unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik bleiben. Das wurde in manchen Pressemeldungen missverständlich „rübergebracht“. Neben der Bewertung der Zahnhartsubstanzen, insbesondere auf Vorliegen von Karies, wird eine Beurteilung des Weichgewebes beziehungsweise der knöchernen Strukturen im Zahnhalteapparat und in der Umgebung von Implantaten (Knochenqualität, Knochenabbau) sowie eine Überprüfung und Bewertung von Füllungen, Zahnersatz und Implantaten im Rahmen von Nachkontrollen mittels Ultraschalluntersuchungen angestrebt. Das Gesamtprojektvolumen beläuft sich auf 1,74 Millionen Euro und wird allein mit 1,37 Millionen Euro durch das Wirtschaftsministerium Mecklenburg-Vorpommern unterstützt. sp

management ausgezeichnet. Dies wurde trotz zum Teil schwieriger Rahmenbedingungen erreicht. Die Institution befindet sich gerade im Übernahmeprozess in eine GmbH der Goethe-Universität. Seit zwei Jahren wurde intensiv am Auf-

bau eines Qualitätsmanagements gearbeitet. Ziel und Aufgabe des Carolinums waren und sind, eine hohe Qualität in Studium und Lehre sowie in der Forschung zu gewährleisten und kontinuierlich weiterzuentwickeln. sp/pm

Bergwandern

Höhenkrankheit vorbeugen

Bereits ab einer Höhe von 2 500 Metern über Normalnull können Bergwanderer eine – mitunter lebensgefährliche – Höhenkrankheit entwickeln. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) rät dringend, sich vor einer Tour ins Gebirge vom Arzt beraten zu lassen. Da mit zunehmender Höhe der Luftdruck sinkt, nimmt der Körper über die Atmung am Berg weniger Sauerstoff auf. Dies kann zu Kopfschmerzen, Appetitverlust, Erbrechen, Abgeschlagenheit, Benommenheit oder Schlafstörungen führen. Die Symptome stellen sich meist in den ersten drei Tagen nach dem Aufstieg

ein. „Viele Wanderer verwechseln sie mit den Folgen der körperlichen Anstrengung“, erläutert Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel, „sie sind jedoch klassische Anzeichen einer Höhenkrankheit.“ Überwinden Bergsteiger weniger als 500 Höhenmeter pro Tag, gehen sie kein Risiko ein. Der Körper kann sich auf die verminderte Sauerstoffzufuhr einstellen. Bei einer akuten Höhenkrankheit sammelt sich Wasser im Gewebe, so dass sich Ödeme in Gehirn und Lunge bilden können. Unbehandelt führt dies innerhalb weniger Tage zum Tode. Vorbeugen lässt sich durch ausreichende

Flüssigkeitszufuhr und Medikamente wie Dexamethason, jedoch in hohen Dosen. Eine wirksame Alternative ist der Wirkstoff Acetazolamid, der in der Niere die Harnbildung steuert und so der Wassereinlagerung in Lunge und Gehirn entgegenwirkt. Grundsätzlich sollten diese Medikamente aber nur nach ärztlicher Konsultation eingenommen werden. Vor allem sollten

Bergsteiger jedoch ausreichend trinken – aber keinen Alkohol. Ebenso müssen sie auf Medikamente wie das Hustenmittel Codein verzichten, das die Atmung verlangsamt. sp/pm



Foto: MEV

Soziale Marktwirtschaft

Auf dem FDP-Parteitag in Frankfurt wurde zum ersten Mal seit langer Zeit wieder das hohe Lied der Sozialen Marktwirtschaft gesungen. Und Daniel Bahr verkündete anlässlich der Pflegereform, man wolle mit dieser auch den Zusammenhalt der Gesellschaft festigen.

Erstaunlich, gehört die FDP-Führung doch seit vielen Jahren zu den eifrigsten Verfechtern des Neoliberalismus, der aus der Wirtschaftswissenschaft, aus den USA zu uns herübergeschwappt war. Freie Märkte, vor allem freie Finanzmärkte, Eigenvorsorge, Kapitaldeckung et cetera wurden wie eine Monstranz durch die Lande getragen.

Doch war es die Soziale Marktwirtschaft, das deutsche Erfolgsmodell, basierend auf den Theorien des Ordoliberalismus, der katholischen Soziallehre und der evangelischen Sozialethik, systematisch miteinander verbunden und zu einem Neuen gestaltet, die Deutschland Wohlstand und sozialen Frieden beschert hatte. Die daraus abgeleiteten Prinzipien Solidarität und Subsidiarität wurden in Tarifpartnerschaft, Selbstverwaltung und Sozialgesetzgebung mit Leben erfüllt. Dies alles galt vielen in Zeiten einer globalen Wirtschaft als überholt, weltfremd und insuffizient, als Hängematte und Sozialromantik.

Der Wind scheint sich nun wieder zu drehen. Gründe sind die Banken-, Finanzmarkt-, Staatsfinanzenkrisen, die vielen Blasen und das unverantwortliche Verhalten der jeweili-



Foto: Bundesarchiv-B 145 Bild-F004204-0003-Doris Adrian

gen Akteure. Die Folgen sind weltweit bitter zu spüren – über durch Spekulationen verursachte Hungersnöte bis zum Staatsbankrott. Auch bei uns lassen sich die Auswirkungen der neoliberalen oder einer stark vom Neoliberalismus beeinflussten Politik nachweisen: Die Einkommensschere driftet

von Union und FDP, aber Fremdkörper in einer Sozialen Marktwirtschaft.

Das Wort Prämie hat Angela Merkel auf dem CDU-Parteitag in Leipzig tunlichst vermieden. Als sie den Mindestlohnkompromiss den Delegierten schmackhaft machte, sprach sie nur noch schamhaft von Lohnabkopplung. Dies und noch viel mehr habe man für die Unternehmen geleistet. Wenn diese jetzt aber unverantwortlich mit ihren Mitarbeitern umgingen, müsse die Politik dies verhindern. Genau das ist Soziale Marktwirtschaft. Die Kanzlerin besinnt sich wieder auf die Wurzeln der Union, es ist nicht nur ein plattes Schielen nach der SPD. Soziale Marktwirtschaft ist ebenso wie Demokratie nicht vollkommen, aber es lässt sich nun mal nichts Besseres finden.

BZÄK-Präsident Peter Engel hat es in seiner Rede auf dem Zahnärztetag auf den Punkt gebracht: „Das Gesundheitswesen steckt nicht in einer Krise des Geldes, sondern der Moral.“ Moral und Ethos lassen sich nun aber leider oder Gott sei Dank nicht verordnen. Doch man kann sich davon lösen, dass das allein selig Machende immer mehr Geld ist. Man kann ein Berufsethos lehren, weitergeben und vorleben. Man kann Strukturen so gestalten, dass sich Prosperität entfalten kann, aber mit Grenzen und sozialen Klammern. Man kann Subsidiarität und Selbstverwaltung stärken und fördern. Genau das ist die Kultur der Sozialen Marktwirtschaft. Sie bedarf der Moral und eines Ethos, auch eines Berufsethos. Das muss aktiv gelebt werden. Dazu bedarf es guter Vorbilder. ■



Foto: privat

Die Wirtschaftskrise ermöglicht eine Renaissance gesellschaftsethischer Diskussionen und die Rückbesinnung auf soziale Errungenschaften, meint Jutta Visarius vom LetV-Verlag, Berlin.

weiter auseinander, die Reallöhne sind nachweisbar in den letzten Jahren gesunken, ausbeuterische Praktiken haben in Unternehmen Einzug gehalten, Soziales wird als sozialistischer Unsinn gebrandmarkt.

Die Auswirkungen der Krisen lassen die Bürger um ihr Erspartes, um ihren Wohlstand fürchten, sie haben Angst um ihre Zukunft, um die ihrer Kinder und um ihre Alterssicherung – insbesondere, wenn sie sich privat abgesichert haben. Neoliberale Ideen haben zurzeit keine Konjunktur mehr. Auch im Gesundheitswesen hatte sich neoliberales Gedankengut niedergeschlagen, die Prämie ist das folgenreichste Beispiel, ein Mantra

Bahrs Eckpunktepapier

Sozialverbände kritisieren Reformskizze

Es herrscht Streit um vier Seiten Prosa. Jene vier Seiten, auf denen Gesundheitsminister Daniel Bahr die Eckpunkte seiner Pflegereform ausformulierte. Zwölf Monate nach der vollmündigen Ankündigung seines Vorgängers, 2011 zum „Jahr der Pflege“ zu machen, erhielt Bahrs Papier nun den Segen des Kabinetts – und die Schelte von Sozialverbänden und Opposition, die seine Eckpunkte als vage, mutlos und „Skizze eines Refömchens“ verrißen.



Foto: TK Pressefoto

Für die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken – hier zu sehen bei Motorikübungen mit einer Pflegerin – gilt die verrichtungsbezogene Beurteilung der Pflegebedürftigkeit schon lange als unzureichender Gradmesser. Geändert hat sich daran aber bisher nichts.

„Ich bin damit sehr zufrieden“, erklärte Bahr (FDP) nach der Verabschiedung durch das Kabinett selbstbewusst. „Die Eckpunkte sind ein Signal, dass es diese Koalition ernst meint mit einer Pflegereform.“

Das Ziel: Im Laufe dieser Wahlperiode soll ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff definiert werden, um den Bedürfnissen Demenzkranker besser zu entsprechen. Gleichzeitig soll die ambulante Versorgung gestärkt, sollen pflegende Angehörige entlastet sowie die Leistungen und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen verbessert werden. Vorab bekannt wurde außerdem der Koalitionsplan, den Beitragssatz zum

1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte auf 2,05 Prozent anzuheben, um die Behandlung Demenzkranker zu verbessern. Was für Beitragszahler eine monatliche Mehrbelastung von bis zu 3,82 Euro bedeutet – die Erhöhung wird von Arbeitgebern und -nehmern paritätisch getragen – soll rund 1,1 Milliarden Euro Mehreinnahmen bringen. Zu wenig, findet Ulrike Mascher. „Mit der Mini-Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags kommt man nicht weit“, sagt die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland. „Die dadurch erzielbaren Mehreinnahmen reichen bei Weitem nicht aus, um die Situation von Pflegebedürftigen

und pflegenden Angehörigen spürbar zu verbessern“, erklärt sie. Stattdessen seien mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr notwendig, um die häusliche Pflege von Demenzkranken finanziell zu unterstützen.

Pflege kostet 20 Milliarden Euro pro Jahr

Aktuell gibt es nach Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) 1,4 Millionen Demenzkranke in Deutschland, insgesamt waren im August dieses Jahres mehr als 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. Tendenz steigend. Laut Schätzungen des BMG steigt die Zahl der Personen über 65 Jahre – und damit die Anzahl von Personen mit einer höheren Pflegewahrscheinlichkeit bis 2050 von 16,7 auf 23,4 Millionen. Konkret rechnet das Ministerium für 2050 mit fast 4,4 Millionen Pflegebedürftigen – was zu einer Kostenexplosion führen würde. 2010 gab die Pflegeversicherung 20,4 Milliarden Euro aus, gut 28 Prozent mehr als noch im Jahr 2000.

Nach Einschätzung des SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach fehlen schon heute fünf Milliarden Euro jährlich im Pflegesystem. Darum rechnet er in den kommenden Jahren mit Hunderten von Pleiten bei Pflegediensten und -heimen. Weniger apokalyptisch, aber kritisch äußert sich Adolf Bauer, Präsident des Sozialverbands Deutschland (SoVD). „Durch die 0,1-Prozent-Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrags wird weder den demenziell erkrankten Menschen wirksam geholfen noch werden die pflegenden Angehörigen erkennbar entlastet“, sagt er.

Genau das will Bahr nach eigener Aussage mit dem Geld aber erreichen. Wie, dass ist aus den Beschreibungen des Eckpunktepapiers jedoch nicht herauszulesen. Dort heißt es nur, dass Demenzkranke im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff „kurzfristig bessere Leistungen“ erhalten sollen. Gleichzeitig sollen Bedürftige künftig zwischen Leistungspaketen und Zeiteinhei-

ten frei wählen können, „deren inhaltliche Ausgestaltung sie mit dem Pflegedienst vereinbaren können“.

Ebenfalls für Mehrkosten sorgen dürften Bahrs Pläne, jedem Pflegebedürftigen bei Antragsstellung ein Gutachten über seine individuelle Rehabilitationsfähigkeit auszustellen, ein Förderprogramm für ambulante Wohngruppen aufzulegen sowie die medizinische Versorgung und Beratung zu verbessern. Als einzige Maßnahme zur Kostenreduktion nennt das Eckpunktepapier den „Bürokratieabbau“, zu dem demnächst ein Maßnahmenpaket vorgelegt werden soll. Wann genau die einzelnen Punkte konkretisiert werden, bleibt unklar. Der Minister hat einen Gesetzentwurf fürs erste Halbjahr 2012 angekündigt.

Riester-Pflege gilt als Geschenk an Versicherer

Florian Lanz vom GKV-Spitzenverband drängt vor allem mit Blick auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff auf eine zügige Umsetzung. „Nach dem Kabinettsbeschluss brauchen die Pflegebedürftigen jetzt schnell eine gesetzliche Konkretisierung der Pläne“, mahnt er, sagt aber auch: „Man muss erhebliche Zweifel haben, ob der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch vor der Bundestagswahl 2013 kommt.“

Ein anderes Vorhaben ist jedoch schon für den Jahresbeginn 2013 angekündigt: Die Einführung einer steuerlich geförderten,

privaten Pflegeversicherung. Wie die umgesetzt werden soll, ist noch unklar – fest steht jedoch, dass das Geld aus dieser privaten Absicherung nicht in den Topf der gesetzlichen Pflegeversicherung fließen, sondern zur Finanzierung des Eigenanteils des Pflegebedürftigen herangezogen wird. Eine Idee, die die stellvertretende SPD-Vorsitzende Manuela Schwesig unmittelbar nach Bekanntwerden als Geschenk an die Versicherungswirtschaft verurteilte.

Caritas-Präsident Peter Neher mahnte, auch dieser freiwillige Pflege-Riester könne die Finanzierungslücken nicht stopfen, berge vielmehr das Risiko, dass Menschen mit Vorerkrankungen entweder keine Versicherung erhielten oder nur zu hohen Prämien. „Menschen mit niedrigem Einkommen oder im Hartz-IV-Bezug können sich eine private Zusatzversicherung einfach nicht leisten“, so Neher.

Das Resümee von Dr. Eberhard Jüttner, dem Vorsitzenden des Paritätischen Gesamtverbands, zum beschlossenen Eckpunktepapier fällt sogar noch weniger schmeichelhaft aus. „Das einzige, was nun konkret feststeht, ist, dass die Versicherten höhere Beiträge zahlen und künftig auch noch privat vorsorgen sollen. Was die Menschen als Gegenleistung dafür bekommen werden, bleibt nebulös“, sagt er. „Statt eine mutige Reform auf den Weg zu bringen, vertröstet diese Regierung die Menschen mit vagen Versprechungen und punktuellen Einzelmaßnahmen.“ mg

INFO

Geschichte einer Beitragserhöhung

Nach ihrer Einführung 1995 lag der Beitragssatz der Pflegeversicherung zunächst bei 1,0 Prozent. Bereits einhalb Jahre später wurde er mit Beginn der Leistungen für stationäre Pflege auf 1,7 Prozent erhöht. Während im sonstigen Bundesgebiet der Beitrag von Arbeitnehmern und -gebern zu gleichen Teilen gezahlt wurde, erhöhte sich ebenfalls zum Juli 1996 der Arbeitnehmeranteil in Sachsen auf 1,35 Prozent. Der Grund: Dort wurde der Buß- und Bettag zur Finanzierung der Pflege-

versicherung nicht abgeschafft. Zum April 2004 entfiel dann der 50-prozentige Beitragszuschuss zur Rentenversicherung, seither müssen Rentner wie Selbstständige den vollen Beitrag allein tragen. Einzige Ausnahme sind Rentenbezieher aus der Alterssicherung der Landwirte. 2005 wurde dann ein Beitragszuschlag von 0,25 Prozent für Kinderlose ab 23 Jahren eingeführt, zum Juli 2008 der Grundbeitrag auf 1,95 Prozent erhöht – der zum Jahresbeginn 2013 auf 2,05 Prozent steigen soll. ■

ZFA-Statistik 2011

Plus bei Ausbildungsverträgen

Bis zum 30. September 2011 wurden im laufenden Jahr 43064 Ausbildungsverträge in Arzt- und Zahnarztpraxen, Kanzleien, Apotheken und Büros der Freien Berufe – dem drittgrößten Ausbildungsbereich – abgeschlossen. Allein die Zahnärztekammern melden zum Stichtag am 30. September 11843 neu abgeschlossene ZFA-Ausbildungsverträge.



Positive Nachrichten: Es gibt wieder mehr Ausbildungsverträge bei den ZFAs.

Foto: ojo images

Das bedeutet ein Plus von 1,04 Prozent im gesamten Bundesgebiet gegenüber dem Vorjahreszeitraum. Damit konnte das Niveau der Zahl von neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) im vierten Jahr in Folge auch 2011 erfreulicherweise gehalten werden.

Laut Arbeitsmarktbericht, den die Bundesagentur für Arbeit (BA) Ende September vorgestellt hat, sind die Arbeitslosenzahlen in Deutschland insgesamt weiter gesunken. Dieser positive Trend macht sich auch auf dem Ausbildungsmarkt bemerkbar. 1,1 Prozent mehr neue Ausbildungsverhältnisse sind zum Stichtag 30.09.2011 bei den freien Berufen im Vergleich zu 2010 abgeschlossen worden. Damit haben sich – wie schon im Vorjahr – die durch die Weltwirtschaftskrise beeinflussten Negativprognosen nicht bestätigt.

In Deutschland ist grundsätzlich jede Zahnarztpraxis ausbildungsberechtigt. Im Jahr 2010 bildeten rund 41 Prozent der Zahnarztpraxen aus. Rechnerisch kamen damit auf jede/n Auszubildende/n zum/r ZFA drei niedergelassene Zahnärzte und Zahn-

ärztinnen. Die Ausbildungsquote, das heißt die Anzahl der Auszubildenden an allen abhängig Beschäftigten, lag in Zahnarztpraxen bei rund 10 Prozent.

Eine Ausbildung zur ZFA wird mit über 99 Prozent fast ausschließlich von Frauen ergriffen. Das Berufziel ZFA wird von jungen

Frauen mit am häufigsten angestrebt. So wählten im Jahr 2010 immerhin 4,6 Prozent unter den jungen Frauen eine Ausbildung bei der Zahnärzteschaft, womit der Ausbildungsberuf ZFA Rang 9 der beliebtesten Berufe belegt (Tabelle 1).

„Die duale Berufsausbildung trägt ganz entscheidend zur Produktivität und zur Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Mittelstands bei“, erklärt Dr. Michael Sereny, Präsident der ZÄK Niedersachsen und für zahnärztliche Mitarbeiterinnen zuständiges Vorstandsmitglied der BZÄK sowie Mitglied des Beirats zur Begleitung des Bundesverbands der Freien Berufe am nationalen Ausbildungspakt. „Es zeigt sich, dass die Wirtschafts- und Finanzkrise so gut wie keine Auswirkungen auf das Ausbildungsengagement und das Bereitstellen von Ausbildungsplätzen bei den Zahnärzten hatte“, so Sereny weiter. Zudem sind Lehrlinge, die den Beruf der ZFA erlernt haben, anschließend weniger stark von Arbeitslosigkeit betroffen als in anderen Branchen. Am Jahresende 2010 waren 6899 ZFAs arbeitslos gemeldet, ein Rückgang um 13 Prozent gegenüber dem Vorjahr (und sogar –60 Prozent gegenüber 2005).

Top 10 der beliebtesten Ausbildungsberufe bei jungen Frauen 2010	
	Rang
Kauffrau im Einzelhandel	1
Verkäuferin	2
Bürokauffrau	3
Friseurin	4
Kauffrau für Bürokommunikation	5
Hotelfachfrau	6
Medizinische Fachangestellte	7
Restaurantfachfrau	8
Zahnmedizinische Fachangestellte	9
Fachverkäuferin im Lebensmittelhandwerk	10

Tabelle 1: Die ZFA zählt immer noch zu den Top 10 in der Ausbildung bei jungen Frauen.

Quelle: Statistisches Jahrbuch der BZÄK, 2011

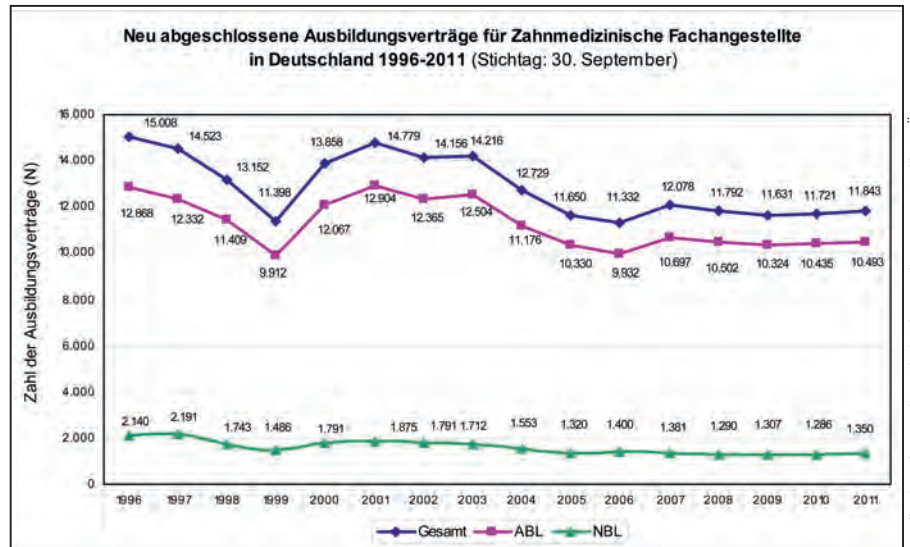
Stabile Verhältnisse

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) bewegt sich seit Jahren auf einem anhaltend hohen Niveau und konnte auch im Jahr 2011 erfreulicherweise gehalten werden (siehe nebenstehende Abbildung). Dazu erklärt Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK: „Die Zahnärztekammern haben es mit großem Engagement geschafft, für viele der noch unversorgten Bewerber im September passgenau eine Ausbildungspraxis zu finden. Dank dieses Einsatzes liegt die Zahl der abgeschlossenen Lehrverträge leicht über der des Vorjahrs.“

Bundesweit wurden in diesem Jahr bis zum 30. September 11 843 Ausbildungsverträge für ZFA neu abgeschlossen (ABL: 10 493; NBL: 1 350). Gegenüber dem Vorjahr haben die Ausbildungszahlen damit im Durchschnitt um 1,04 Prozentpunkte leicht zugenommen (ABL: +0,56 Prozent; NBL: +4,98 Prozent). Ausgehend von einer geringeren Grundgesamtheit ist in den neuen Bundesländern damit eine stärkere Zunahme der Ausbildungszahlen zu erkennen. Die Zahlen der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge variieren in den einzelnen Kammerbereichen um den Durchschnittswert. Stabile Werte bei den neuen Auszubildenden finden sich unter anderem in Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Schleswig-Holstein. Deutliche Zugewinne gibt es unter anderem in Sachsen-Anhalt, Saarland, Hamburg und Sachsen. Brandenburg, Niedersachsen und NRW haben hingegen Verluste zu verzeichnen (Tabelle 2).

Duale Ausbildung

Der entscheidende Vorteil der dualen Ausbildung in Deutschland ist die Nähe zum Beschäftigungsmarkt. Einerseits ermöglicht sie den Praxen, ihren Fachkräftenachwuchs praxisnah und bedarfsgerecht auszubilden. Andererseits sichert sie den Auszubildenden hohe Übernahmequoten in Beschäftigung und ist somit eine wesentliche Voraussetzung für eine eigenständige Lebensführung und für gesellschaftliche Teilhabe.



Die Zahlen der jährlich neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge sind seit einigen Jahren auf einem stabilen Niveau.

Wegen des Geburtenrückgangs wird sich die Situation auf dem Ausbildungsmarkt zukünftig auch bei den Zahnärzten vom Lehrstellen- hin zum Bewerbermangel entwickeln. Schon heute ist der Trend zu erkennen, dass Freiberufler ihre zukünftigen Auszubildenden immer früher an sich zu binden versuchen und Ausbildungsverträge weit im Voraus abschließen. Während vor einigen Jahren, als die Bewerberzahl aufgrund der geburtenstarken Jahrgänge noch sehr groß war, sich Praxen, Kanzleien und Apotheken häufig lange Zeit bei der Auswahl der am besten geeigneten Bewerber ließen, werden angesichts der rückläufigen Schülerabgangszahlen deutlich eher die Fühler nach den besten Auszubildenden

ausgestreckt. Das ist nachvollziehbar und richtig, vor allem auch, weil der Wettbewerb um die besten Auszubildenden zwangsläufig stärker geworden ist.

Ein Problem bleibt weiterhin, dass viele Bewerberinnen und Bewerber nicht ausbildungsreif sind und es auch für Zahnärzte immer schwieriger wird, ihre angebotenen Ausbildungsplätze zu besetzen. Angesichts der rückläufigen Schülerzahlen werden künftig auch Freiberufler kaum darum herumkommen, ihre Ausbildungsplätze auch mal mit lernschwächeren Jugendlichen zu besetzen. Ansonsten fehlen ihnen morgen die dringend benötigten Assistenzfachkräfte. Zur Besetzung einer Ausbildungsstelle muss es auch nicht immer der



Foto: BZÄK/Pietschmann

Prof. Dr. Dietmar Oesterreich: „Die Kammern haben mit großem Engagement im Endspurt noch viele passende Plätze gefunden.“



Foto: ZÄK Niedersachsen

Dr. Michael Sereny: „Die Krise hat bisher keine Auswirkungen auf das Ausbildungsverhalten der Zahnärzte.“

gute Realschüler oder gar Abiturient sein. Viele auf den ersten Blick nicht in das Bewerbungsprofil passende Jugendliche erweisen sich bei näherer Betrachtung, zum Beispiel im Rahmen einer praktikumsähnlichen und von der Arbeitsagentur finanzierten Einstiegsqualifizierung, als gut geeignete und letztlich erfolgreiche Auszubildende. Die Agenturen für Arbeit bieten zudem mit den ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH) kostenlosen Stützunterricht zum Abbau von Sprach- und Bildungsdefiziten sowie sozialpädagogische Begleitung an. Dieses Angebot sollte auch von Freiberuflern viel intensiver genutzt werden. Um einem Fachkräftemangel in unseren Praxen vorzubeugen, sollten alle existierenden Angebote genutzt werden.

Attraktive Fortbildungsmöglichkeiten

Die bundeseinheitlichen Kammeraufstiegsfortbildungen zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin (ZMP), zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV), zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMF) und zur Dentalhygienikerin (DH) bieten den Fachangestellten attraktive Qualifikationen, die eine berufliche Tätigkeit oberhalb der Qualifikationsebene des erlernten Berufs erlauben. Die (Landes-)Zahnärztekammern bieten diese vier Aufstiegsfortbildungen an, die sich an einer einheitlichen Musterfortbildung der BZÄK orientieren und in allen Kammerbereichen anerkannt sind.

Im Jahr 2010 wurden 830 erfolgreiche Prüfungen zur ZMP, 536 zur ZMV, 231 zur ZMF und 75 zur DH vor den Kammern abgelegt. Im Zeitverlauf ist zu erkennen, dass sich insbesondere die Fortbildung zur ZMP hoher Beliebtheit erfreut. Insgesamt ist die Zahl der jährlich erfolgreich abgelegten Prüfungen gegenüber dem Ersterhebungsjahr 2000 deutlich gestiegen.

Zahnarztpraxen werden also auch in Zukunft ein unverzichtbarer Pfeiler der mittelständischen Wirtschaft bleiben, in denen zehntausende Zahnmedizinische Fachangestellte eine qualifizierte Ausbildung erhalten. Die mehr als 55 000 niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte sind nach wie

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge für ZFA in den Jahren 2010 und 2011			
	2010 (N)	2011 (N)	Prozentuale Veränderung zum Vorjahr (%)
Bundesländer (Kammerbereiche)			
Baden-Württemberg	1.582	1.640	3,67
Freiburg	309	349	12,94
Karlsruhe	395	441	11,65
Stuttgart	587	556	-5,28
Tübingen	291	294	1,03
Bayern	2.308	2.404	4,16
Berlin	539	562	4,27
Brandenburg	164	124	-24,39
Bremen	128	130	1,56
Hamburg	275	312	13,45
Hessen	914	964	5,47
Mecklenburg-Vorp.	110	112	1,82
Niedersachsen	1.256	1.182	-5,89
Nordrhein-Westfalen	2.863	2.718	-5,06
Nordrhein	1.536	1.484	-3,39
Westfalen-Lippe	1.327	1.234	-7,01
Rheinland-Pfalz	518	542	4,63
Koblenz	191	186	-2,62
Pfalz	151	191	26,49
Rheinhausen	95	105	10,53
Trier	81	60	-25,93
Saarland	108	125	15,74
Sachsen	260	292	12,31
Sachsen-Anhalt	99	141	42,42
Schleswig-Holstein	483	476	-1,45
Thüringen	114	119	4,39
Gesamt	11.721	11.843	1,04

Tabelle 2: Übersicht über die prozentualen Veränderungen zum Vorjahr

vor fester Bestandteil des wirtschaftlichen Mittelstands in Deutschland und ein bedeutender Arbeitgeber im Gesundheitswesen. Damit sind Zahnarztpraxen Arbeitsplatzgarant und Motor der beruflichen und praxisnahen Aus- und Fortbildung in Deutschland. Aber: Ausbildung benötigt strukturelle Sicherheiten für die Praxen in

Deutschland. Sowohl Kostenentlastungen als auch politische Verlässlichkeit sind dafür der ideale Gestaltungskorridor.

Dr. Sebastian Ziller, MPH
Leiter der Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung der BZÄK
Chausseestr. 13
10115 Berlin

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

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

Kultursensible Altenpflege

Vom Gastarbeiter zum Senior

Migranten trugen einen erheblichen Teil zum deutschen Wirtschaftswunder in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts bei. Nun hat die erste Generation der sogenannten Gastarbeiter vielfach das Rentenalter erreicht, einige sind auf Pflege angewiesen. Doch wie sieht eine Pflege aus, die auf die kulturellen Sensibilitäten der älteren Migranten Rücksicht nimmt?



Eine zunehmende Zahl von Migranten der ersten Generation ist auf Pflege angewiesen. Viele wollen dabei den Bezug zu ihrer Kultur nicht verlieren.

Am 30. Oktober 2011 jährte sich das Anwerbeabkommen zwischen Deutschland und der Türkei zum 50. Mal. Die Bundesrepublik brauchte in den 1950er- und 1960er-Jahren frische Arbeitskräfte, um den Wirtschaftsaufschwung am Laufen zu halten und den Arbeitskräftemangel auszugleichen – dafür sollten auch türkische Gastarbeiter sorgen, die (laut Abkommen) nach zwei Jahren wieder gehen sollten. So die Theorie. Doch wie Max Frisch treffend analysierte: „Wir riefen Arbeitskräfte, und es kamen Menschen.“ Menschen werden sesshaft, Menschen gründen Familien oder holen ihre bestehenden Familien zu sich. Und Menschen werden alt. Eine angedachte Rückkehr in das Herkunftsland haben viele verworfen, einige haben die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen. Der Lebensmittelpunkt liegt meist in Deutschland, die Kinder

wohnen hier, die Enkel und Bekannten. „Die Leute sind hier verwurzelt“, sagt die Sozialpädagogin Ulrika Zabel vom Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe (kom-zen) in Berlin. Die erste Gastarbeitergeneration – nicht nur aus der Türkei, auch aus Italien, Griechenland, Spanien – befindet sich mittlerweile im Seniorenalter. Ein Teil dieser ersten Generation ist auf Pflege angewiesen.

„Die pflegerische Versorgung von Migranten spielte aufgrund der geringen Anzahl pflegebedürftiger Migranten in den Integrationsdebatten der Vergangenheit kaum eine Rolle“, erklärt Prof. Stefan Görres vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Bis Anfang der 2000er-Jahre sei sogar bestritten worden, dass Deutschland ein Einwanderungsland ist. Das habe sich geändert, als

sich immer mehr Türken der ersten Generation dazu entschlossen, hier ihren Lebensabend zu verbringen.

Die Pflege öffnen

Bis 2030 werden etwa 2,8 Millionen über 60-jährige Migranten in der Bundesrepublik leben, schätzt Görres. Damit gehören sie laut der Berliner Senatsverwaltung für Integration zu einer der am stärksten anwachsenden Bevölkerungsgruppen.

Mit der zunehmenden Zahl älterer Zuwanderer hat sich auch der öffentliche Diskurs verändert. „Pflegebedürftige Migranten rückten zunächst gar nicht in den Fokus der Wahrnehmung, weil davon ausgegangen wurde, dass die pflegerische Versorgung von der Familie geleistet wird“, sagt Görres. Erst mit der zahlenmäßigen Zunahme von pflegebedürftigen Migranten und dem gleichzeitigen Auflösen traditioneller Familienstrukturen sei die Anforderung gegeben gewesen, die pflegerische Versorgungsinfrastruktur und damit auch Politik und Gesellschaft zu sensibilisieren.

Damit sind auch Pflegeeinrichtungen, die sich auf die älteren Migranten einstellen wollen, vor Herausforderungen gestellt. Denn diese haben spezielle gesundheitliche Probleme aufgrund der Beschwerden der Migration und ihrer Erwerbsbiografie. In der ersten Generation waren vor allem un- und angelernte Arbeiter tätig, die meist harte körperliche Arbeiten verrichteten, hinzu kamen Schicht- und Nacharbeit. „Körperliche, geistige und seelische Belastungen treten häufiger und im Durchschnitt fünf bis zehn Jahre früher auf als bei gleichaltrigen Deutschen“, erklärt Görres. Vor allem unter Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Rheuma und Mobilitätsbeeinträchtigungen hätten Migranten häufiger zu leiden.

Eine weitere Herausforderung stellen sprachliche und kulturelle Barrieren dar, die zwischen (deutschem) Pflegepersonal und den älteren Migranten auftreten können. Vielfach bestehen laut dem Bremer

Foto: picture alliance



Foto: picture alliance

Die ersten Gastarbeiter arbeiteten meist in körperlich anstrengenden Berufen. Dadurch sind sie im Alter häufiger pflegebedürftig.

Pflegeforscher Unsicherheiten und Hilflosigkeiten im Umgang miteinander. Deshalb wurde Ende der 1990er-Jahre das Konzept der kultursensiblen Altenpflege eingeführt, „vor allem in Großstädten mit einem hohen Anteil von Migranten wie Berlin oder Köln“, sagt Görres. Die entscheidenden Impulse dafür seien hauptsächlich von den Wohlfahrtsverbänden wie Caritas oder Diakonie ausgegangen.

Den Glauben beachten

Wie sieht aber nun eine Altenpflege aus, die kulturell und religiös bedingte Sensibilitäten von Migranten beachtet? „Das Credo einer kultursensiblen Altenpflege und der dazu notwendigen interkulturellen Kompetenz besteht darin, Gruppen nicht automatisch kulturelle Eigenschaften zuzuschreiben“, er-

klärt der Wissenschaftler. Es gehe darum, den vielfältigen Facetten eines Pflegebedürftigen adäquat zu begegnen.

Wie diese Anforderungen konkret umgesetzt werden können, zeigt das Gerhard-Kersting-Haus in Essen, das vom Deutschen Städtetag als beispielhaft hervorgehoben wird. Das Haus wurde 2008 eröffnet und bietet kultursensible Altenpflege wie auch altersgerechtes Wohnen an. Das Heim hat sich auf muslimische Bewohner, die vorwiegend aus der Türkei stammen, eingestellt und ist nach eigenen Angaben auf „das Zusammenleben verschiedener Religionen ausgerichtet“. Um die Integration zu gewährleisten, gibt es aber keine separaten Wohnbereiche für Muslime.

Für gläubige Muslime gibt es einen nach Mekka ausgerichteten Gebetsraum mit vorgelagertem Waschraum, der in Abstimmung mit der türkischen Gemeinde eingerichtet wurde. Das Essen ist den religiösen Speisevorschriften angepasst und wird von einem muslimischen Koch zubereitet, der kein Schweinefleisch oder Alkohol als Zutat verwendet. Während des Fastenmonats Ramadan wird den Bewohnern, die tagsüber fasten, am Abend eine Mahlzeit angeboten, die ihren Bedürfnissen zum Fastenbrechen entspricht. Damit sich die türkischen Bewohner über ihr Herkunftsland informieren können, haben sie die Möglichkeit, türkische Zeitungen zu lesen und türkische Fernsehsender zu empfangen. Es gibt Pflegepersonal mit Migrationshintergrund, das mit Bewohnern in deren Landessprache reden kann. Für nicht-muslimisches

Personal gibt es Fortbildungen, in denen Werte und Traditionen des Islam vermittelt werden. Es gibt zudem Kurse, in denen die wichtigsten Pflegebegriffe auf türkisch gelehrt werden, damit sich die Mitarbeiter mir den Bewohnern verständigen können, die kein oder nur wenig deutsch sprechen. In der Essener Einrichtung wird darauf geachtet, dass die Pflege, insbesondere im Intimbereich, von gleichgeschlechtlichen Personen übernommen wird.

Ulrika Zabel vom kom-zen Berlin räumt ein, dass eine solche interkulturelle Öffnung für die Einrichtungen auch ein Kostenfaktor ist. Veränderungen in der Küche, Veränderungen in den Angeboten, mehrsprachige Auslagen und Informationsveranstaltungen – das alles kostet Geld. „Diese Investitionen sind auch der Grund, warum viele Einrichtungen davor zurückschrecken“, sagt Zabel. Den Gewinn, den sie langfristig aus der Erschließung einer neuen Kundenschicht ziehen könnten, sähen sie nicht.

Den Alltag widerspiegeln

Auch in Zukunft werden weiterhin viele Pflegeeinrichtungen von den Kosten abgeschreckt sein, glaubt die Sozialpädagogin. „Ein Großteil der Migranten wird sich deshalb fügen in das, was ihnen angeboten wird. Doch es wird keine auf ihre Person zugeschnittene Pflege sein.“

Kultursensible Pflegeheime hätten nur dann eine Chance zu bestehen, wenn den Alltag der Menschen und ihre Lebensverhältnisse widerspiegeln, ergänzt Görres. „Zugleich dürfen die multikulturellen Heime aber nicht zu einer Ghettoisierung und zu ethnischen Enklaven führen. Deshalb sei es sinnvoll, wenn die Pflegeheime die wirkliche Kultur und den Alltag etwa der Stadtteile abbilden, aus denen die Migranten kommen.“

Allgemein müsse in Deutschland aber erst noch gelernt werden, wie Pflegeheime für ausländische Bürger gestaltet werden müssen, glaubt der Bremer Forscher. Insofern könne man davon ausgehen, dass es ausländische Senioren in Pflegeheimen in Deutschland nach wie vor schwerer haben als Deutsche. eb

INFO

Zahlen und Fakten

Bis 2050 wird die Gruppe der Senioren weltweit mehr wachsen als jede andere Altersgruppe. In Deutschland sind von 82 Millionen Menschen 17 Millionen 65 oder älter (21 Prozent). Seit 1990 ist die Zahl der Menschen ab 65 um 42 Prozent gestiegen. 2,3 Millionen sind pflegebedürftig, knapp 85 Prozent davon waren 65 oder älter. In Deutschland wohnen 15,7 Millionen Personen mit Migrationshintergrund (Anteil

an der Gesamtbevölkerung: 19 Prozent), davon sind 7,1 Millionen Ausländer (8,7 Prozent). Die meisten Personen mit Migrationshintergrund stammen aus der Türkei (15,8 Prozent), Polen (8,3 Prozent) und der Russischen Föderation (6,7 Prozent). Insgesamt 1,5 Millionen der Bürger ab 65 Jahren haben einen Migrationshintergrund. Davon sind 580 000 Ausländer. ■

Quellen: Destatis, UNFPA

Werte in der Krise

Rund 500 geladene Gäste aus Politik, Standespolitik, Wissenschaft und Verbänden kamen am 10. November 2011 zur Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages. Die Spitzenvertreter von BZÄK, DGZMK und KZBV hatten zum Festakt in die Frankfurter Paulskirche geladen. Tenor der Festreden: Nicht nur der zahnärztliche Berufsstand, auch die Gesellschaft unterliegt einem Wandel. Ob GOZ-Novelle, Approbationsordnung, Versorgungsstrukturgesetz oder die Herausforderungen der Demografie – es gilt, sich auf Neues einzustellen und dabei das ärztliche Ethos nicht aus den Augen zu verlieren.



Festakt in der Frankfurter Paulskirche mit 500 geladenen Gästen aus Politik, Standespolitik und Gesellschaft

„**D**as Gesundheitswesen steckt nicht in einer Krise des Geldes, das Gesundheitswesen steckt in einer Krise der Moral.“ Dies erklärte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel zum Auftakt des Deutschen Zahnärztetages, zu dem er Vertreter aus Politik, Standespolitik, Wissenschaft und Gesellschaft aus dem In- und Ausland begrüßte. Humane medizinische Versorgung müsse auch in Zukunft gewährleistet bleiben: „Das zu vermitteln, ist unsere Pflicht. Das verständlich zu machen, ist aber auch unsere Chance.“ Die intakte Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient sei der zentrale Punkt, wo alles ansetze, wo aber auch alle eingreifen wollten, seien es Krankenkassen, Ökonomen, Wissenschaftler



BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel: „Budgetierung und ärztliches Ethos passen nicht zusammen.“



DGZMK-Präsident Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake: „Wir sind vom intraoralen Reparaturbetrieb weit entfernt.“

BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (r.) im Gespräch mit Herbert Pfennig, Sprecher des Vorstands der apo-Bank (l.), und Dr. Karl-Friedrich Rommel, Vorsitzender der KZBV-Vertreterversammlung



oder auch die Politik. Es gebe Bestrebungen hin zu mehr Normierung, mehr Standardisierung und mehr Ökonomisierung. Aber, so Engel weiter, das Heilen kategorisieren zu wollen, um Geld zu sparen, sei definitiv der falsche Weg: „Budgetierung und ärztliches Ethos passen nicht zusammen.“

Wissensausweitung

DGZMK-Präsident Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake verwehrt sich gegen den „intraoralen Reparaturbetrieb“, der dem Fach Zahnmedizin gern unterstellt werde. Der Charakter des Faches habe sich durch die Ausweitung des Wissens und durch die strukturellen Veränderungen in der Bevölkerung längst geändert. Umso bedauerlicher sei, dass die neue GOZ dem nicht nach-



KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz: „Es ist nicht gut, wenn der Finanzminister mit eigenen Vorgaben ins GKV-System eingreift.“

kommt, im Gegenteil sogar einen rückwärtsgewandten restriktiven Charakter bekommen habe, der keine Weiterentwicklung erkennen lasse. „Es steht vielmehr zu befürchten, dass die schon jetzt erkennbare Vergreisung der neu geborenen Regelung in der Diskrepanz zu den aus wissenschaftlicher Sicht zahnmedizinisch sinnvollen Inhalten mit der Zeit noch zunimmt.“ Die wissenschaftlichen Gesellschaften dürften in ihrer Forderung nach einer weiteren Anpassung der jetzt schon verfehlten Gebührenordnung im Sinne einer modernen, zukunftsfähigen Zahnmedizin nicht nachlassen.

Deutlich mehr Hoffnung sah Schliephake bei der Neufassung der Approbationsordnung. Nach zähem Ringen sei man nun „auf einem guten Weg“, doch liege noch „der Teufel im Detail“. Zuversichtlich zeigte er sich auch hinsichtlich der Erstellung des Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs, der die Lern- und Prüfungsinhalte in der Zahnmedizin neu definieren und das Fach neu ausrichten soll. Ferner forderte er, die Landes-zuführungsbeträge für die aufgrund doppelter Abiturjahrgänge gestiegene Zahl von Studierenden auch wirklich der Zahnmedizin zukommen zu lassen.

Paradigmenwechsel

Der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, griff das Generalthema des Wissenschaftskongresses „Risikoerkennung und Risikomanagement“ auf. Die

Bereitschaft zum Risiko sei nicht nur in der täglichen Praxis relevant, sondern auch für die Politik der KZBV, die mit ihrem Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende Versorgung des Landes gerade stehen müsse. Fedderwitz ging auf das Versorgungsstrukturgesetz ein. Ausdrücklich lobte er die Politik, die mit den nun eingeführten Regelungen einen Paradigmenwechsel eingeführt hätte. Es sei kein bloßes Kostendämpfungsgesetz, nunmehr könne das Vergütungssystem flexibilisiert und regionalisiert werden. Das Morbiditätsrisiko werde wieder den Krankenkassen übertragen, dort, wo es hingehöre. Struktur und Zahl der Versicherten würden endlich berücksichtigt und gleichrangig neben den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gestellt. Es gebe eine Chance, von der starren Budgetierung wegzukommen.

Kritisch beurteilte Fedderwitz den Einfluss des Finanzministeriums auf das Versorgungsgeschehen: „Es ist nicht gut, wenn der Finanzminister meint, mit eigenen Vorgaben in die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens eingreifen zu müssen und aus fiskalischen Gründen in das GKV-System zu grätschen“, erklärte er. Das führe letztlich zu einer Staatsmedizin ähnlich dem NHS-System in Großbritannien.

In Bezug auf die neue GOZ monierte er aus Sicht der KZBV, dass die Koalition einen vorzeigbaren Abschluss verpasste hätte. Zwar sei sie eigentlich gut und vor allem zielstrebig angelegt, da man nach dem



Festredner Dr. Frank Schirmacher: „Der Wandel von Jung zu Alt ist vorhersehbar.“

Fotos: BZÄK-Axentis.de



Dr. Fedderwitz, Prof. Schliephake und Dr. Engel zusammen mit dem stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer

desaströsen Ulla-Schmidt-Entwurf punkten wollte. Dennoch sei klar, dass die zahnärztlichen Erwartungen in keiner Weise erfüllt worden seien, aber leider sei ebenso deutlich erkennbar, dass so schnell kein neuer GOZ-Aufschlag des Verordnungsgebers erfolgen werde.

Kein Ruhmesblatt

Diese Auffassung unterstrich auch Engel in seinem Statement. Das Ergebnis der Arbeit des Gesetzgebers sei alles andere als ein versorgungspolitisches Ruhmesblatt. Zwar habe man durch fachliche Vorarbeit so manche Sequenzen der alten GOZ aus der bundesrepublikanischen Steinzeit in das wissenschaftliche Hier und Jetzt holen können. Die BZÄK habe jedoch für die GOZ

nicht über ein Verhandlungsmandat verfügt. Dennoch habe man Argumente und Vorschläge einbringen können und durch Überzeugungsarbeit die für den Berufsstand katastrophale Öffnungsklausel abwehren können. Einen Kompensationshandel mit Verzichtserklärungen auf anderes habe es jedoch nie gegeben, betonte der Präsident. Vielmehr gelte es jetzt, nolens volens zu lernen, mit der neuen GOZ umzugehen.

Methusalem-Komplott

Eine Analyse über den Wandel in der Gesellschaft skizzierte Dr. Frank Schirmmacher, Herausgeber der FAZ, in seinem Festvortrag „Das Methusalem-Komplott – Was aus uns allen werden wird. Die demographische Veränderung revolutioniert Deutschland“.

Der Wandel weg von einer jungen hin zu einer alternden Gesellschaft sei für die nächsten 50 Jahre vorhersehbar, so Schirmmacher. Die Jungen würden in der Minderheit, die Alten in der Mehrheit sein. Der Prozess sei irreversibel, jedoch seien die Sozialsysteme weiterhin auf einer Gesellschaft vieler junger Menschen aufgebaut. Bis 2060 werde die Gruppe der 80-Jährigen die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe ausmachen, prognostizierte Schirmmacher. Sowohl die Familien- wie auch die Zuwanderungspolitik seien aufgefordert, geeignete Lösungsmodelle für den Alterungsprozess und dessen Auswirkungen auf die Gesellschaft beizusteuern. Deutschland sei in diesem Prozess nicht das Schlusslicht, auch andere EU-Staaten und viele weitere Länder weltweit würden folgen.



Fotos: BZÄK-Axentis.de

BZÄK-Vizepräsident Dr. Michael Frank mit der designierten DGZMK-Präsidentin Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke

Für Schirmmacher stellt sich deshalb die Frage nach dem Stellenwert von Prävention und Gesundheit neu: Lebensentwicklung im Alter werde ein großes Thema, auch in den Medien. Dazu gehörten Aspekte und Problemfelder wie Zuteilung in der Medizin, gesundes Altern oder längere Arbeitszeitmodelle. Gesundheit werde zum höchsten Gut, wobei sich der Einzelne fragen müsse, welchen Beitrag er dazu leisten kann. pr



Die Veranstalter sowie Jette Krämer, BZÄK, standen auf einer Pressekonferenz den Medienvertretern Rede und Antwort.

■ Anlässlich der Eröffnungsveranstaltung zum Deutschen Zahnärztetag wurden namhafte Persönlichkeiten aus Standespolitik und Wissenschaft geehrt. Siehe dazu Seite 100f.

KZBV-Vertreterversammlung

Liberal wie limitiert

Am 9. und 10. November fand die Vertreterversammlung der KZBV in Frankfurt am Main statt. Zwei Themen dominierten die Debatten: das Versorgungsstrukturgesetz und die neue GOZ. Während die Delegierten die geplanten Regelungen für die GKV als Paradigmenwechsel lobten, wurde die Novelle, weil unzulänglich, abgeschmettert.



Wie positionieren sich die KZBV und die KZVen zwischen GOZ und GKV? Klar ist: Auch die private Gebührenordnung tangiert die Vertragszahnärzte.

Die neue GOZ lässt zu wünschen übrig. Das findet auch der hessische Gesundheitsminister Stefan Grüttner (CDU), Gastredner auf der VV. Auch er hält die Forderung der Zahnärzte nach einem Vergütungsanstieg für mehr als berechtigt: „Prävention und medizinischer Fortschritt haben die Zahnmedizin in den vergangenen Jahren stark vorangetrieben – das muss sich auch in den Honoraren niederschlagen!“ Wenngleich sei die Struktur des neuen Leistungskatalogs zeitgemäßer. Dass man die Budgetierung in der GKV abschafft, sie in der privaten Gebührenordnung aber wieder einführt, sei allerdings nicht nachvollziehbar. Sein Vorschlag: „Wenden Sie die Instrumente erstmal an, gewinnen Sie Erkenntnisse und treten Sie dann konstruktiv an die Politik heran,

die dann mit der nächsten Reform hoffentlich nicht wieder Jahre verstreichen lässt.“ Beeindruckt zeigte er sich von dem von KZBV und BZÄK entwickelten Konzept zur Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Grüttner: „Diese Vorschläge müssen Eingang in die Gesetze finden.“ In seinen Augen ebenfalls gelungen: die Mehrkostenregelung. „Ein Modell, das funktioniert, sozialverträglich ist und auf die kompetente Behandlung sowie die Eigenverantwortung des Patienten setzt.“ Selbst vertragsärztliche Segmente seien seiner Ansicht nach für diese Lösung offen. „Wir kannten bisher nur schnöde Kostendämpfungsgesetze“, fasste der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz den Politfrust

der letzten Zeit zusammen. „Das ist das erste Mal nach langen Jahren, dass Strukturen angegangen und neue Freiräume geschaffen werden. Natürlich hätte es noch ein bisschen mehr sein können, doch eine Flexibilisierung des bis dato verkrusteten Systems ist definitiv der richtige Weg. Hier hat die Politik einen Paradigmenwechsel eingeleitet, und wir werden die Chancen, die darin liegen, nutzen.“ Auch auf das Wie hat er schon eine Antwort: mit Mehrkostenregelungen und Festzuschüssen. Fedderwitz: „Wir haben bewiesen, dass wir mit der Verantwortung gegenüber unseren Patienten umgehen können.“ Eingestellt ist auch das A+B-Modell: „Wir haben das Konzept zur zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger und Menschen mit Behinderungen modular abgebildet, damit dieses Kernanliegen doch noch Eingang in die Gesetzgebung findet und wir eine Verbesserung der Betreuung für diesen Personenkreis erreichen“, sagte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer. In der Politik bestehe mittlerweile Konsens: „Es ist nicht länger die Frage, ob, sondern nur noch wie das Thema gesetzlich verankert wird.“

Endlich mehr Bewegung

Das Versorgungsstrukturgesetz gebe den Vertragspartnern endlich die Möglichkeit, zu Gesamtvergütungen zu kommen, die den tatsächlichen Behandlungsbedarf widerspiegeln, indem das Morbiditätsrisiko dorthin zurück verlagert wird, wo es hingehört, nämlich zu den Krankenkassen. Wie der Vorstand verdeutlichte, werde in der Begründung des Gesetzentwurfs direkt darauf verwiesen, dass die verschiedenen Bemessungskriterien – wie Zahl und Struktur der Versicherten, Morbiditätsentwicklung, Kosten- und Versichertenstruktur, die für die Behandlung aufgewendete zahnärztliche Arbeitszeit sowie Art und Umfang der Leistungen – ab 2013 gleichwertig neben dem Grundsatz der Beitragsstabilität berücksichtigt werden. Fedderwitz: „Mit dem VstG werden diese Faktoren gleichrangig neben dem weiterhin gültigen Grundsatz der Beitragsstabilität verankert. Und das ist gut so!“ Eßer bestätigte: „Das sind zentrale For-



*Strategiegespräch:
KZBV-Chef Dr. Jürgen
Fedderwitz mit seinen
Vizes Dr. Wolfgang
Eßer und Dr. Günther
E. Buchholz*

derungen der Zahnärzteschaft, denen wir endlich Geltung verschaffen konnten.“ Der „staatsdirigistische motivierte zentralistische Ansatz des ehemaligen Schmidt-Ministeriums“ werde endlich wieder aufgelöst und durch eine Ausweitung der regionalen Kompetenzen der Vertragspartner ersetzt. „Das bedeutet Stärkung der Selbstverantwortung, mehr Spielraum, aber auch wieder mehr Verantwortung“, verklärte Eßer. Durchweg positive Reaktionen auch aus den Reihen der KZVen: „Man muss sehr positiv sehen, was in Beratungen mit dem BMG und der Politik erreicht werden konnte“, urteilte beispielsweise Dr. Ute Maier, Chefin der KZV Hessen. „Es ist aber erforderlich, dass die KZVen auf regionaler Ebene in den Verhandlungen mit den Kassen künftig genauso stark auftreten!“

Dagegen laut Vorstand absolutes No-go: die allseits gerügte Einmischung von Finanzminister Wolfgang Schäuble in die gesundheitspolitische Gesetzgebung. Fedderwitz: „Wenn der Finanzminister in Inhalte des Gesundheitssystems gestalterisch eingreift, rücken wir immer mehr in die Nähe von NHS-Verhältnissen.“ Die neue GOZ solle und wolle ausdrücklich neue Leistungen beschreiben, die in der alten nicht enthalten seien. „Für 2014 wurde eine Evaluation möglicher Ausgabensteigerungen der GKV eigens ins Gesetz geschrieben. Mit der Konsequenz: Alles, was über den erwarteten Ausgaben liegt, zieht Schäuble von seinem Zuschuss aus Steuermitteln wieder ab. Seine

Grätsche ist nicht nur ärgerlich, sie ist für die Zukunft unseres Gesundheitswesens gefährlich“, bilanzierte Fedderwitz. „Hat man die GKV endlich liberalisiert und die Budgets gekillt, hat es der Finanzausschuss zu guter Letzt noch geschafft, diese für den PKV-Bereich zu installieren.“

Der Grufti G-BA

Kritik auch für den im GKV-VstG avisierten Umbau des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Respektive, dass die Koalition daran festhalte, das Berufungsverfahren der unparteiischen Mitglieder des G-BA, also seiner Führungsspitze, und der zu benennenden Stellvertreter massiv zu begrenzen. Bisher, so Fedderwitz, hatten sich die Trägerorganisationen – GKV-Spitzenverband, DKG, KBV und KZBV – auf das Personaltableau verständigt. Schließe man jetzt per se alle von der Mitarbeit in dem Gremium aus, die in den vorangegangenen drei Jahren in den Träger- und Mitgliedsorganisationen oder als Leistungserbringer im G-BA tätig waren und beschränkt die Amtszeit darüber hinaus auf sechs Jahre, sei klar, wohin das führt: „Diejenigen, die es am besten können, sind außen vor, übrig bleiben die Rentner. Im Klartext: Der G-BA mutiert zum Geriatriischen Bundesausschuss, zum Grufti G-BA“, rügte Fedderwitz. „Oder wird bestückt mit Leuten aus PKV, Pharmabranche und Patientenvertretern, denn die bleiben vom möglichen Ausschluss verschont.“

Laut Eßer begeht der G-BA hier kapitale Fehler: „Ja, er verletzt Rechtsgrundsätze, wenn er die Bundeszahnärztekammer im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens nicht anhört und die Zahnärzteschaft bei der Beschlussfassung dort nicht berücksichtigt. Wir haben diese Verfahrensfehler gerügt und eine Anwendbarkeit der beschlossenen Richtlinien auf die vertragszahnärztliche Versorgung abgelehnt.“ Dem habe sich der G-BA nicht verschließen können. Eßer: „Fest steht, dass die Verfahrens- und Entscheidungsstruktur des G-BA grundlegend geändert werden muss!“ Anerkennen müsse man indes die neue Regelung einer obligatorischen Stimmrechtsübertragung, wenn es um Beschlüsse geht, die eindeutig nur ein oder zwei Leistungssektoren betreffen. Hier werde eine Forderung der Leistungserbringer, insbesondere der Zahnärzte, aufgegriffen.

Nicht nur extern, auch intern wandeln sich die Strukturen. Welche Veränderungen der Berufsstand seit geraumer Zeit durchläuft, verdeutlichte Fedderwitz: „Es prägen nicht nur mehr und mehr Zahnärztinnen den Beruf, sondern als Folge der Liberalisierungen des Vertragsarztänderungsgesetzes arbeitet mittlerweile ein Fünftel aller Zahnärzte im Angestelltenverhältnis.“ Ziel sei, diesem Kollegenkreis ein Arbeiten zu ermöglichen, das seinen Bedürfnissen Rechnung trägt. Und aktiv zu prüfen, wie eine angemessene Vertretung und Mitarbeit in den Selbstverwaltungsgremien zu gewährleisten ist. „Es wäre fatal, wenn unsere angestellten Kollegen als Mitglieder eines Freien Berufs sich innerhalb dieses Berufsstandes ausgegrenzt fühlen“, so Fedderwitz.

Paradoxon erster Güte

Schließlich das zweite Topthema der VV: die neue GOZ. „Für mich ist das ein Paradoxon erster Güte“, bekannte Fedderwitz: „Da verabschiedet sich die Politik in der GKV von der Budgetierung, weil sie begriffen hat, dass das ein Irrweg ist. Und fängt zugleich an, in der GOZ Limits zu setzen.“ Ähnlich positionierten sich viele Delegierte, etwa der Vorsitzende der KZV Bayerns, Dr. Janusz Rat: „Die GOZ ist das Synonym für Freiberuflich-



Selten, aber verdient:
Pause im Sitzungs-
marathon

Fotos: KZBV-M.Drachinger

keit. Wir suchen Freiräume im Privatbereich. Wenn man GOZ abwürgt, müssen wir unser Heil in der GKV suchen, das heißt, der Zug fährt rückwärts.“ Wie sich das Dilemma GOZ darstellt, brachte Eßer auf den Punkt: „Wir ringen miteinander, weil wir uns nicht ergeben wollen, aber genau wissen, dass wir keine schussichere Weste anhaben.“ Eine klare Positionierung zur GOZ sei notwendig und wichtig – auch für die nächste Generation, für die sechs Prozent mehr Honorar haben oder nicht haben entscheidend sind. Eßer: „Unser Parlament darf nicht sprachlos sein! Wir dürfen nicht vergessen: Eine Konvergenz der Systeme bedeutet auch, dass irgendwann GOZ und Bema angeglichen werden.“ Fedderwitz bekräftigte: „Wir können es uns nicht leisten, die alte GOZ zurückzuschreien!“ Das Plenum forderte den Gesetzgeber schließlich einmütig auf, „dafür Sorge zu tragen, dass sich die Vergütung privatärztlicher Leistungen an der Entwicklung des realen Leistungsbedarfs der Versicherten und nicht an willkürlichen Vorgaben hinsichtlich des damit verbundenen Ausgabevolumens orientiert“. Handlungsbedarf sahen die Delegierten auch bei den Patientenberatungsstellen. Eßer: „Wir haben es vor fünf Jahren versäumt, Patientenberatungsstellen flächendeckend zu etablieren und Dritten die Qualifikation zur Beratung zugestanden.“ Noch finde in der UPD keine fachliche Beratung statt, lediglich Beschwerden würden entgegengenommen. „Was der UPD im Vergleich zu uns fehlt, ist zahnärztliche Fachkompe-

tenz und dass sie kein flächendeckendes Beratungsangebot zur Verfügung stellen kann. Sie wird aber genau diese Lücke schließen“, prophezeite Eßer. „Deshalb müssen wir Beratungs- und Evaluationsstandards einführen.“ Es gelte, die vielfältigen Angebote und die Kompetenzen des Berufsstands viel stärker als bisher in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen. Ohne die Individualität der einzelnen Angebote zu berühren – sie sollen weiterhin in ihrer Mannigfaltigkeit existieren. Eßer: „Geplant ist, in einem ersten Schritt die Kooperation zwischen KZVen, Kammern, KZBV und BZÄK zu stärken und auf Bundesebene zu koordinieren.“ Angedacht sei eine bundesweit einheitliche Telefonnummer, die dann gleich an die richtigen Stellen weiterschaltet, wie auch eine Infobroschüre und ein gemeinsames Label, um die zahnärztliche Patientenberatung zu promoten.

Ausgerollt und ausgestattet

Auf den neuesten Stand zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) brachte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz: „Die Ausstattung der Zahnärzte mit den neuen Terminals liegt in den meisten KZVen bei nahezu 100 Prozent. Der Basis-Rollout ist damit abgeschlossen.“ Seit dem 1. Oktober verschicken die Krankenkassen nun die eGKs. Buchholz: „Allerdings werden wir nicht darüber informiert, wo und in welchem Maße die zehn Prozent der Karten ausgegeben werden.“ Dass das BMG

weiter Druck macht, zeige sich an dem Gesetzesvorhaben, für nächsten Jahr ein Volumen von 70 Prozent anzuordnen. Wie Buchholz ausführte geben die Kassen ihrerseits den Druck weiter, indem sie den GKV-Spitzenverband drängen, die Online-Prüfung der eGK so schnell wie möglich umzusetzen. Konflikte seien damit vorprogrammiert: „Die Kassen wollen die Online-Prüfung so schnell und Hauptsache billig. Mindestmehrwert für Ärzte und Zahnärzte ist aber, dass mit der dazu notwendigen Infrastruktur auch eine sichere elektronische Kommunikation stattfindet, also eine sichere Internetanbindung sowie die Möglichkeit zur elektronischen Signatur.“ Darüber hinaus beanspruche der GKV-Spitzenverband die alleinige Projekthoheit und lehne jegliches Mitspracherecht seitens der Leistungserbringer ab. „Wenn der GKV-Spitzenverband weiterhin unsere Interessen an die Seite schiebt, steigen wir aus der gematik aus“, kündigte Buchholz an.

Wie er darlegte, wird im Zuge der papierlosen Abrechnung auch die Online-Übermittlung der Abrechnungsdaten an die KZV und die Online-Kommunikation mit dem zahntechnischen Labor Verbreitung finden. Seine Empfehlung: „Setzen Sie dafür einen vom Praxis-System getrennten Kommunikations-PC ein!“ Natürlich sei es auf Dauer bequemer, seine Abrechnungsdaten direkt aus der Praxis-EDV an die KZV zu schicken. Damit auch dieser Weg sicher wird, müssen die KZV-Portale erstens komfortabel und über eine Schnittstelle aus dem PVS ansprechbar sein. Zweites müsse der Schutz der Praxis-Systeme gewährleistet sein. Wichtig sei, dass alle Authentisierungsmechanismen, die die KZVen heute zur eindeutigen Identifizierung der Portalnutzer einsetzen, aus dem PVS heraus funktionieren – Stichwort Virenschutz oder Firewall. Buchholz: „Ich gehe davon aus, dass die Verfahren funktionieren. Nachbesserungen sind bei der Komplexität des Projekts zwar nicht ausgeschlossen, doch hat die KZBV alles getan, um den Praxen und KZVen die Umsetzung so einfach und leicht wie irgend geht zu machen.“ ck

■ **Alle Beschlüsse zur Vertreterversammlung unter www.kzbv.de**

BZÄK-Bundesversammlung

Flagge zeigen – Chancen nutzen

Die GOZ war das allbeherrschende Thema auf der BZÄK-Bundesversammlung vom 11. bis zum 12. November in Frankfurt. Die Delegierten legten sämtliche Kritiken ausführlich dar und diskutierten die Gefahren sorgfältig, lehnten die Novelle aber schließlich nicht in toto ab. Jetzt geht es um den weiteren Umgang mit der neuen Gebührenordnung, aber auch um weitere wichtige und zukunftsweisende Themen für den Berufsstand.



Der Vorstand der BZÄK wurde durch die Bundesversammlung in seiner Politik bestätigt und erhielt grünes Licht für weitere Projekte und Vorhaben.

Es war eine lange und intensive Diskussion zur GOZ. Als Fazit lehnten die Delegierten die Novelle nicht in toto ab, sondern verabschiedeten folgende gemeinsame Resolution: „Mit dem vorgelegten Entwurf zur Änderung der GOZ verstößt der Verordnungsgeber gegen § 15 des Zahnheilkundegesetzes.

Der dort geforderte Interessenausgleich zwischen Patienten und Zahnärzten findet nicht statt. Die Interessen der Zahnärzteschaft werden nicht berücksichtigt. Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer fordert den Verordnungsgeber nachdrücklich auf, dafür Sorge zu tragen, dass sich die Vergütung privatärztlicher Leistungen an der Entwicklung des realen Leistungsbedarfs der Patienten und nicht an willkürlichen Vorgaben hinsichtlich des damit verbundenen Ausgabenvolumens orientiert. Dieser Forderung kommt der vorliegende Regierungsentwurf in keiner Weise nach.“ Eine gleichlautende Resolution war tags zuvor bereits auf der VV der KZBV verabschiedet worden. Auch der FVDZ hatte sich auf seiner Hauptversammlung am 9. Oktober ähnlich geäußert. Als weitere zentrale Botschaften zur GOZ formulierten die Delegierten folgende Beschlüsse:

■ Empfohlen wird, alle planbaren zahnärztlichen Behandlungen mit einem individuellen Heil- und Kostenplan zu begleiten.

■ Die zahnärztliche Liquidation ist künftig strikt von der Erstattung seitens der Kostenträger zu trennen.

■ Die Kammern sollen die Zahnärzte bei der GOZ-Abrechnung auf der Grundlage der HOZ aktiv unterstützen.

■ Der Vorstand wird beauftragt, die novelierte GOZ verfassungsrechtlich prüfen zu lassen und eine Klärung vor dem Bundesverfassungsgericht herbeizuführen.

Sachliche Debatten

Den Beschlüssen vorausgegangen waren ausführliche, aber sehr sachliche Debatten, die geschickt von Versammlungsleiter Dr. Hans Hermann Liepe moderiert wurden. Zwei unterschiedliche Positionen standen sich gegenüber: Die Aufforderung an den Gesetzgeber, den GOZ-Entwurf komplett zurückzuziehen, und die Auffassung, den Entwurf zwar als völlig unzureichend zu kritisieren, ihn aber dennoch nicht in toto abzulehnen. Dabei hatten die „Total-Ablehner“ die Gelegenheit, ihre Argumente in aller Ausführlichkeit darzustellen. Letztlich aber konnte sich die zweite Fraktion mit Zweidrittelmehrheit durchsetzen.

In seinem Rechenschaftsbericht hatte BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel zuvor den GOZ-Entwurf als „Sparnovelle“ heftig kritisiert.



BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel übte scharfe Kritik an der „Sparnovelle“ zur GOZ.



Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich präsentierte die neue Broschüre zur Berufsausübung.

Eine reale Beteiligung der Zahnärzteschaft im Novellierungsprozess sei weder vorgeesehen noch politisch erwünscht gewesen. Die massiven Bedenken des Berufsstands seien zwar angehört, aber nicht gehört worden. Einzig bei der Öffnungsklausel sei es gelungen, diese „patientenfeindliche Billigmedizinklausel“ zu verhindern. Die dringend notwendige Anpassung des Punktwerts sei vom Gesetzgeber komplett ignoriert worden. Völlig indiskutabel sei auch die vom Bundesrat gewünschte „Evaluierungsklausel“ für 2015 in § 12 der GOZ. Engels Fazit: „Die GOZ-Novelle hält dem Realitätstest 2011 nicht stand – weder betriebswirtschaftlich, noch zahnmedizinisch. Sie ist ein gesundheitspolitischer K.o.-Schlag für die Zukunft der Zahnmedizin und der Patientinnen und Patienten in Deutschland.“ Dennoch könnte es sich vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Weichenstellung als katastrophal herausstellen, diesen Vorschlag in Gänze abzulehnen. So sei völlig fraglich, ob unter geänderten politischen Konstellationen eine GOZ-Novelle besser ausfallen würde. In diesem Zusammenhang verwies Engel auf den Leitantrag des SPD-Bundesvorstands zu einem einheitlichen Versicherungssystem.

Dr. K. Ulrich Rubehn, Vorsitzender des BZÄK-Senats für privates Gebührenrecht, zeigte sich ebenfalls enttäuscht über die „notoperierte GOZ“, machte aber deutlich, dass eine Totalablehnung nicht sinnvoll sei, denn die Politik werde die Zahnärzte bei einer



Vizepräsident Dr. Michael Frank berichtete zum Stand der Approbationsordnung.



Die Delegierten stimmten über eine Vielzahl von Beschlüssen ab.

weiteren Novelle gewiss nicht mehr mit einbinden: „Ziehen wir also um ins Haus des Machbaren“, forderte er die Delegierten auf.

Positive Bilanz

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr nutzte die Bundesversammlung für ein Statement. Er zog für die schwarz-gelbe Koalition eine positive Bilanz, mit Abstrichen wegen des GKV-Milliardendefizits und wegen notwendiger Kompromisse mit dem Koalitionspartner. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz sei der Schritt aus der starren Budgetierung gelungen, auch eine Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen werde angestrebt. Bei der Approbationsordnung sollten die von der FDP vor der Wahl gemachten Zusagen angegangen werden. Am Staatsexamen werde festgehalten.

Mit Blick auf die finanzpolitische Lage in Deutschland und Europa mahnte er bei der GOZ-Diskussion zur „Erkennung der Realitäten“ und machte den Delegierten deutlich, welche politischen Sachzwänge zur Erstellung des vorliegenden Entwurfs geführt haben. Das sei „kein leichtes Spiel“ gewesen, vielmehr hätten Interessenabwägungen von Bund und Ländern, PKV und Beihilfe, fiskalpolitische und systemische Aspekte sowie Konflikte zwischen Gesundheits- und Finanzpolitik eine Rolle gespielt. Es galt, Prioritäten zu setzen. So habe man im Sinne der Zahnärzteschaft die Öffnungsklausel nicht umgesetzt, musste aber beim Punktwert wegen der angespannten Finanzsituation der Länder Abstriche machen. Wichtig aber sei die Weichenstellung mit

kleinen Schritten in die richtige Richtung. Was die Evaluierungsklausel angeht, handele es sich um eine ergebnisoffene Prüfung, nicht um den Einstieg in eine Budgetierung.

G-BA-Reform

Neben der GOZ standen weitere wegweisende Themen zur Debatte. So verwies Präsident Engel auf die im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes vorgesehene Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Hier werde auch über wichtige zahnärztliche Belange wie Aus-, Fortbildung, Hygiene oder Qualitätssicherung verhandelt und entschieden. Deswegen sei auch eine Beteiligung der BZÄK dort angebracht. Erste Signale zeigten, dass im Bereich der Qualitätssicherung eine stärkere Beteiligung der BZÄK vorgesehen sei. Das wäre sowohl ein politischer Erfolg wie auch eine Chance und eine neue Herausforderung, um für die ureigensten Belange der Zahnärztekammer(n) Flagge zu zeigen.

AuB-Konzept

Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich berichtete zum Stand der Diskussionen um das Konzept zur Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (AuB-Konzept). Die Umsetzung sei nicht mehr eine Frage des Ob, sondern des Wie und Wo, erklärte er. Er skizzierte die Schritte zur Umsetzung, angefangen von Gesprächen



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr gab ein politisches Statement ab.

INFO

GOZ verabschiedet

Die Neufassung der GOZ wurde am 16. November vom Bundeskabinett verabschiedet und tritt zum 1. Januar 2012 in Kraft. ■

mit allen Fraktionen über die Fachtagung des Behindertenbeauftragten, Mailingaktionen mit Betroffenenverbänden und der Stellungnahme zum Versorgungsgesetz.

Ein weiteres wichtiges Themenfeld der BZÄK sei die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Es gelte, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, um neuen Erwartungen des Berufsstands hinsichtlich der Work-Life-Balance entgegenzukommen. Oesterreich verwies hier auf das Memorandum der BZÄK. Weiterhin stellte er das neue Statistik-Jahrbuch der BZÄK und die neu erschienene Broschüre über Formen der zahnärztlichen Berufsausübung vor. Auch Themen wie die Zusammenhänge zwischen medizinischen und zahnmedizinischen Erkrankungen, Rauchen und Mundgesundheit sowie der in Zukunft immer wichtiger werdende Bereich der Patientenorientierung stünden im Fokus der BZÄK, so Oesterreich in seinem Rechenschaftsbericht.

Approbationsordnung

Über den Sachstand zur Novellierung der Approbationsordnung berichtete Vizepräsident Dr. Michael Frank. Ziel sei die prä-

ventionsorientierte Ausrichtung und mehr Einbindung in die Medizin. Abschluss sei das Staatsexamen. Eckpunkte lägen vor, derzeit beschäftige sich eine Bund-Länder-Experten-Gruppe mit der Feinarbeit, eine Lenkungsgruppe definiere Lernziele und Prüfungsfragen, das Inkrafttreten sei für 2016 vorgesehen. Frank ging ferner auf den Sachstand zur Weiterbildungsordnung ein. Hier seien aufgrund von kritischen Stimmen zur Umsetzbarkeit aus den Ländern Nachbesserungen in Arbeit, die Verabschiedung im Vorstand sei für das Frühjahr 2012 vorgesehen.

Wegweisende Beschlüsse

Neben der zentralen GOZ-Diskussion griffen die Delegierten weitere Themen der politischen Arbeit der BZÄK und Präsidentenberichte auf, nahmen Stellung und fällten Beschlüsse. Dazu gehörte die Forderung nach Beteiligung der BZÄK im G-BA, den verstärkten Einsatz der zahnärztlichen Körperschaften und Verbände für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die gesetzliche Verankerung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Ferner lehnte die Versammlung die Einführung eines Fachzahnarztes Allgemeine Zahnheilkunde ab, das entsprechende im Beirat Fortbildung BZÄK/DGZMK diskutierte Konzept solle nicht weiter verfolgt werden. Stattdessen solle der Beirat weitere Konzepte für die Stärkung des Generalisten ausarbeiten, die dem BZÄK-Vorstand und der Bundesversammlung vorgelegt werden



Der alte und der neue Vizepräsident: Dr. Frank mit seinem Nachfolger, Prof. Dr. Christoph Benz

sollen. Die Neuordnung der Approbationsordnung werde aber als vordringlich angesehen.

Neuer Vizepräsident

Auf der Bundesversammlung legte der Vizepräsident der BZÄK, Dr. Michael Frank, überraschend aus persönlichen Gründen sein Amt nieder. Präsident Engel und Vizepräsident Oesterreich dankten Frank für seine engagierte Arbeit. Insbesondere habe er wichtige Zukunftsthemen frühzeitig erkannt und zum Thema gemacht und so den Berufsstand nach vorne gebracht. Die Delegierten der Bundesversammlung wählten anschließend Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, als Nachfolger. Frank verbleibt als hessischer Kammerpräsident weiterhin im Vorstand der BZÄK. Im Rahmen der Beratungen über den Haushalt wurde dieser als ausgeglichen festgestellt und dem Vorstand Entlastung erteilt. Im Rahmen einer Erhöhung der Mitgliedsbeiträge der Kammern erhielt die BZÄK den notwendigen finanziellen Spielraum, um ihre gewachsenen politischen Aufgaben im Rahmen der BZÄK-Agenda 2020 entsprechend umzusetzen. Für die gute Organisation der Versammlung sorgten die gastgebende Kammer Hessen und das Team der BZÄK-Verwaltung. pr

Der neue Geschäftsführende Vorstand mit Hauptgeschäftsführer Florian Lemor (l.)



Fotos: BZÄK-Aventis.de

■ Die politischen Beschlüsse sind in vollem Wortlaut unter www.bzaek.de/deutscher-zahnaerztetag.html eingestellt.

Fortbildungskongress

Rund ums Risiko

Mit einer Rekordbeteiligung von 10000 Besuchern einschließlich der Industrieausstellung und rund 4000 Teilnehmern am Wissenschaftlichen Kongress präsentierte sich das Fortbildungsprogramm. Zwar tagte die DGZMK dieses Mal ohne andere Fachgesellschaften, hatte aber mit „Risikoerkennung und Risikomanagement“ ein Thema gewählt, das alle Fachbereiche der Zahnmedizin beteiligte und damit auch „jeden Zahnarzt am Stuhl“ angeht, wie es DGZMK-Präsident Prof. Dr. Henning Schliephake bei der Kongresseröffnung formulierte.



So wurde das Risiko, das der aufgrund des derzeitigen demografischen Wandels immer ältere Patient mit zur Behandlung bringt, von allen Seiten unter die Lupe genommen. Hier ging es nun in allen Fachbereichen der Zahnmedizin um Fragen des Risikoerkennens, des Risikomanagements und letztendlich darum, wie in einer Risikosituation therapiert werden soll. 191 Referenten lieferten in 190 Vorträgen und Seminaren Daten und Fakten, so dass alle Teilnehmer mit einem enormen Wissenszuwachs und weit geöffneten Augen in eine sicherlich für sie ab jetzt veränderte Arbeitssituation durchstarten konnten.

„Menschen kompetenter machen, das ist das Ziel.“

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Bei der Fülle der vielen Parallelveranstaltungen kann an dieser Stelle nur ein Überblick über einzelne Veranstaltungen gegeben werden, und jeder Zahnarzt hatte ja sicherlich schon im Vorfeld für sich die wichtigsten



Prof. Dr. Gigerenzer läutete das Fortbildungsthema Risikoerkennung und -management ein.

und interessantesten Vorträge mit Rotstift markiert und sich damit ein individuelles Kongresspaket geschnürt, das es in zwei mit Wissen vollgestopften Tagen abuarbeiten galt. Denn „Zahnmedizin und Medizin sind schnelllebig und, wenn man am Puls der Zeit bleiben will, muss man Wissen in immer kürzeren Abständen aufnehmen“, postulierte der hessische Kammerpräsident und damit Mit-Gastgeber des Deutschen Zahnärztetages, Dr. Michael Frank, in seiner Begrüßungsrede. „Und das vor allem vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Anforderungen wie zum Beispiel der Qualitätssicherung“, unterstrich Dr. Michael Rumpf, Kammerpräsident von Rheinland-Pfalz, dessen Bundesland Mit-Ausrichter der Tagung

war. „Fortbildung nützt nicht nur dem Zahnarzt selbst, sondern vor allem dem Patienten“, sagte er.

Ein im Film brilliant aufbereitetes Feuerwerk von „bad news“, die die Welt in den letzten 30 Jahren erschütterten, lieferte den Einstieg in das Generalthema und damit auch in den Vortrag des Risikoforschers Prof. Dr. Gerd Gigerenzer, Berlin, 2011 Preisträger des Communicator-Preises der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG). Er machte deutlich, was Risiko eigentlich bedeutet und wie es zu berechnen ist. Anhand diverser Beispiele aus dem täglichen Leben verblüffte er die Zuhörer immer wieder und lieferte eine ganz klare Handlungsanweisung: „Man kann das Risiko nicht vollständig vermeiden, aber man kann die Menschen kompetenter machen, mit einem Risiko umzugehen.“

„Die Deutschen sollten die Mathematik der Unsicherheit erlernen, nicht die der Sicherheit!“

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Mit diesem Postulat lieferte er die Motivation, sich beim wissenschaftlichen Kongress mit Informationen zu „stärken“, damit mit Unvorhersehbarem in der Praxis kompetenter umgegangen werden kann.

Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich, gab daraufhin einen Überblick über die Hintergründe der Entstehung nicht-kariesbedingter Zahnhartsubstanzschäden, die gerade bei sehr jungen sowie auch bei älteren Patienten verstärkt zu beobachten sind. Hier erfordert es, so der Referent, nicht nur einen geschulten Blick, sondern auch eine gezielte Prophylaxe und Therapieansätze. So unterschied Attin Schmelzdefekte in Abrasion, Attrition, Abfraktion und Erosion. Letztere sind besonders häufig bei Jugendlichen durch erhöhten Konsum von Softdrinks und bei sehr ernährungsbewussten Patienten aufgrund eines erhöhten Vitamin-C-Konsums zu beobachten. Attin nannte weitere Zahlen: Sieben bis 20 Prozent der Patienten mit einer Gastroenteritis haben Schmelzschäden, die durch den starken Reflux, besonders in der

Fotos: DGZMK-Michelle Spillne

Nacht, ausgelöst werden, ebenso leidet fast jeder dritte Laktovegetarier an Schmelzdefekten. Er rät dem Praktiker: „Es gilt immer erst abzuschätzen, ob ein Schmelzdefekt physiologisch ist, also zum Beispiel durch einen Alterungsprozess entstanden ist, oder eine pathologische Ursache hat. Dann ist unverzüglich zu handeln!“

Welche Füllung für welchen Defekt als beste gilt, damit beschäftigte sich Prof. Dr. Roland Frankenberger aus Marburg. Er präsentierte, dass im Vergleich zu konventionellen Restaurationen wie Amalgam und Gold die konsequente Umsetzung der Adhäsivtechnik entgegen häufiger Meinung eine effiziente Höckerstabilisierung bewirken kann. Aber er zeigte auch, dass adhäsive Restaurationen nicht immer frei von Risiken sind: Denn bei direkten Komposit-Restaurationen kommt es je nach vorangegangenen Verlust der Dentinunterstützung zu teilweise beträchtlichen Annäherungen der Höckerspitzen, die dann zu Verwindungen im Zahn und zur Belastung der Randbereiche auch im perfekt vorbehandelten Schmelz führen können. Frankenberger empfiehlt also: Je minimal-invasiver die Präparation möglich ist, desto besser ist die Prognose für direkte Restaurationen.

Sein Credo: Ein Risiko beginnt bei der Materialauswahl, beim Behandler selbst und beim Patienten. Sein Tipp: „Ätzen Sie bei Patienten jenseits der 65 länger, denn seine Schmelzstruktur hat sich verändert! Auch sklerotisches Dentin des Seniors braucht eine andere Behandlung!“

Zahnprobleme triggern ...

Wie hoch das Risiko ist, durch die Anwendung von Komposit die Pulpa zu schädigen, untersuchte Prof. Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg. Er stellte klar, dass neben dem bakteriellen Angriff der Bohrer als größter Feind der Pulpa gilt und dass postoperative Beschwerden nach der Insertion von Komposit-Materialien so gut wie nie die Frontzähne betreffen. Pulpaprobleme treten in klinischen Studien zu vier Prozent auf, in Praxisstudien sind sie viermal häufiger (16 Prozent) beobachtet worden, was genauer

betrachtet auch auf die Art der Behandlung und den Behandler selbst eventuelle Rückschlüsse zuließe.

Er erklärte, dass kurz nach der Polymerisation aus den Komposit-Kunststoffen Substanzen (Monomere) freigesetzt werden, die in vitro zellschädigend sind. Durch ihre zytotoxischen Effekte kann es zu einer konsekutiven Pulpaentzündung kommen. Zusätzlich erhöhen die zur Ätzung verwendeten Säuren



Komplexe Therapie-Situationen könnten ohne Risikerkennung einer Komorbidität zum Misserfolg führen.

die Permeabilität des Dentins und verstärken damit die Sensibilität der Nervenenden. Als ein noch größeres Problem aber sieht Schmalz die Lichthärtung. Denn hierbei wird eine nicht unbedeutende Wärmeenergie frei, die Anlass zur Besorgnis gibt. Seine Empfehlung: Immer etwa einen Millimeter Dentindicke stehen lassen, damit wird die Pulpa geschützt. „Vorsicht in Pulpanähe mit High-Energy-Lampen (auch LED). Sicherheitshalber hier immer den Low-Energy-Modus wählen!“

Eine weitere klinische Konsequenz ist, dass in einer tiefen Kavität, bei der oftmals die Gefahr einer eventuell unerkannten Pulpaeröffnung besteht, ein Schutzpräparat (wie Kalziumhydroxid, MTA oder Biodentine) appliziert werden soll. In mittleren und flachen Kavitäten sollte das Primat auf dem bakteriendichten Verschluss der Kavität liegen. Antibakterielle Adhäsive liefern hier zusätzlichen Schutz.

Speziell in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erfahren altersbedingte Erkrankungen eine immer wichtigere Rolle, denn die Wechselwirkung zwischen Erkrankungen des Mundraums – hier seien vorrangig

die Parodontopathien (PA) erwähnt – und denen des Gesamtorganismus sind mittlerweile wissenschaftlich evident, wie Prof. Schliephake bereits in der Kongresseröffnung erwähnte. So stellte Prof. Dr. Michael Noack, Köln, die Risikofaktoren der PA-Erkrankung für die Allgemeinerkrankungen heraus, und Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt, betrachtete die Thematik in umgekehrter Blickrichtung, nämlich, welche Allgemeinerkrankungen durch Parodontopathien getriggert werden. Die Bundeszahnärztekammer hatte in diesem Zusammenhang erst kürzlich mit einem großen Wissenschaftler-Gremium das Thema Diabetes und Parodontologie (zm 20/2011) zu einem umfangreichen Konsensuspapier erarbeitet, was schließlich auch den Diabetologen beziehungsweise den behandelnden Internisten in die Pflicht nehmen soll, den betroffenen Diabetes-Patienten einer zahnärztlichen Untersuchung und eventuell erforderlichen Intervention zuzuführen.

... Grunderkrankungen

Prof. Dr. Dieter Tschöpe, Bad Oeynhausen, stellte die Ätiologie der Stoffwechselerkrankung vor und ging darauf ein, wie wichtig diese interdisziplinären Erkenntnisse für den Krankheitsverlauf sind. Prof. Dr. Heinz Hans Topoll, Münster, ging besonders auf den Praktiker ein und legte Wert darauf, dass neben einer umfangreichen Anamnese auch eine Familienanamnese durchgeführt wird: „Wiederholen Sie diese mindestens einmal im Jahr!“ Besonders wichtig sei es auch, den Raucher zu identifizieren. „Sie erkennen ihn an einer fibrotisch verdichteten Gingiva.“ Er gab zu bedenken, dass Raucher signifikant weniger an Gingividen leiden, dafür aber signifikant größere Attachmentverluste über vier Millimeter aufweisen und ebenso signifikant häufiger parodontale Schäden präsentieren. Neben dem Rauchen hat aber auch der Stress einen wesentlichen Anteil an der Genese parodontaler Schübe. Aber auch die Koinzidenz von Adipositas, Hypertonie, dem metabolischen Syndrom und mehr sind nicht unerheblich für den

Foto: DCZ/MK-Michelle Spillne

Verlauf einer schweren Zahnbettentzündung. Seine Tipps: „Erstellen Sie ein Konzept für die Praxis und entwickeln ein striktes, für den Patienten individuelles Recall-System. Beim schweren PA-Befund muss ein internistischer Befund folgen!“ Und: „Schauen Sie sich den Patienten immer vor der Zahnreinigung an!“

Ans medizinisch „Eingemachte“ ging es am Folgetag in einer Session, die sich ausschließlich mit Fragen der Allgemein- und Notfallmedizin beschäftigte. So setzte sich Prof. Dr. Gerald Arnetzel, Graz, vornehmlich mit der Frage des Älterwerdens und den dazugehörigen defizitären Geschehnissen im menschlichen Körper auseinander.

Alter ist die Summe der über die Jahre angehäuften Defizite!

Prof. Dr. Gerald Arnetzel

Er fokussierte seine Ausführungen auf die Kernfrage „Was wird mit meinen eigenen Zähnen und was mit meinem Zahnersatz, respektive Implantaten, wenn der Fall der Pflegebedürftigkeit eintritt?“ Er machte deutlich, dass dann der Hochrisikofall eintreten wird. Aktuelle Studien hätten gezeigt, dass in Pflegeeinrichtungen heutzutage kaum Mundpflege betrieben wird. Er zeigte abschreckende Beispiele von mit Soor überzogenen Gaumenplatten und dick mit Plaque besiedelten Implantatstümpfen, die Auslöser für Entzündungen und Ulcera darstellen. Er beschrieb den insuffizienten Pflegezustand anhand von Zahlen: Bei 81 Prozent der Heiminsassen bestünde zahnmedizinischer Handlungsbedarf, 48 Prozent litten unter Muskelschmerzen aufgrund insuffizienter prothetischer Versorgung, 21 Prozent müssten dringend chirurgisch behandelt werden und weit über 80 Prozent zeigten einen positiven BOP-Test (Bleeding on Probing). Und er appellierte an alle Anwesenden: „Sorgen Sie dafür, dass vor dem Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim unbedingt eine zahnmedizinische Untersuchung erfolgt!“

Die Angst vor dem Tag X, an dem ein Notfall in der Zahnarztpraxis auftritt, muss nicht sein, wenn entsprechend Vorsorge getroffen wird. Denn, wie ermittelt werden konnte, sind 80 Prozent aller Zwischenfälle



Foto: picture alliance

In dieser Situation muss jeder Handgriff sitzen, und zwar von jedem Praxismitglied.

mit vermeidbaren menschlichen Fehlern gekoppelt, die es zu verhindern gilt. Das postulierte Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz. Sie sensibilisierte in ihren Ausführungen dafür, auch hinter dem gesunden Auftreten eines Patienten einen kranken Allgemeinzustand zu vermuten, und riet, „immer auf der Hut zu sein“. Sie spielte Szenarien durch, die durchaus eintreten können, wenn nicht regelmäßig anhand eines Notfallplans die Praxis auf derartige Situationen vorbereitet wird.

Typische Beispiele für Medikamente mit Risikopotenzial für die zahnärztliche Behandlung sind Antikoagulanzen und Bisphosphonate.

Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert

So gab sie die Empfehlung, Handlungsabläufe festzuhalten, regelmäßig im Team zu trainieren und feste Aufgaben zu verteilen. Ihr Tipp: „Eine Mitarbeiterin sollte verantwortlich für den Inhalt des Notfallkoffers sein, der in regelmäßigen Abständen überprüft werden muss auf Vollständigkeit, Haltbarkeit der Medikamente und Materialien. „Ein Ambubeutel zerbröselt ihnen nach zehn Jahren Liegezeit und hilft dann keinem mehr!“ Sie rät dazu, den Koffer nach der Überprüfung mit Datum und Siegel zu versehen. Die Einzelheiten ihres Vortrags wird sie Anfang 2012 in den zm publizieren.

Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert, Regensburg, fasste zwei mit Wissen voll gespickte Fortbildungstage zusammen und resümierte einige grundlegende Erkenntnisse:

Bereits in der Anamnese werden die entscheidenden Weichen gestellt, denn für die zahnärztliche Praxis ist es von sehr großer Bedeutung, einen Risikopatienten im Vorfeld zu erkennen.

Lernen aus Fehlern und Notfällen erhöht die Patientensicherheit.

Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer

Typische Risikopatienten sind Patienten mit folgenden Erkrankungen und Umständen: Kardiovaskuläre Erkrankungen (Koronare Herzerkrankung, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler, Endokarditis, Hypertonie), Hämorrhagische Diathesen, Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes mellitus, Hyper- und Hypothyreose), Infektionserkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Allergien, Immunsuppression, Schwangerschaft/Stillzeit. Auch liefert die besonders bei älteren Patienten oft umfangreiche Medikamenteneinnahme einen weiteren wichtigen Aspekt in der Risikobewertung.

Um das Risiko des Patienten genauer beurteilen zu können, sind in vielen Fällen noch weitere Informationen und Befunde bezüglich des Patienten notwendig wie spezielle Untersuchungsergebnisse (zum Beispiel der aktuelle Gerinnungsstatus, Blutzucker, EKG, Lungenfunktion) oder die Einschätzung durch den Hausarzt oder den behandelnden Internisten. Das individuelle Risiko kann besonders hoch sein, wenn der Patient mehrere Grunderkrankungen mitbringt oder wenn sich die ungünstigen Wirkungen mehrerer, gleichzeitig eingenommener Medikamente addieren oder gar potenzieren. Nach der Bewertung des individuellen Risikos für den Patienten im Zusammenhang mit der geplanten zahnärztlichen oder zahnärztlich-chirurgischen Behandlung muss der Zahnarzt dann die richtigen Entscheidungen treffen, um das Risiko für den Patienten so gering wie möglich zu halten, wie sich Prof. Reichert ausdrückte. Dieser Vortrag wird ebenso in einer der kommenden zm-Ausgaben erscheinen. sp

Studententag

Blick nach vorn

Himmelhoch jauchzend und bisweilen betrübt – dazwischen schwankte die Stimmung unter den Studenten – aka Zahnis – im Frankfurter Kongresszentrum. Je nach Themenlage war ihren Gesichtern abzulesen, wie groß die Vorfreude auf die Berufsausübung derzeit sein kann, gemessen an den Realbedingungen. Dennoch einte sie die Zuversicht und ... der Blick nach von.



Foto: DGZMK Michelle Spillner

Learning by listening: Auf dem Studententag hat der zahnmedizinische Nachwuchs die exklusive Chance, die breite Themenpalette aus Politik, Praxis und Wissenschaft zu erfahren.

Lebenslanges Lernen ist ein viel zitierter Begriff, wenn auch noch nicht eindeutig definiert. Zahnärzten ist er längst bekannt, sind Fortbildungen doch traditionell Bestandteil ihrer Berufsausübung. Der Hirnforscher Dr. Martin C. Hirsch – Enkel des Physik-Nobelpreisträgers Werner Heisenberg – gab den zukünftigen Zahnmedizinern faszinierende Einblicke in die Zukunft des Lernens. Unter der Überschrift „Lernen 2.0“ präsentierte er die Trends:

Visuelles Denken ist auf dem Vormarsch. Eine ausgeprägte Bildkompetenz werde zunehmend wichtiger. „Zahnärzte müssen Bilder lesen können. Deshalb werden sie stärker visuell lernen“, sagte Hirsch. Konkret könne das durch die Erstellung und Verwendung von „visuell summaries“, zu Deutsch „Postervorträge“, trainiert werden. Hirsch mahnte an, dass visuelles Denken in den Approbationsordnungen noch nicht den entsprechenden Stellenwert einnehme.

Ein zweiter Trend sei das Lernen im Netz mit digitalen Assistenten. „The iPad will change the way doctors practice medicine“, zitierte

Hirsch den verstorbenen Apple-Chef Steve Jobs. Aus der Sicht von Hirsch werde es grundsätzlich einen Anstieg des Lernanteils mit Tablet-PCs geben. An die Studenten appellierte Hirsch, mehr Druck auf die Fachgesellschaften zu machen. „Das Wissen sollte valide an einem zentralen Zugang zur Verfügung stehen.“ Neudeutsch: an einem single point of entry.

Wege in die Zukunft

Wie die Zukunft nach dem Studium mit Blick auf die Formen zahnärztlicher Berufsausübung aussehen kann, beleuchtete der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich.

Besteht der Wunsch, die zweijährige Assistenzzeit im Ausland zu absolvieren, müsse das mit der jeweiligen KZV abgeklärt werden. Für den Start gilt: „Theorie allein reicht nicht. Sammeln sie zunächst praktische Erfahrungen. Das hat größte Priorität“, betonte Oesterreich und ergänzte mit Blick auf das Honorar: „Die Realentwicklung des Einnahmenüberschusses hat sich seit

den 1970er-Jahren nach unten entwickelt.“ Die Übernahme einer Einzelpraxis sei als Modell zur Existenzgründung Trumpf. Gemeinschaftspraxen seien aber zunehmend beliebt. Und auch das Angestelltenverhältnis sei eine zunehmend größere Option. Das Klischee des Porschefahrers habe ausgedient. Vielmehr genieße der zahnmedizinische Berufsstand nicht erst seit gestern öffentliches Ansehen für seine ausgezeichneten Präventionsleistungen. Sein Appell an den Nachwuchs lautete: „Sie müssen die medizinische Bedeutung der Zahnmedizin, also auch die Wechselbeziehungen zwischen Mundgesundheit und Allgemeingesundheit der Bevölkerung verständlich machen.“ Sonst entstehe leicht eine falsche und einseitige Wahrnehmung von der Zahnmedizin als „Wellnessmedizin“.

Dass Kinderzahnheilkunde in den USA (pediatric dentistry) nicht nur angesehen, sondern auch rentabel ist, stellte Dr. Tanja Roloff, Hamburg, heraus: „Die Facharztausbildung dauert dort drei Jahre und das Gros der etwa 5000 Kollegen ist männlich.“ In Deutschland sei Kinderzahnheilkunde ein Fach mit wenig Konkurrenz und vielen Patienten, ermutigte sie die Teilnehmer.

Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Heidelberg, bewertete komplementäre Behandlungsmethoden. Sein Hauptkritikpunkt richtete sich gegen das zugrunde liegende Menschenbild. Staehle: „Arzneien werden nach äußerst fragwürdigen Parametern, wie etwa dem Gesichtsausdruck eines Menschen ausgewählt.“ Erste Ansätze von wissenschaftlichen Belegen zur Evidenz gebe es höchstens bei der Akupunktur. Das einzelne Kammern Fortbildungen in Kinesiologie anbieten, kritisierte Staehle scharf.

Bei einem offenen Arbeitstreffen des Bundesverbands der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM) diskutierten die Teilnehmer in Gruppen über die neue Approbationsordnung, den Patientenmangel, das zahnportal „zahnigroups“, über dental-fresh und über die Online-Plattform der DGZMK.

Die DGZMK gewährte den Studenten, wie auch schon in vergangenen Jahren, eine Reisekostenbeihilfe

sf

Mundschleimhautveränderungen

Nekrotisierende ulzerative Parodontitis beim HIV-Patienten

Tasso von Hauszen, Christian Walter



Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.



Abbildung 1:
Das enorale Bild der Oberkieferfront zum Zeitpunkt der Erstvorstellung mit desolatem Zahn- und Parodontalstatus mit generalisierten harten und weichen Belägen, stark entzündlich veränderter Gingiva mit ausgeprägter Retraktion bis ins untere Wurzel Drittel. Alle Zähne zeigten Lockerungsgrad III.

Fotos: v.Hauszen/Walter

Ein 25-jähriger Patient stellte sich, nach Überweisung durch einen niedergelassenen Zahnarzt, zur umfassenden Zahnsanierung bei desolatem Parodontal- und Zahnstatus vor. Schmerzen bestanden nicht, allerdings war dem Patienten eine zunehmende Lockerung der Zähne aufgefallen, mit partiellem Spontanverlust mehrerer Zähne des Unterkiefers. Eine neu aufgetretene Schwellung der Wange links hatte ihn schließlich zur Konsultation eines Zahnarztes veranlasst.

Des Weiteren litt der Patient vor mehreren Jahren an einer – nach eigenen Angaben – überwundenen Bulimie. Aktuell war der Patient wegen einer Depression in tagesklinischer Behandlung.

Bei der klinischen Untersuchung fielen ein reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand auf. Die rechte Wange zeigte bei Inspektion eine deutliche Schwellung, die sich palpatorisch weich darstellte. Enoral imponierte ein parodontal stark geschädigtes Restgebiss. Die Wurzeln der III-gradig gelockerten Zähne lagen frei und waren von harten und weichen Belägen bedeckt (Abbildung 1). Die Weichgewebe waren stark gerötet und reagierten schon bei leichter Manipulation mit Blutung.

Korrespondierend zur Klinik ist in der Panoramaschichtaufnahme der generalisierte Knochenabbau bis auf das Niveau der Wurzelspitzen in Ober- und Unterkiefer zu erkennen (Abbildung 2).

Laborchemisch erfolgte der Nachweis von HI-Viren des Typs I und eine mit 41/μl stark erniedrigte CD4-Zellzahl (Norm 400/μl) im Blut des Patienten bei Verdacht auf Vorliegen einer nekrotisierenden ulzerierenden Parodontitis bei HIV.

Nach Entfernung der Zähne, Glätten der Knochenkanten und plastischer Deckung wurde der Patient an die Infektiologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik in domo weitervermittelt und befindet sich seitdem in antiviraler Therapie.

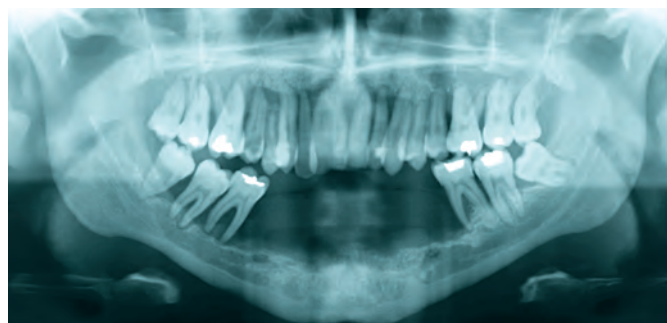


Abbildung 2:
In der Panoramaschichtaufnahme ist deutlich der generalisierte Knochenabbau bis auf Apexniveau der restlichen Bezahnung erkennbar.

Diskussion

Mehrere Veränderungen der Mundschleimhaut und der angrenzenden Gewebe wie zum Beispiel die nekrotisierende ulzerative Gingivitis (NUG) und Parodontitis (NUP), die aus ersterer entsteht, treten gehäuft bei HIV auf und gehen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Progresses der Grunderkrankung einher [Rivera-Hidalgo et al., 1999]. Bei Entwicklung einer NUP kann beim HIV-seropositiven Patienten von einer Anzahl an CD4-Zellen von <200 pro Mikroliter Blut ausgegangen werden [Rivera-Hidalgo and Stanford, 1999]. Weitere HIV-unabhängige Risikofaktoren in der Entwicklung einer NUP sind Stress, Schlafmangel, Tabakkonsum, eine schlechte Mundhygiene und immunsupprimierende Faktoren [Bermejo-Fenoll et al., 2004]. Auf der Basis einer initialen Gingivitis kommt es unter dem klinischen Bild der sogenannten ausgestanzten Papillen zur Nekrose selbiger. Neben Blutungen beklagen die Patienten Schmerzen, die so stark sein können, dass die Mundhygiene nicht mehr adäquat durchgeführt und feste Nahrung vermieden wird. Es bilden

sich ausgedehnte gelblich-graue Beläge auf den Weichgeweben mit partiell starkem Foetor ex ore einhergehend. Weitere Symptome können Fieber und ein reduzierter Allgemeinzustand sein.

Im Verlauf greift die Infektion dann auf den gesamten Zahnhalteapparat über, und es kommt durch Nekrose des parodontalen Ligaments und des Alveolarknochens zum rasch fortschreitenden Attachmentverlust. Radiologisches Korrelat in der Panoramaschichtaufnahme ist ein schnell fortschreitender, generalisierter, horizontaler und vertikaler Knochenabbau.

Die Therapie der NUP unterscheidet sich nicht grundlegend von der Therapie anderer Parodontalerkrankungen. Ziel ist, einen weiteren Progress zu vermeiden.

Bei Vorliegen einer NUP sollte aufgrund der Assoziation zu HIV eine serologische Überprüfung angestrebt werden und der Patient bei positivem Ergebnis einer HIV-Therapie zugeführt werden.

Weitere Veränderungen in der Mundhöhle, die den Behandler zur Überprüfung des HIV-Serostatus motivieren sollten, können sein:



Abbildung 3: Enorale Condylome werden durch humane Papillomaviren verursacht. Sie können Hinweis auf eine HIV-Infektion sein.



Abbildung 4: Als pathognomonische enorale Erkrankung für eine HIV-Infektion wird die, durch Epstein-Barr-Viren verursachte, orale Haarleukoplakie angesehen.

Fazit für die Praxis

- Die nekrotisierende ulzerative Parodontalerkrankung ist durch einen raschen Progress gekennzeichnet.
- Die nekrotisierende ulzerative Gingivitis und die nekrotisierende ulzerative Parodontitis sind häufig mit HIV assoziiert, so dass der HIV-Status bestimmt werden sollte.
- Weitere Veränderungen der Mundhöhle bei HIV können sein: eine Candidose, Condylomata acuminata, die Haarzellleukoplakie und das Kaposi-sarkom.

die **orale Candidose** beim scheinbar gesunden Patienten, **enorale Condylomata acuminata**, die durch humane Papillomaviridae verursacht werden (Abbildung 3) und die **Haarleukoplakie** (Abbildung 4), die durch das Epstein-Barr-Virus verursacht wird. Ein Neuauftreten einer Haarleukoplakie unter antiviraler Therapie deutet auf ein Therapieversagen hin [Reznik, 2005]. Abschließend soll noch das **Kaposi-Sarkom** erwähnt werden, das im Gegensatz zu den Vorgenannten allerdings zu den AIDS-definierenden Erkrankungen gehört. Der hier vorgestellte Fall soll darauf hinweisen, dass bestimmte meist durch den Zahnarzt erkannte Veränderungen in der Mundhöhle gehäuft mit bestimmten, behandlungsbedürftigen Grunderkrankungen einhergehen, zu deren Abklärung weiterführende diagnostische Maßnahmen getroffen werden müssen, wie in diesem Fall die Überprüfung des HIV-Status bei Vorliegen einer nekrotisierenden ulzerativen Parodontitis.

Tasso von Haussen
 PD Dr. Dr. Christian Walter
 Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 – Plastische Operationen
 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
 Augustusplatz 2
 55131 Mainz
 walter@mkg.klinik.uni-mainz.de



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

Der besondere Fall

Speichelfistel nach Tumorradikal-OP

Michael Dau, Jan-Hendrik Lenz, Bernhard Frerich

Der vorgestellte Fall zeigt eine besondere Situation nach bekannter Tumorbehandlung und ist auch für den niedergelassenen Zahnarzt von großem Interesse, da er eine außergewöhnliche, seltene Spätkomplikation der Tumorradikal-Operation darstellt und eine frühe Diagnosestellung durch den behandelnden Zahnarzt möglich ist.

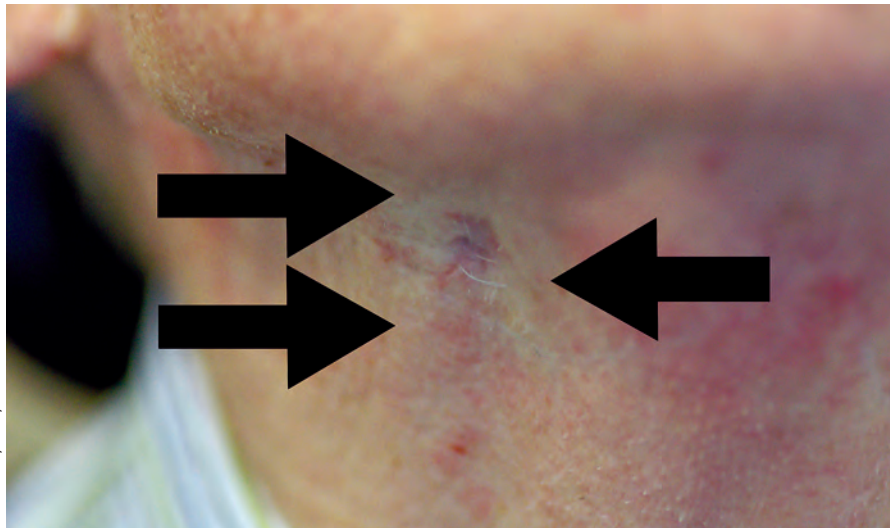


Abbildung 1: gerötetes Hautareal mit Fistelausgang (Pfeile) submandibulär rechts

Ein 83-jähriger Patient wurde mit der Bitte um Abklärung einer nässenden, extraoralen Sekretabsonderung im Bereich des Halses rechts in unsere Klinik überwiesen. Der Patient hatte sich zuvor beim behandelnden Hauszahnarzt vorgestellt und beschrieb das Phänomen, dass morgens sein rechter Schlafanzugkragen nass sei.

Dies sei erstmalig vor vier Wochen aufgetreten und nun zeige sich eine Zunahme der Sekretmenge. In der Krankengeschichte des Patienten findet sich ein mittelgradig differenziertes, mäßig verhornendes Plattenepithelkarzinom der Unterlippe links (Abbildung 2) mit der TNM-Klassifikation pT3 pN0 pM0, das im April 1986 durch Tumorradikal-Operation mit suprahyoidaler Neck dissection mandibulär beidseits inklusive Entfernung der Glandula submandibularis aufgrund tumorsuspekter Lymphknoten in der Submental- und Submandibularloge kurativ behandelt wurde. Eine postoperative

Radiatio erfolgte damals nicht. Die nachfolgende Tumornachsorge war unauffällig und wurde später auf Wunsch des Patienten durch den behandelnden Hauszahnarzt übernommen. Der sehr rüstige Patient hat eine kardiale Arrhythmie und eine chronische Refluxösophagitis, raucht aktuell acht Zigaretten pro Tag, weist aber insgesamt mehr als 50 Pack Years auf.

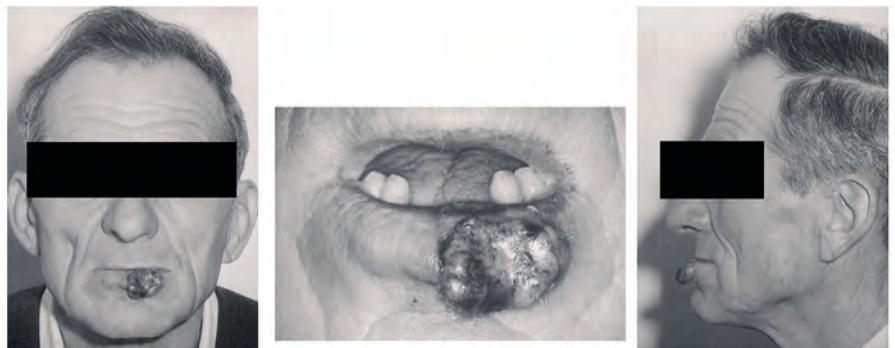


Abbildung 2: Fotodokumentation des Plattenepithelkarzinoms der Unterlippe vor 25 Jahren

Die klinische Untersuchung zeigte extraoral ein 1,2 cm x 1,0 cm großes, gering gerötetes Hautareal submandibulär rechts (Abbildung 1) mit zentraler Einziehung, welche in einen Gang mündet. Intraoral fand sich ein saniertes, durch parodontalen Abbau gekennzeichnetes Gebiss mit einem bedingt erhaltungswürdigen Zahn 33 (Abbildung 3). Hier waren keine pathologischen Veränderungen der Mundschleimhaut erkennbar. Die präoperativ durchgeführte sonographische Untersuchung der Kopf-Hals-Region zeigte weder einen Anhalt auf ein Tumorrezidiv im Bereich des ehemaligen Operationsgebietes noch malignitätsverdächtige Lymphknotenschwellungen. Kaudal des Unterkiefers rechts ist im Ultraschall keine Glandula submandibularis abgrenzbar. Es erfolgte die operative Entfernung des Fistelmauls inklusive des tiefer liegenden Drüsengewebes in Lokalanästhesie unter Darstellung und Schonung des Ramus marginalis mandibulae des Nervus facialis. Das entnommene Präparat (Abbildung 4) wurde zur histologischen Aufbereitung in die Pathologie eingesandt. Die histopathologische Aufarbeitung des Präparates zeigte

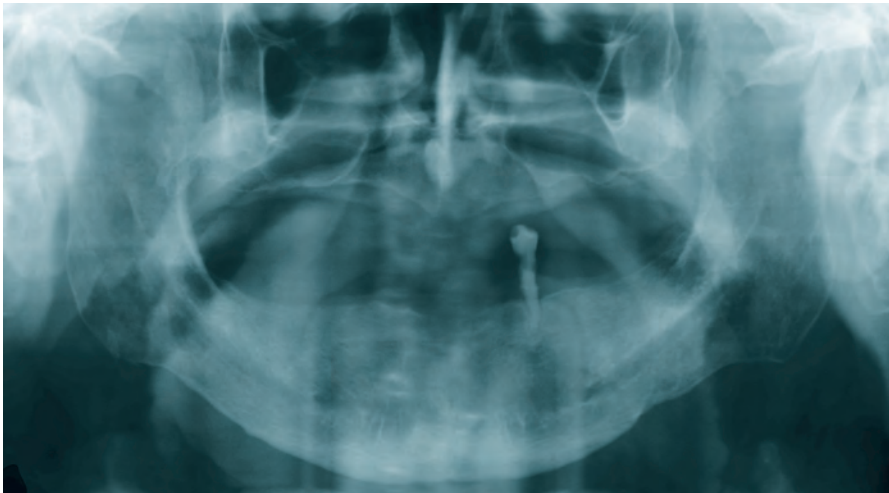


Abbildung 3: Situation mit bedingt erhaltungswürdigem Zahn 33 im präoperativen OPG

Reste von Drüsengewebe mit dichten periduktalen, rundzelligen Entzündungsinfiltraten. Teilweise fanden sich im Bereich des Ausführungsganges plattenepitheliale Metaplasien sowie Zeichen der Sialadenitis und Lipomatosis (Abbildung 5).

Diskussion

Männliche Patienten älter als 50 Jahre, die einen hellen Hauttyp aufweisen und Raucher sind, gelten als Hauptrisikogruppe für Plattenepithelkarzinome der Lippe [Czerninski et al., 2010]. Dabei treten die Tumore in der Mehrzahl der Fälle (bis zu 90 Prozent) extraoral am Unterlippenrot auf [Zitsch et al., 1995], auch wenn in letzter Zeit ein Anstieg der Fallzahlen der Oberlippentumore beobachtet wurde. Als weiterer Risikofaktor gilt die fortgesetzte Sonnenexposition [Kenborg et al., 2010]. Historisch hat sich die Therapie der Unterlippentumore in den letzten Jahrzehnten sehr entwickelt. Aktuell ist die Kombination von Tumorradikal-OP mit selektiver Neck dissection ab der Tumor-

größe pT2 das Mittel der Wahl bei der kurativen Therapie von Unterlippentumoren [Frerich et al., 2007]. Bei Unterlippentumoren wird das Vorhandensein von Mikrometastasen [Khalil et al., 2008] neben der Tumorgöße [Morselli et al., 2007] als wichtiger prognostischer Faktor diskutiert. In acht bis 20 Prozent der Fälle sind bei Patienten mit tumorfreien regionalen Lymphknoten bereits Mikrometastasen vorhanden [Chikamatsu et al., 2004; Ross et al., 2004; Vartanian et al., 2004]. Zur Zeit wird in der Literatur aufgrund der relativ hohen Rate möglicher Mikrometastasen die selektive, suprahyoidale Neck dissection bei Unterlippentumoren ohne Metastasierung in die regionalen Lymphknoten diskutiert [Yilmaz et al., 2009]. Dem gegenüber steht die Idee der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie, deren Erfolgsrate mit dem momentanen Stand der Technik noch diskutiert wird [Seethala, 2009; Frerich et al., 2007; Paleri et al., 2005]. Die Tumornachsorge beginnt nach der Primärtherapie. Hierbei steht die körperliche, psychische und soziale Rehabilitation

im Vordergrund. An dieser Stelle kommt dem betreuenden Zahnarzt eine wichtige Rolle zu, der sowohl die prothetische Versorgung insbesondere im Hinblick auf phonetische und funktionelle Aspekte als auch die Xerostomie einschließlich der möglichen Folgen für die Mundgesundheit mitbestimmt. Aufgrund dieser hohen Kontaktfrequenz zwischen Tumorpatienten und Zahnarzt ist es dem Zahnarzt frühzeitig möglich, Lokalrezidive zu erkennen, die zu 80 Prozent in den ersten drei Jahren auftreten [Wollenberg et al., 2003]. Daneben gibt es die Möglichkeit der Spätmetastasierung, die in einer retrospektiven Arbeit über Lippenkarzinome im Rostocker Patientengut beschrieben wurde [Andra, 1992]. Hinzu kommen auch

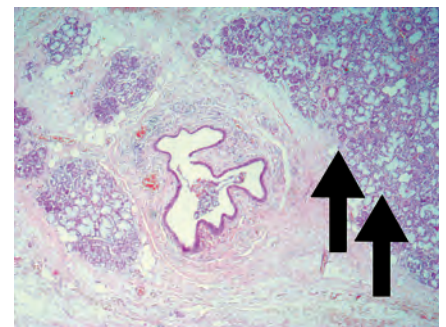


Abbildung 5: Drüsengewebe der Gl. submandibularis (Pfeile) mit geringer Sialadenitis und Lipomatosis. Die Abbildung wurde freundlicherweise von Prof. Dr. A. Erbersdobler, Institut für Pathologie der Universität Rostock, zur Verfügung gestellt.

seltene Spätkomplikationen wie die hier beschriebene Speichelfistel. Nur durch die fortwährende interdisziplinäre Betreuung der Tumorpatienten ist die geforderte Rehabilitation auf lange Sicht möglich.

Dr. Michael Dau
Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz
Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Plastische Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35
D-18055 Rostock
Michael.Dau@med.uni-rostock.de

zm Leser
service

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

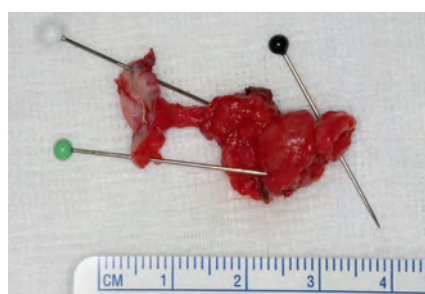
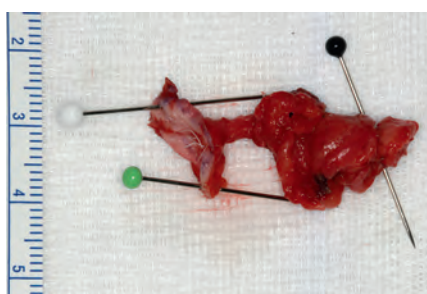


Abbildung 4: entnommene Präparate mit Nadelmarkierung: weiße Nadel ventraler Präparatpol, schwarze Nadel Drüsengewebe [Tiefe]; grüne Nadel dorsaler Präparatpol

Repetitorium

Trisomie 21 – das Down-Syndrom



Foto: picture-alliance

Bei der Trisomie 21, auch Down-Syndrom genannt, liegt das Chromosom 21 ganz oder zumindest teilweise in dreifacher Ausfertigung vor. Diese genetische Besonderheit beeinflusst die körperliche wie auch die geistige Entwicklung der Kinder. Die Auswirkungen der Chromosomenanomalie sind abhängig von der individuellen Ausprägung des Defekts.

Der Begriff Down-Syndrom bezeichnet eine genetisch bedingte Erkrankung, bei der das Chromosom Nummer 21 oder Teile davon infolge einer Genom-Mutation nicht wie üblich zweifach, sondern dreifach in den Zellen vorliegt. Synonym zur Bezeichnung Down-Syndrom wird daher auch der Begriff Trisomie 21 verwandt. Grundlage der Chromosomenaberration ist ein Fehler der Chromosomenverteilung während der Verschmelzung von Ei und Samenzelle und der anschließenden Zellteilung.

Der Gendefekt, der weltweit in allen ethnischen Gruppen und Bevölkerungsschichten auftritt, entsteht somit spontan. Es handelt sich nicht um eine Erbkrankheit, wenn man von der Möglichkeit absieht, dass eine junge Frau mit Down-Syndrom schwanger werden und den Gendefekt an ihre Nachkommen weitergeben kann. Dies ist allerdings ein durchaus realistisches Problem, da die Mehrzahl der Betroffenen heutzutage das gebärfähige Alter erreicht.

Historie

Hinweise auf das Down-Syndrom durch Ton- und Steinfiguren reichen bis in die Zeit um etwa 1 000 vor Christi zurück. Erstmals beschrieb der britische Neurologe John Langdon-Down die Anomalie als eigenständige Form der geistigen Behinderung im Jahr 1866. Er prägte seinerzeit den Begriff Mongoloismus. Da die rundliche Gesichtsförmigkeit und die mandelförmigen

Das Down-Syndrom ist die häufigste bekannte Chromosomenaberration.

A blue banner with the word 'Repetitorium' in white, set against a background of white pills.

Augen der Betroffenen optisch an Mongolen erinnern und weil praktisch stets eine geistige Behinderung bestand, nannte er die Störung „mongoloide Idiotie“. Die Bezeichnungen mongoloid und Mongolismus werden allerdings heutzutage als diskriminierend empfunden und nicht mehr verwandt. Die konkrete genetische Ursache des Down-Syndroms wurde dann im Jahr 1959 durch den französischen Genetiker Jerome Lejeune entdeckt.

Häufigkeit und Risikofaktoren

Mit einem Fall auf rund 700 Geburten stellt das Down-Syndrom die häufigste Chromosomenaberration dar. In Deutschland leben Schätzungen zufolge 30 000 bis 50 000 Menschen mit diesem Gendefekt. Jungen sind allgemein etwas häufiger betroffen als Mädchen. Die Ursache dieses Phänomens ist bislang nicht genau geklärt.

Risikofaktor für das Auftreten eines Down-Syndroms ist in erster Linie ein höheres Alter der werdenden Mutter. Tritt die Schwangerschaft vor dem 30. Lebensjahr ein, so ist das Risiko mit weniger als einem Fall auf 1 000 Geburten gering. Es steigt auf 1 bis 2/1 000 Geburten, wenn die Schwangere zwischen 30 und 34 Jahren alt ist, auf 2 bis 10/1 000 im Alter von 35 bis 39 Jahren und auf 10 bis 20/1 000 bei einer Schwangerschaft im Alter zwischen 40 und 44 Jahren. Wird eine Frau jenseits ihres 44. Lebensjahres schwanger, steigt das Risiko, ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt zu bringen, auf bis zu 40/1 000 an. Der Grund für das mit dem Alter der Schwangeren zunehmende Risiko dürfte darin liegen, dass die Eizellen schon vor der Geburt angelegt sind und mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von Fehlern bei der Eientwicklung zunimmt. Neben einem höheren Alter der werdenden Mutter gilt auch eine vermehrte ionisierende Strahlung als Risikofaktor.

Formen

Es werden vier verschiedenen Formen der Trisomie 21 unterschieden:

- In rund 95 Prozent der Fälle liegt eine sogenannte freie Trisomie 21 vor. Dabei ist das Chromosom 21 in allen Körperzellen in dreifacher Ausfertigung vorhanden.
- Bei drei bis vier Prozent der Menschen mit Down-Syndrom besteht eine Translokations-Trisomie 21, bei der das Chromosom 21 ebenfalls in allen Körperzellen dreifach vorhanden ist, sich dabei aber an ein anderes Chromosom angelagert hat.
- Ein bis zwei Prozent der Fälle weisen eine Mosaik-Trisomie 21 auf. Dabei gibt es Zellen mit einem dreifachen Chromosom 21 und ebenso Zellen mit einem normalen Chromosomensatz. Möglich ist dies, wenn sich die Chromosomenanomalie erst nach der ersten Zellteilung der befruchteten Eizelle entwickelt.
- Sehr selten besteht die sogenannte partielle Trisomie 21, bei der sich nur ein Teil eines der beiden Chromosomen 21 verdoppelt hat.

Körperliche Merkmale

Kinder mit einem Down-Syndrom weisen charakteristische körperliche Merkmale auf. So besteht meist eine zusätzliche dritte Fontanelle auf der Naht zwischen der großen und der kleinen Fontanelle. Die Kinder haben ein flaches Gesicht, einen kleinen Augenabstand (Hypotelorismus) und weisen nach oben geschrägte Lidachsen auf sowie kleine hellgraue Punkte an der Außenseite der Regenbogenhaut des Auges, die sogenannten Brushfield-Spots. Ferner findet sich eine kleine sichelförmige Hautfalte am inneren Augenwinkel.

Auffällig sind außerdem kleine Ohren, breite Hände mit kurzen Fingern und eine Vierfingerfurchung, also einer Querfurchung in der Handinnenfläche. Im Bereich der Füße besteht eine „Sandalenfurchung“, also ein vergrößerter Abstand zwischen der ersten und der zweiten Zehe.

Die meisten Babys fallen außerdem durch eine verminderte Muskelspannung (Muskelhypotonie) auf. Die Kinder wachsen auffällig

Das Down-Syndrom wird über den Nachweis entsprechender genetischer Veränderungen im Chromosom 21 diagnostiziert.

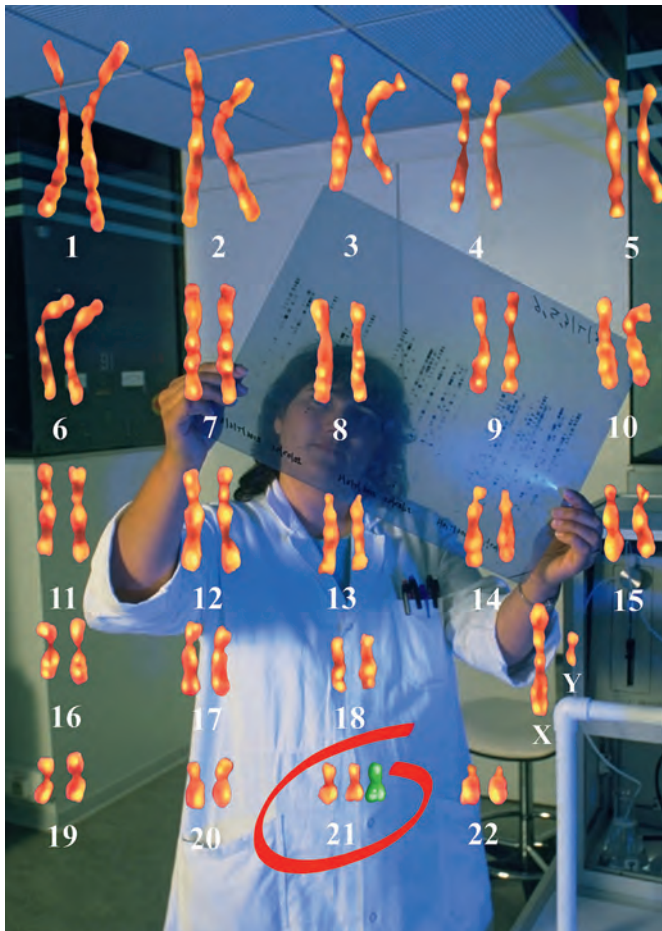


Foto: your photo today

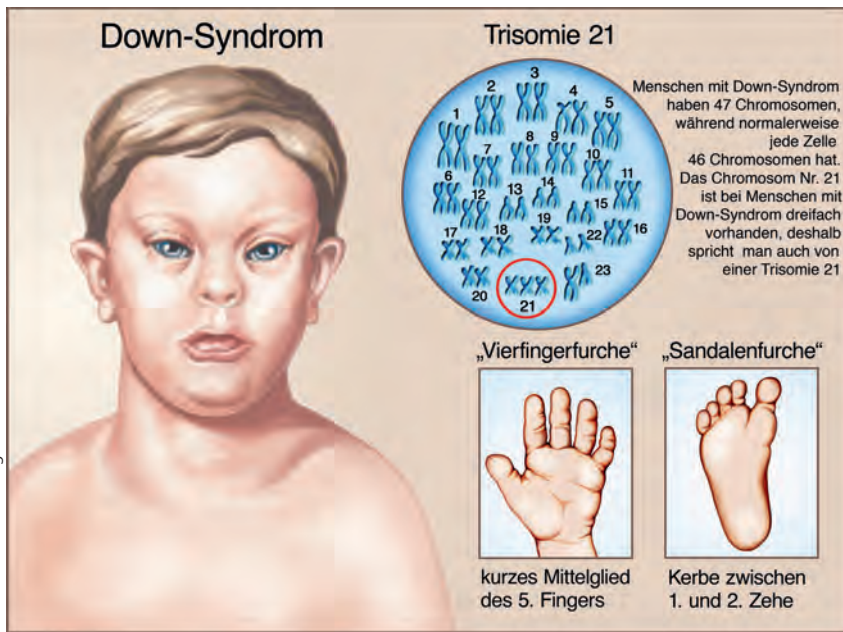


Foto: Grafik-Atelier Riedige

Die Chromosomenaberration geht mit charakteristischen körperlichen Merkmalen einher.

langsam und bleiben in ihrem Längenwachstum gegenüber dem Durchschnitt zurück.

Bei 40 Prozent der betroffenen Neugeborenen besteht ein Herzfehler, meist ein Atriumseptumdefekt, der in aller Regel chirurgisch korrigiert werden kann. Eine andere Operation ist nicht selten aufgrund einer Fehlbildung des Darmes (etwa zwölf Prozent der Kinder) erforderlich. Denn ohne Operation droht ein Darmverschluss oder eine Darmstenose. Auch leiden etwa zwölf Prozent der Kinder an einem Morbus Hirschsprung. Bei dieser Erkrankung fehlen parasympathische Nervenzellen in der Darmwand. Durch diese fehlenden Nervenimpulse kommt es zu einem Überschuss der Aktivierung der Muskulatur, die Darmwand kann sich in dem betroffenen Abschnitt nicht aufweiten, es entsteht eine Stenose.

Der vor der Engstelle liegende Darmanteil wird durch die Passagebehinderung sehr weit und es kommt später ebenfalls zu einer Transportstörung des Stuhlgangs dem „Mega-Dickdarm“. Eine Operation ist auch hierbei nötig. Oft finden sich noch weitere Anomalien im Bereich der Atemwege. Charakteristisch für das Down-Syndrom sind zusätzlich Störungen im Bereich der

Sinnesorgane. So sind nahezu 60 Prozent der Menschen mit Down-Syndrom infolge verengter Gehörgänge oder durch Paukenergüsse im Mittelohr schwerhörig. Bei rund 70 Prozent liegen Sehstörungen vor, sei es in Form einer Kurz- oder einer Weitsichtigkeit oder durch Linsentrübungen.

Auswirkungen auf die Entwicklung bei Kindern

Die Trisomie 21 hat Konsequenzen auf die körperliche wie auch auf die geistige Entwicklung. Die Auswirkungen sind abhängig von der Ausprägung der Chromosomenanomalie. „Daher sind Menschen mit Down-Syndrom genauso unterschiedlich



Foto: DocStock

Eine Trisomie 21 des Embryos lässt sich per Amniozentese oder per Chorionzottenbiopsie mit folgender Chromosomenanalyse nachweisen.

wie andere Menschen auch“, betont der Arbeitskreis Down-Syndrom e.V. „Gemeinsam haben sie zwar ein charakteristisches äußeres Erscheinungsbild, das aber bei genauem Hinschauen höchst individuell ist und verblüffende Familienähnlichkeiten aufweist.“

Untersuchungen zur geistigen Entwicklung von Kindern mit Trisomie 21 haben nach Angaben des Arbeitskreises Down-Syndrom zudem ergeben, dass die Betroffenen größere Fähigkeiten besitzen, als ihnen lange Zeit zugetraut wurden. Die Intelligenzentwicklung folgt den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie bei nicht behinderten Menschen, läuft allerdings mit verlangsamttem Tempo ab. Viele Kinder mit Down-Syndrom können daher bei entsprechender Förderung Sprechen, Lesen und Schreiben lernen und entwickeln verschiedenste Neigungen und Talente. Ihre emotionale und soziale Kompetenz ist in aller Regel gut ausgeprägt, was oft schon im frühen Kindesalter auffällt.

Bei der Entwicklung der Kinder ist nach Angaben des Vereins zu bedenken, dass es mit Beginn der Sprachentwicklung zu einer Aufspaltung der geistigen Entwicklung in Teilbereiche kommt. Die meisten Kinder können mit anschaulichen und konkreten

INFO

Weiterführende Informationen im Netz

- Arbeitskreis Down-Syndrom e.V., www.down-syndrom.org
- Down-Syndrom Netzwerk Deutschland e.V., www.down-syndrom-netzwerk.de

Aufgaben gut umgehen, haben aber Schwierigkeiten mit bildhaften und sprachlichen Symbolisierungen sowie mit kurzzeitigen Merkaufgaben.

Die intellektuellen Fähigkeiten von Personen mit Down-Syndrom sind üblicherweise vermindert. Es resultiert in aller Regel eine geistige Behinderung, die jedoch individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Doch nur ein geringer Teil der Menschen mit einer Trisomie 21 ist stark geistig behindert.

Folgen für die Sprachentwicklung

Typisch sind Beeinträchtigungen im sprachlichen Bereich, speziell bei der Artikulation. Das kann an der gelegentlich als Zusatzsyndrom auftretenden Makroglossie liegen, die die Kinder am richtigen Sprechen hindert und zu einer Zahnfehlstellung führen kann (siehe Kasten Zahnmedizin). Zwar haben die Kinder ein gutes Sprachverständnis und können Laute und isolierte Worte aussprechen, sie lassen aber beim Sprechen oft Worte aus oder ersetzen diese.

Die Sprachentwicklung erfolgt deutlich verzögert und ist oft durch Einschränkungen des Vokabulars und bei der Grammatik geprägt. Durch eine adäquate logopädische Förderung kann die Sprachentwicklung meist jedoch erheblich gebessert werden.

Medizinische Probleme

Infolge der körperlichen Besonderheiten kommt es bei vielen Menschen mit Down-Syndrom zu speziellen gesundheitlichen

Konsequenzen. So treten aufgrund der meist etwas verengten Atemwege überproportional oft Atemwegserkrankungen auf. Die Kinder haben ein geschwächtes Immunsystem, was vermehrt Infektionskrankheiten bedingt. Auch eine Zöliakie sowie eine Schilddrüsenunterfunktion sind häufiger als normal zu beobachten.

Neben den bereits erwähnten Herzfehlern treten auch andere medizinische Komplikationen und Erkrankungen häufiger auf als in der Normalbevölkerung. So kommt es zum Beispiel überproportional häufig zu einer Leukämie im Kindesalter.

Kinder mit einem Down-Syndrom müssen deshalb medizinisch besonders gut überwacht werden, damit eventuell auftretende gesundheitliche Störungen rasch erkannt und behandelt werden können. Durch eine entsprechend sorgfältige medizinische Überwachung sind die meisten mit der Chromosomenaberration assoziierten medizinischen Komplikationen zu beherrschen.

Behandlungserfolge und ungelöste Probleme

Das erklärt die in den vergangenen Jahren deutlich gestiegene Lebenserwartung der Betroffenen. So wurden Menschen mit Trisomie 21 Anfang des vergangenen Jahrhunderts im Mittel lediglich neun Jahre alt. Rund 100 Jahre später lag die mittlere Lebenserwartung bereits bei etwa 60 Jahren und inzwischen ist es keine Seltenheit mehr, dass Menschen mit Trisomie 21 das 70. Lebensjahr erreichen.

Ein bislang ungelöstes Problem aber ist die bei der Mehrzahl der Betroffenen sich früher oder später entwickelnde Alzheimer-Demenz, die meist um das 55. Lebensjahr herum klinisch manifest wird. Ursache hierfür ist, dass das für die Erkrankung verantwortliche Amyloid-Protein auf dem Chromosom 21 kodiert wird und somit bei Menschen mit Down-Syndrom vermehrt exprimiert und gebildet wird.



Foto: picture-alliance

Risikofaktor für das Down-Syndroms ist vor allem ein höheres Lebensalter der werdenden Mutter.

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

Oro-faziale Abnormalitäten bei Trisomie 21

Anatomisch ist bei Vorliegen einer Trisomie 21 das mittlere Gesichtsdrittel unterentwickelt. Die faziale und auch die orale Muskulatur, hier besonders die Lippen und die Zunge, sind hypoton. Aufgrund der muskulären Schwäche und einer anterioren, eher niedrigen Position im Mund erscheint die Zunge abnorm groß; eine echte Makroglossie ist eher selten. Das Zusammenspiel zwischen unterentwickeltem Oberkiefer und dem Zungenvolumen führt oftmals zu einer Verlegung der Atemwege mit konsekutiver Mundatmung sowie einem Kreuzbiss. Ein lockerer Bandapparat in den Kiefergelenken wurde für Patienten mit Down-Syndrom beschrieben.

Weiterhin findet sich bei Patienten mit Trisomie 21 ein dental charakteristisches, allerdings höchst individuelles Erscheinungsbild. Insgesamt besteht eine – im Vergleich zur gesunden Bevölkerung – bis zu fünffach gesteigerte Prävalenzrate dentaler Abnormalitäten. Als solche sind abnormale Zahnstrukturen und -zahlen, Eruptionsstörungen und partielle Anodontien zu nennen. Im Milchgebiss sind die seitlichen Schneidezähne, im permanenten Gebiss zusätzlich die dritten Molaren und die zweiten Prämolaren oft nicht angelegt. Eine höhere Inzidenz von Karieserkrankungen bei betroffenen Patienten ist durch Studien nicht eindeutig gesichert. Allerdings sind bei Patienten mit dem Down-Syndrom höhere Prävalenzen sowie schwerere Ausprägungen parodontaler Erkrankungen beschrieben. So konnte gezeigt werden, dass bei ungefähr acht Prozent der Kinder mit Down-Syndrom unter zwölf Jahren eine Parodontitis vorliegt. In der gesunden Bevölkerung liegt diese Rate bei weniger als einem Prozent. Die Parodontitis-Prävalenz bei erwachsenen Trisomie-21-

Patienten liegt bereits bei 60 bis 100 Prozent. Ätiologisch werden eine genetisch determinierte immunologische Defizienz und eine beeinträchtigte Fibroblastenmotilität verantwortlich gemacht. Zusätz-

zunehmender Wichtigkeit. Analog konnte gezeigt werden, dass regelmäßige Prophylaxesitzungen das Fortschreiten parodontaler und oraler Erkrankungen beim Down-Syndrom effektiv unterbinden oder verzögern können. Besonders bei Patienten mit schweren geistigen Beeinträchtigungen entstehen oftmals zusätzlich deutliche Schwierigkeiten bezüglich der adäquaten oralen Hygiene. Sollte eine Kooperation zwischen Behandler und Patient primär nicht möglich sein, ist die Intervention unter Sedierung oder gar Vollnarkose eine gute Alternative. Vor einer Behandlung in Intubationsnarkose müssen selbstverständlich die beim Down-Syndrom erhöhten Risikofaktoren mit dem zu erwartenden Nutzen abgewogen werden. Bei entsprechender Indikation (korrigierter beziehungsweise nicht korrigierter Herzfehler) ist die Endokarditisprophylaxe zu beachten. Bezüglich der Schmerzwahrnehmung und -empfindung wurde nachgewiesen, dass Patienten mit Down-Syndrom sehr wohl schmerzempfindlich sind. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sie diesen langsamer und in der Lokalisation ungenauer mitteilen. Eine effiziente Schmerzkontrolle ist somit auch ohne offensichtliche Schmerzzeichen unabdingbar.



Fotos: Wehrbein, Erbe, KFO Mainz

13 Jahre alter Junge mit Gingivitis



Zehnjähriger Patient mit frontalem Kreuzbiss und Dentitio tarda

liche maßgebliche Faktoren sind eine nicht ausreichende Kontrolle der bakteriellen Plaque mit einer höheren Besiedlung besonderer pathogener Keime, eine gestörte Mastikationsfunktion sowie die bereits beschriebenen dentalen Anomalien.

Fazit für die Praxis

Wie bei anderen systemischen Erkrankungen bestehen auch beim Down-Syndrom Beeinträchtigungen der oralen Gesundheit. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung der Patienten ist die zahnärztliche Behandlung derartiger Patienten von

Univ.-Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer
Leitende Oberärztin
Universitätsmedizin der Johannes
Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz

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

Diagnostik

Hinweise auf Trisomie 21 ergeben sich meist pränatal bei der Ultraschalluntersuchung. So ist an eine solche Chromosomenanomalie zu denken, wenn sich bei der Untersuchung ein Herzfehler ergibt, wenn Wachstumsstörungen (und speziell eine Mikroenzephalie) festzustellen sind oder wenn ein vergleichsweise geringer Augenabstand oder ein kleiner Oberschenkel- und/oder Oberarmknochen auffallen. Auch eine große Fruchtwassermenge sowie eine auffallend große Flüssigkeitsansammlung im Nackenbereich des Neugeborenen gelten als Verdachtsmomente.

Bei den meisten Feten mit Trisomie 21 finden sich drei bis vier solcher hinweisender Kriterien. Sie sind diagnostisch allerdings nicht ausreichend. Sicherzustellen ist die Diagnose lediglich durch eine Untersuchung der Chromosomen, wobei diese mittels Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung, ab der 13. SS-Woche) oder Chorionzottenbiopsie (ab der elften SS-Woche) und gegebenenfalls durch eine Nabelschnurblutpunktion gewonnen werden können.



Selbstständiges Zähneputzen sollte auch ein Kind mit Trisomie 21 schon früh erlernen.

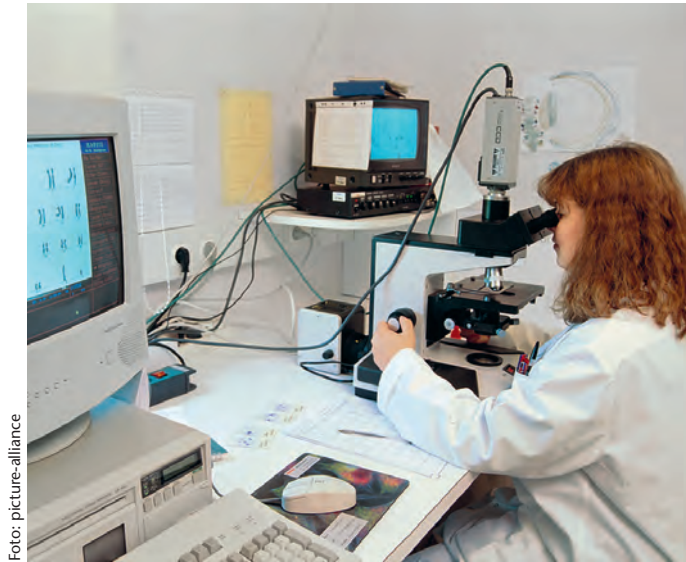


Foto: picture-alliance

Nur genaue Chromosomenanalysen liefern Sicherheit bei der Diagnose „Down-Syndrom“.

Eine entsprechende Untersuchung wird im Rahmen der pränatalen Diagnostik wegen des erhöhten Risikos für ein Kind mit Down-Syndrom in Deutschland jeder Schwangeren über 35 Jahren angeboten. Die Testgenauigkeit der verfügbaren Verfahren liegt bei mehr als 99 Prozent. Zu bedenken ist dabei stets das durch die invasive Untersuchung bedingte erhöhte Abortrisiko.

Hoffnung auf ein neues Verfahren: Screening aus dem mütterlichen Blut

Mittels der sogenannten Multiplex-Sequenzierung ist aktuellen Meldungen zufolge auch eine Diagnostik aus dem Blut der Schwangeren möglich. Untersucht wird dabei die zellfreie DNA des Feten, die ins Blut der werdenden Mutter gelangt. Die DNA-Fragmente stammen aus Zellen, die zugrunde gegangen sind, durch die Multiplex-Sequenzierung aber bestimmten Chromosomen zugeordnet werden können. Liegt eine Trisomie 21 vor, so zeigt sich dies in dem neuen Testverfahren durch eine Häufung von DNA-Fragmenten des Chromosoms 21.

Das haben Untersuchungen von Rossa W. K. Chiu et al. aus Hongkong ergeben. Die chinesischen Wissenschaftler untersuchten in einer ersten Studie die DNA-Fragmente im mütterlichen Blut bei 28 Schwangeren, wobei in 14 Fällen eine Trisomie 21 des werdenden Kindes bekannt war. Sowohl in

diesen 14 Fällen wie auch in den 14 Kontrollen ergab der Test laut Chiu et al. die korrekte Diagnose. Bestätigt wurde der Zusammenhang nunmehr in einer Studie bei 753 Schwangeren aus Hongkong, Großbritannien und den Niederlanden, bei denen eine Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie indiziert war und in 86 Fällen eine Trisomie 21 ergab. Die Blutproben der Schwangeren wurden anschließend per Multiplex-Sequenzierung untersucht und ergaben in allen Fällen einen positiven Befund, was einer Sensitivität des Verfahrens von 100 Prozent entspricht. Die Spezifität lag bei 97,9 Prozent, da bei allen Kontrolluntersuchungen nur zwei falsche positive Befunde resultierten.

Die Multiplex-Sequenzierung könnte damit möglicherweise die pränatale Diagnostik des Down-Syndroms deutlich einfacher machen, da die Untersuchung von der Blutentnahme abgesehen nicht-invasiv erfolgt. Allerdings ist das Verfahren bislang sehr aufwendig, entsprechend teuer und keinesfalls klinische Routine.

Die Autorin der Rubrik „Repetitorium“ beantwortet Fragen zu ihren Beiträgen

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Medizinische Aufklärung im Internet

Wenig Durchblick trotz Transparenz

Medizin und neue Medien: In Hamburg erörterten am 26./27. Oktober 2011 Diskutanten aus Kliniken, Ärzteschaft und dem Pflegebereich, wie Gesundheitsportale im Internet die Erwartungen von Patienten an medizinische Behandlungen und an die Pflegebranche beeinflussen.

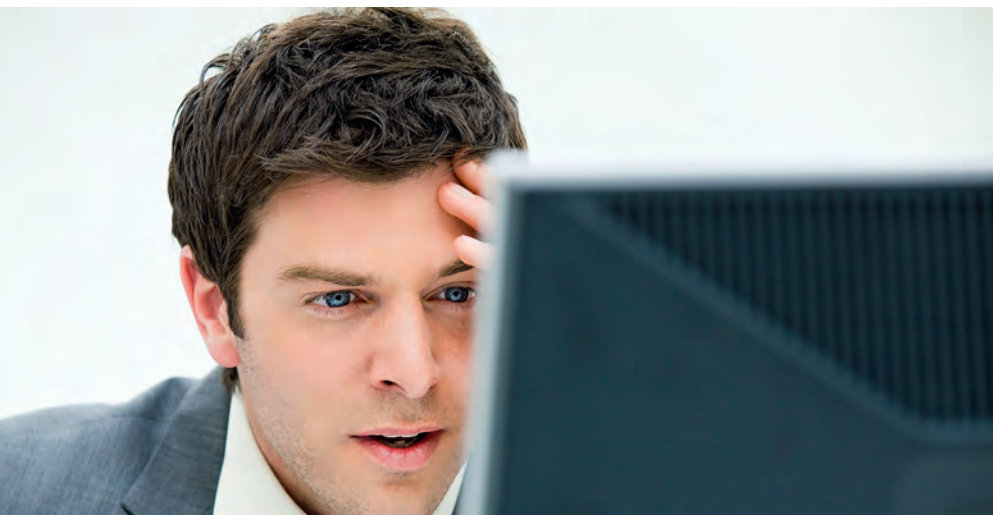


Foto: Jens Schmidt – Fotolia.com

Um es vorwegzunehmen: Sogenannte „Cyberchonder“ können mitunter nerven – dies wurde bei der Diskussion auf dem Kommunikationskongress der Gesundheitswirtschaft deutlich. Damit sind jene Patienten gemeint, die glauben, sich im Internet mittels allgemeiner Gesundheitsseiten, spezieller Foren oder Vergleichsportalen über ihre Erkrankung schlau gelesen zu haben und mit einer dementsprechenden Haltung den Medizinern begegnen.

Die Leiterin der Unternehmenskommunikation bei den Paracelsus-Kliniken, Simone Hoffmann, Osnabrück, bestätigte: „Bisweilen kann es für Ärzte zeitintensiver sein, wenn sie vorinformierte Patienten vor sich haben.“ Hier zeigten sich Fluch und Segen des Mediums Internet: Auf der einen Seite trügen Gesundheitsportale zur Transparenz im Medizinbereich bei. Auf der anderen Seite hätten Nutzer solcher Seiten nicht selten lediglich ein Scheinwissen, das oft unseriös sei und medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien nicht entspreche.

Mittlerweile gebe es eine so große Vielzahl von virtuellen Angeboten, dass gar nicht mehr alle Informationen verarbeitet werden

könnten. Auch seien die Betreiber der Seiten recht unterschiedlich in ihrem Interesse, oftmals werde Hilfe suggeriert, wo es in Wahrheit um Geschäftemacherei gehe. Hoffmann: „Der Laie bleibt aber oft Laie, weil medizinische Vorgänge manchmal zu komplex sind, um sie jedem verständlich zu machen.“

Dr. Stefan Etgeton, Senior Expert im Stiftungs-Programm der Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, und vorher beim Bundesverband der Verbraucherzentrale machte darauf aufmerksam, dass das Thema Transparenz im Gesundheitswesen lange Zeit keinen angestammten Ort hatte. Die Politik oder die öffentliche Gesundheitsverwaltung hätten sich nicht zuständig gefühlt. Vielmehr seien zivilgesellschaftliche Bemühungen nötig gewesen, um das Thema für Patienten auf die Tagesordnung zu setzen.

Kommerz versus Aufklärung

Etgeton sprach von zwölf bis 15 derzeit existenten Arzt-Bewertungsportalen, die kommerziell betrieben würden und damit auch andere Interessen verfolgten als das der

reinen Patientenaufklärung. Hinzu kämen Angebote von Verbänden oder sonstwie im Gesundheitswesen tätigen Akteuren. Durch diese breite Palette ergebe sich somit zwar ein mannigfaltiges, aber gleichzeitig auch unübersichtliches Bild, zumal die Konzepte der einzelnen Portale oft unterschiedlich seien und es an Einheitlichkeit fehle. Ein Umstand, der von allen Seiten Zustimmung fand. Angesichts unterschiedlicher Informationsseiten wie etwa „Arzt-Navigation“ der AOK und dem „Arztlotsen“ der Ersatzkassen – also unterschiedliche Varianten selbst bei Krankenkassen –, fasste die Moderatorin, Journalistin Marion Förster, zusammen: „Jeder Anbieter schafft sich seine eigene Transparenz.“ Ebenfalls Konsens war die Wichtigkeit einer Frage, die sich vor allem auf Vergleichs- und Bewertungsportale bezieht: Wer kontrolliert eigentlich die Kontrollierer?

Johannes Kamm, Geschäftsführer von Pflegen & Wohnen, Hamburg, vertrat die Ansicht, dass das Internet in seiner Branche zunehmend genutzt wird, um Informationen zu sammeln, wo es ein bestimmtes Pflegeheim mit speziellen Schwerpunkten gibt. Kamm: „Die Portale helfen, die Pflege als Thema griffiger zu machen und Angehörigen Lösungen anzubieten.“ Er sparte aber auch nicht mit interner Kritik: „Die Internet-Präsentation der gesamten Pflegebranche hat noch Nachholbedarf.“

Letztendlich schaffe die Transparenz über die verschiedenen Möglichkeiten der Pflege aber eine Kundenbeteiligung und helfe den Patienten, selbstbestimmt zu entscheiden, welchen Weg sie bei der Pflege einschlagen wollen. Dies setze allerdings voraus, dass sich die Verbraucher auch informationswillig, informationsbereit und informationsfähig zeigen müssen. Gerade ältere Patienten, die das Thema Pflege besonders angeht, hätten aber gar nicht die Voraussetzungen. Entweder weil sie gar keinen Computer besitzen oder weil sie nicht über das nötige Know-how verfügten, um sich zu informieren. sg

19. Jahrestagung der DGCZ

Digitalisierung standardisiert die Prozesskette in der Praxis



In der Fachwelt ist unbestritten, dass die Digitalisierung von Praxisvorgängen und die Computerunterstützung von Behandlungsabläufen in der Zahnarztpraxis angekommen sind. Diese Entwicklung hat in der Zahnmedizin besonders die Datenerfassung von Gebissituationen und die digital gesteuerte Fertigung von vollkeramischen Restaurationen vorangetrieben.

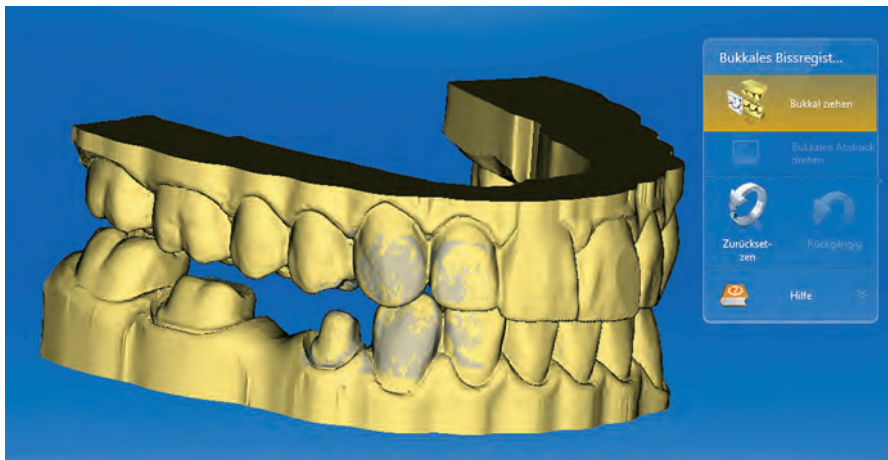


Foto: DGCZ

Abbildung 1: Aus Einzelscans entsteht ein maßgenaues virtuelles Modell als Basis für die zahn-technische Ausarbeitung.

Auf der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ) unter der Leitung von Dr. Bernd Reiss, Malsch, und Dr. Klaus Wiedhahn, Buchholz, bezog PD Dr. Petra Güß, Oberärztin in der prothetischen Abteilung der Universitätszahnklinik Freiburg, zur Abformgenauigkeit von Intraoral-Scannern unter der Fragestellung „Digital Dentistry – Zukunft oder Realität in der Prothetik?“ Stellung. Bisher wurden im Zusammenhang mit der konventionellen Elastomerabformung überwiegend vom Gipsmodell extraoral gewonnene Scandaten für die restaurative CAD-Konstruktion verwendet. Damit gelangten auch Ungenauigkeiten aufgrund von Dimensionsverzügen und haptischer Bedingungen in den Datensatz. Dadurch ist jedes auf Basis dieses Arbeitsprozesses erzeugte virtuelle Modell ungenau – einerlei, wie präzise der nachfolgende Scanvorgang an sich ist. Deshalb liegt es nahe, den Scanvorgang direkt in der Mundhöhle durchzu-

führen. Die Referentin belegte mit publizierten Daten, dass die digitale Intraoralabformung bereits die Genauigkeit von Elastomerabformungen erreicht und teilweise schon übertrifft. Wurde für Polyäther eine Abweichung von 55 bis 62 μm festgestellt, erzielten Scanner mit kurzweiliger, triangulierter Streifenlichtprojektion (Cerec AC) und das videogeführte Wavefront Sampling (C.O.S. Lava) Abformtoleranzen von 30 bis 49 μm (Cerec) beziehungsweise 40 bis 60 μm (C.O.S.) [Caputi, 2008; Persson, 2008; Wöstmann, 2009; Mehl, 2009; Ender, 2011]. Randspaltmessungen mit Kronen aus Zirkoniumdioxidkeramik (ZrO_2) ergaben Fügezonen mit 49 μm (Lava), auf konventionellen Silikonabformungen basierende Kronen wiesen 71 μm Randspalt auf [Syrek, 2010]. Andere Intraoralaufnahmesysteme nutzen zur digitalen Erfassung der Zähne das konfokale Messprinzip und arbeiten mit der Laser-Projektion (iTerio, Trios, E4D). Mit der Verbreitung lichtoptischer Scanner-

systeme zur intraoralen Abformung hat der nächste Schritt zur vollständigen Digitalisierung der Prozesskette von der Präparation bis zur Eingliederung des Zahnersatzes bereits begonnen. Der entscheidende Vorteil der digitalen Abformung liegt darin, dass unmittelbar nach dem Scannen eine dreidimensionale Ansicht der Präparation verfügbar ist, mit der unter multiplen Perspektiven und Detailansichten präparative Unzulänglichkeiten detektiert und sofort behoben werden können. Neben dieser Standardisierung liegt der Nutzen des Datensatzes in der direkten Übertragung der klinischen Situation auf die weiteren zahn-technischen Arbeitsschritte (Abbildung 1).

Unmittelbar dreidimensional

Die Leistungsfähigkeit einer digitalen Prozesskette lässt sich unter anderem mittels der marginalen Passung messen. Als klinisch akzeptabel, ermittelt an konventionell hergestellten Kronen, gelten marginale Diskrepanzen von 100 bis 120 μm [McLean, Fraunhofer, 1971; Holmes, 1992]. PD Dr. Sven Reich, Prothetiker am Universitätsklinikum der RWTH Aachen, trug eigene Messdaten von CAD/CAM-gefertigten Kronen vor, die auf der Basis von intraoralen, optischen Digitalabformungen sowohl mit Lava C.O.S. (3M Espe) wie mit Cerec AC (Sirona) erstellt wurden. Die marginale Passung der Kronen erreichte mittlere Werte von rund 50 beziehungsweise 80 μm . ZrO_2 -Keramik hat sich laut Güß bisher als Gerüstwerkstoff für mehrgliedrige Brücken in Klinik und Praxis bewährt. In fast allen Studien, die Beobachtungszeiträume bis zu

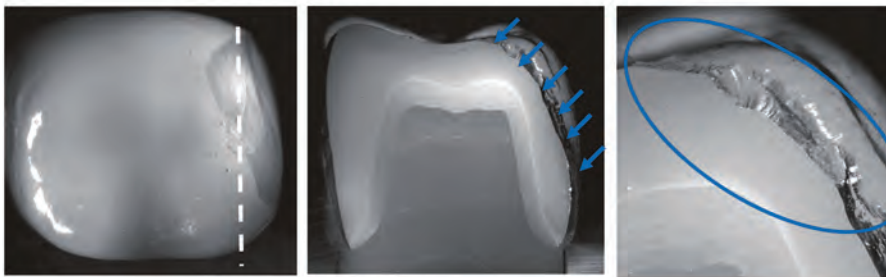
fünf Jahren abdecken, blieben ZrO_2 -Gerüste weitestgehend frakturefrei. Diskutiert werden jedoch Verblendfrakturen auf ZrO_2 (Chippings), die bis zu 26 Prozent betragen [Sailer, 2007]. Den Grund für Verblendfrakturen sieht die Referentin in den unterschiedlichen Festigkeiten von Gerüst- und Verblendwerkstoff (ZrO_2 900-1200 MPa, Sinterkeramik 90 bis 120 MPa). Dazu kommt, dass ZrO_2 ein sehr schlechter Wärmeleiter ist und somit beim Aufbrennen

stellerangaben erfolgen, um unerwünschte thermische Wirkungen zu vermeiden.

Verblendet, anatofom oder vullanatomisch

Als Alternative zu verblendeten ZrO_2 -Restaurationen hat Güß während ihres zweijährigen Aufenthalts als Visiting Assistant Professor am Department of Biomaterials and Biomimetics, College of Dentistry der

Hand-layer veneered Y-TZP



Monolithic IPS e.max CAD Crowns

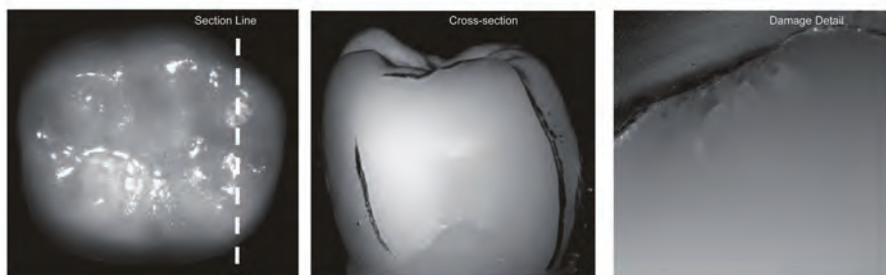


Abbildung 2: Geschichtete Verblendungen auf ZrO_2 zeigten in der Kausimulation extendierte Chippingfrakturen im Bereich der Verblendkeramik; Lithiumdisilikat-Kronen hingegen blieben bei einer simulierten Kaudruckbelastung bis 1 100 Newton frakturefrei.

der Verblendkeramik „Hochtemperatur-nester“ mit strukturellen Spannungen im Werkstoff zurückbleiben. Dick aufgetragene Verblendschichten verstärken diesen Stress; dazu kommen Mikroporositäten der Handschichtung, die unter Kaudruckbelastung das Frakturrisiko erhöhen. Deshalb sollten ZrO_2 -Gerüste anatofom gestaltet werden, das heißt die anatomische Form der Krone abbilden und Raum für dünne Verblendschichten (0,5 bis 1,5 mm) bieten. Okklusalfächen im Gerüst sollten höckerunterstützend geformt werden; Aufheizzeiten und Abkühlphasen beim Sintern und Verblenden müssen unbedingt nach den Her-

New York University die Eignung von vullanatomischen, verblendfreien Kronen aus Lithiumdisilikat untersucht. Die Referentin hatte bei der Literaturchsicht festgestellt, dass verblendete Einzelkronen auf ZrO_2 -Gerüsten ini zwei bis neun Prozent der berichteten Fälle nach zwei bis drei Jahren Chippings aufwiesen. Bei verblendeten ZrO_2 -Brücken lag die Chipping-Rate bei drei bis 36 Prozent im Zeitfenster von ein bis fünf Jahren. In Kausimulationen hatten Güß et al. die Belastbarkeit von Lithiumdisilikat und ZrO_2 mit Verblendung unter 1 100 Newton Kaudruck gemessen. Während alle Lithium-Kronen frakturefrei blieben, zeigten 49 Pro-



Abbildung 3:
Vollanatomische,
3-gliedrige ZrO_2 -
Brücke ohne zusätz-
liche Verblendung
nach Bemalung
und Glasur
(inCoris TZI, Sirona)

Foto: Wiedhahn

zent der handgeschichteten Verblendungen auf ZrO_2 Anzeichen von initialen Mikrorissen (Abbildung 2) [Güß, 2010]. Weitere klinische Studien mit Kronen aus Lithiumdisilikat zeigten nach zwei Jahren eine 100-prozentige Überlebensrate [Fasbinder, 2010; Reich, 2010].

Jede neue Software erleichtert die Restauration

Das Cerec-System verfügt über die längste Software-Erfahrung für computergestützte Restaurationen im Markt, denn seit 1986 sind immer wieder neue Versionen und Updates für die gestiegenen Ansprüche an die Chairside-Behandlung entwickelt worden. Die V3.85, die noch auf der Cerec 3-D-Architektur aus dem Jahr 2003 basierte, wurde nun von einem Nachfolger abgelöst. Die Zahnärzte Dr. Günter Fritzsche, Hamburg, und Dr. Bernd Reiss, Malsch, verglichen und demonstrierten die Leistungsfähigkeit der bisherigen Software V3.85 mit der neuen Version 4.0 coram publico. Am Beispiel einer Teilkronen regio 16 erlebten die Tagungsteilnehmer, dass die „fotorealistische“ Darstellung der Zähne die Erkennung der klinischen Situation im 3-D-Modus und somit die restaurative Konstruktion erleichtert. Bei einer Gesamtanierung bietet die SW 4.0 bis zu sieben Bildkataloge und somit die Möglichkeit, dass verschiedene Indikationen und Therapielösungen in einem Modell gleichzeitig bearbeitet werden können. Funktionelle Abstimmungen zwischen verschiedenen Restaurationen sind dadurch möglich. Die Passung der definitiven

Krone wird dadurch verbessert, dass ein „Fitcher“ sogenannte Aufsetzer auf der Innenwand des Kronenlumens erkennt und sichtbar macht. Mit dem elektronischen „Radiergummi“ können diese Artefakte eliminiert werden.

„Von Geburt an“ war das Cerec-System eher auf die Einzelzahnversorgung zugeschnitten. Erfahrene Anwender fanden mit speziellen Software-Applikationen jedoch stets Wege, um auch extensive Restaurationen herzustellen und so das Indikationsspektrum für Cerec auszuweiten. Dr. Klaus Wiedhahn, Präsident der ISCD (International Society of Computerized Dentistry), stellte seine Erfahrungen mit komplexen Rekonstruktionen vor. Mit der inLab-Software und der MC XL-Schleifeinheit lassen sich zum Beispiel implantatgetragene Kronen und Brücken sowie individuelle Abutments aus ZrO_2 herstellen. Ein neuer ZrO_2 -Werkstoff (inCoris TZI, Sirona) ermöglicht, Kronen und Brücken aus „Vollzirkon“ ohne zusätzliche Verblendung herzustellen. Die individuelle Zahnfarbe kann durch

eine Tauchfärbung oder durch Malfarben mit Glasur erzielt werden. Der Einsatz fokussiert auf den Molarenbereich (Abbildung 3). Ferner stellte Wiedhahn die Anwendung der Brückenoption in der Cerec Chairside-Software zur Herstellung von verblockten Okklusall-Veneers vor. Sie dienen zur Bisshebung und zum Aufbau von funktionellen Stützzonen bei stark abradieren Zähnen. Diese „Table Tops“ werden zuerst als temporäre Langzeitversorgungen ausgeführt, um Bissverhältnisse und Funktion umzustellen. Eine Präparation der Kauflächen ist in diesem Stadium nicht erforderlich; die neuen „Okklusallflächen“ werden einfach auf die Zähne aufgeklebt. Für die temporären Repositions-Veneers als „Restaurationsentwurf“ eignen sich die MRP (Microfiller Reinforced Polyacrylic)-Blocks (CAD Temp, Vita), die im CAD/CAM-Verfahren ausgefräst werden. Später erfolgt die definitive Versorgung mit Kauflächen-Veneers aus Lithiumdisilikat-Keramik.

Der Weg zum messbaren Erfolg

In der Praxis platzierte klinische Feldstudien haben den Vorteil, dass die dokumentierten Fälle sich aufgrund der Patiententreue über einen langen Zeitraum verfolgen lassen. Eine der wenigen Studien, die vollkeramische Restaurationen in einem Praxis-Panel über einen langen Zeitraum begleitet, ist die „Ceramic Success Analysis“ (CSA) unter der Leitung von Dr. Bernd Reiss, unterstützt von der DGCZ und der Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde (AG Keramik). Der teilnehmende Zahnarzt gibt nach Registrierung seine Befunde online auf der Plattform www.csa-online.de ein. Darauf wird sofort und anonym ein individuelles, grafisches Behandlungsprofil dargestellt, das das klinische Vorgehen und die Ergebnisse mit jenen aller anderen Studienteilnehmer vergleicht. Derzeit sind 8 200 Befunde aus etwa 250 Praxen Grundlage der Ergebnisse. Die Auswertung zeigt, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit (nach Kaplan-Meier) für vollkeramische Inlays, Onlays, Teilkronen und Kronen nach 15 Jahren bei 83 Prozent und damit auf jenem

INFO

Termin 2012

Die 20. Jahrestagung veranstaltet die DGCZ mit einem umfangreichen Jubiläums- und Vortragsprogramm zu computergestützten Restaurationen am 21. und 22. September 2012 in Berlin, Maritim Hotel in der Stauffenbergstraße. Info: www.dgcz.org ■

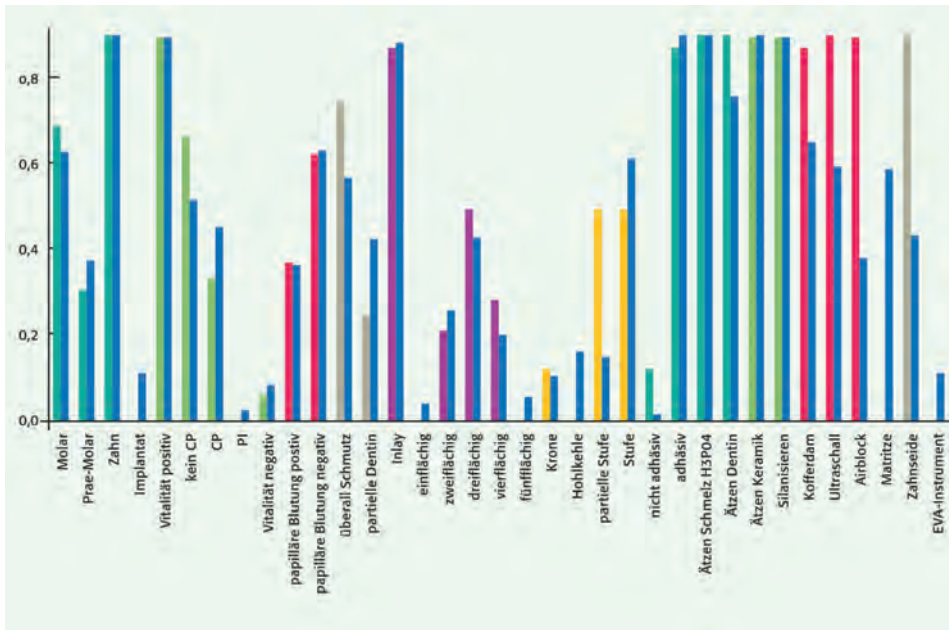


Abbildung 4: In der CSA-Qualitätssicherungsstudie der AG Keramik können Zahnärzte ihre Befunde mit jenen anderer Praxen vergleichen.

Wert liegt, der in der Literatur auch Gussrestorationen zugeschrieben wird. Restaurationen aus präfabrizierter, CAD/CAM-ausgeschliffener Industriekeramik wiesen doppelt so hohe Überlebensraten auf wie laborgeschichtete Versorgungen.

Manfred Kern
Deutsche Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde (DGCZ)
Fritz-Philippi-Str. 7
65195 Wiesbaden
manfr.kern-dgcz@t-online.de

zm Leser service

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

Die ausführliche Fassung dieses Berichts mit den Vorträgen aller Referenten der DGCZ-Jahrestagung 2011 gibt es auf Anfrage beim Autor.

Grafik: Reiss/AG Keramik

Oralchirurgie

Perikoronale Ostektomie als alternative OP-Methode

In dieser klinischen prospektiven Kohortenstudie wurde das eruptive Potential retinierter beziehungsweise impakterter Weisheitszähne nach Abtragung des zirkumkoronalen Knochens untersucht. Eine dadurch bedingte Bewegung der Zähne zur Okklusionsebene, weg vom Canalis mandibulae, konnte das Risiko postoperativer Sensibilitätsstörungen reduzieren.

Die operative Entfernung von dritten Molaren der Mandibula in unmittelbarer Nähe zum Canalis mandibulae kann zu Nervverletzungen mit daraus resultierenden Sensibilitätsstö-

Diese Studie untersucht eine neue alternative Behandlungsmethode, die perikoronale Ostektomie. Diese soll das Risiko von Verletzungen des Nervus alveolaris inferior bei Hochrisikofällen verringern. Das Prozedere beinhaltet zwei Eingriffe.

Im ersten Eingriff wird der perikoronale Knochens so weit abgetragen, um adäquaten Platz für einen ungehinderten spontanen Durchbruch des Zahnes zu schaffen. Zudem wird durch vorsichtige Subluxation die Beweglichkeit des Zahnes untersucht. Seine Entfernung erfolgt durchschnittlich sechs bis acht Wochen danach in einem zweiten Eingriff. Zuvor wird eine Panoramaschichtaufnahme zur Überprüfung der Zahnbewegung nach okklusal angefertigt.

Für die Studie wurden 17 Unterkieferweisheitszähne von 14 Patienten im Alter von 20 bis

47 Jahren durch einen Operateur behandelt. Alle Patienten waren zuvor radiologisch zwei- und dreidimensional untersucht worden. Bei Vorliegen gering mesioangulär und vertikal verlagertes dritter Molaren der Mandibula wurde die perikoronale Ostektomie durchgeführt. Nach dem ersten Eingriff zeigten alle 17 Weisheitszähne eine Wanderung von der unmittelbaren Nähe zum Canalis mandibulae in eine okklusale Ausrichtung, dabei betrug die durchschnittliche Wanderungsdistanz zwei Millimeter. Die Zähne wurden anschließend extrahiert.

Drei Patienten wiesen eine geringe Hypästhesie auf: zwei im Versorgungsbereich des Nervus alveolaris inferior, einer im Versorgungsbereich des Nervus lingualis. Bei allen drei Patienten waren innerhalb von drei Monaten keine postoperativen Sensibilitätseinschränkungen

mehr feststellbar. Damit scheint die perikoronale Ostektomie eine Alternative zur operativen Entfernung von dritten Molaren der Mandibula in unmittelbarer Nähe zum Nervus alveolaris inferior zu bieten.

Quelle: Tolstunov L, Javid B, Keyes L, Nattestad A: Pericoronal osteotomy: an alternative surgical technique for management of mandibular third molars in close proximity to the inferior alveolar nerve. J Oral Maxillofac Surg. 2011 Jul; 69(7): 1858-66.

Dr. Bettina Brungsberg
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Bereich Oralmedizin, zahnärztliche
Röntgenologie und -Chirurgie
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
bettina.brungsberg@charite.de

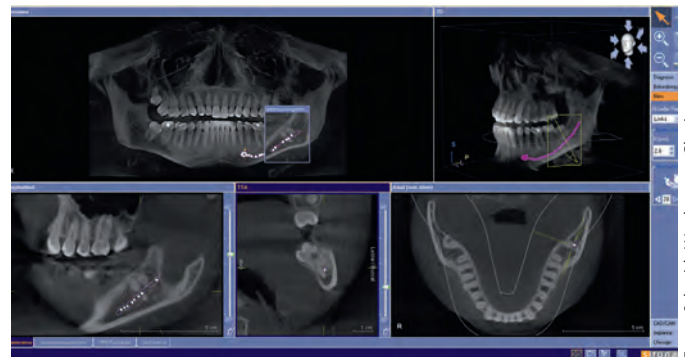


Fachleute präsentieren wichtige aktuelle Forschungsergebnisse aus internationalen Fachzeitschriften, die auch für den Praxisablauf relevant sind.

rungen im Bereich der Lippe, des Kinns und der Wange führen. Um dieses Risiko zu verringern, werden alternative Behandlungsmethoden wie die Koronektomie oder die orthodontische Extraktion empfohlen.



Panoramaschichtaufnahme mit retinierten Zähnen 18, 38 und 48; 38 und 48 apikal in Projektion auf den Canalis mandibulae



DVT mit dargestelltem Verlauf des Nervus alveolaris inferior

Fotos: Schmidt-Westhausen, Charité

Parodontologie

Klinische Häufigkeit der Sondierungsblutung

Ziel der Studie war, die Häufigkeit der Sondierungsblutung innerhalb einer Patientengruppe zu erfassen. Dabei wurden beeinflussende patientenspezifische Faktoren berücksichtigt.

Unter Sondierungsblutung versteht man das Auftreten einer Blutung aus dem gingivalen Sulcus oder einer parodontalen Tasche nach mechanischer Stimulation durch eine PWHO-Sonde (Hu-Friedy). Die Sondierungsblutung wird häufig auch

die Sondierungsblutung auch einen wichtigen Parameter zur Risikobeurteilung von Parodontalerkrankungen dar. Patienten mit einem BOP von 20 Prozent bezogen auf die gesamte Bezahnung haben ein geringeres Risiko für voranschreitende parodon-

Auf Basis dieser Gegebenheiten wurde ein Studiendesign entworfen mit dem Ziel, die Häufigkeit der Sondierungsblutung in einer großen Kohorte von Patienten zu erfassen. Außerdem wurden Daten zur intraoralen Verteilung der Sondierungsblutung erfasst. Ein weiteres Ziel war, den Einfluss von patientenspezifischen Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Diabetes, Rauchen und das Vorhandensein von parodontalen Taschen, bezogen auf eine individuelle Variabilität der Sondierungsblutung, zu untersuchen. Abhängig vom Auftreten der Sondierungsblutung wurden schließlich zwei Subpopulationen von Patienten gebildet, die miteinander verglichen wurden.

In der Zeit von 1996 bis 2006 wurden an der Universität Ferrara 601 Patienten untersucht (212 Männer, 389 Frauen). Die Studienteilnehmer waren 18 Jahre oder älter und wiesen unterschiedliche Ausprägungsformen der Erkrankung auf (Gingivitis, chronische Parodontitis, aggressive Parodontitis). Insgesamt wurden 90 881 Flächen erfasst. Davon waren 1 921 Flächen aus anatomischen, pathologischen und iatrogenen Gründen nicht verwertbar.

Patienten mit folgenden Eigenschaften wurden aus der Studie ausgeschlossen:

1. Patienten mit parodontaler Therapie sechs Monate zuvor oder innerhalb der letzten sechs Monate

2. Patienten in Schwangerschaft oder Stillzeit

3. Patienten mit weniger als 15 Zähnen

4. Patienten mit Zahnimplantaten

5. Patienten in KFO-Therapie

6. Patienten mit genetischen Erkrankungen (Down-Syndrom)

7. Patienten mit erworbener Immunschwäche

8. Patienten mit Bluterkrankungen

9. Patienten mit Mangel an polymorphnukleären Zellen, Monozyten

10. Patienten mit psychischen Erkrankungen, die die Mundhygienefähigkeit negativ beeinflussen

11. Patienten unter Antikoagulationstherapie

12. Patienten mit Einnahme von Medikamenten, die zu einer Gingivahyperplasie führen

Die Sondierungsblutung wurde aufgezeichnet, während die Taschentiefe gemessen wurde. Die Taschentiefe wurde definiert als Abstand zwischen dem Gingivarand bis zum Boden der Tasche. Die Tiefenmessung wurde an sechs Stellen jedes Zahnes (mesiobukkal, distobukkal, mesiolingual, distolingual und jeweils zwischen den linguallen und bukkalen Messpunkten) mit einer PCP 12. (Hu-Friedy) durchgeführt. Dabei wurde eine Kraft von etwa 0,2 Newton angewendet. Die Messung wurde von erfahrenen Zahnärzten durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden tabellarisch zusammengefasst und anschlie-



Foto: Lukas Treven, Charité Berlin 2011

Klinisches Bild, Blutung nach Sondierung

als „bleeding on probing“ (BOP) beschrieben und gilt heute als frühestes klinisches Zeichen einer marginalen Entzündung. Somit gehört die Sondierungsblutung zu den wichtigsten klinischen Parametern zur Diagnostik einer parodontalen Entzündung. Gleichmaßen wird die Sondierungsblutung mit Veränderungen im histologischen Bereich assoziiert. Demgegenüber sprechen sondierungsblutungsfreie Taschen für einen stabilen entzündungsfreien Zustand.

Neben dem ersten klinischen Zeichen einer Entzündung stellt

tale Destruktion. Es gibt einige lokale wie auch systemische Faktoren, die das klinische Bild beziehungsweise die Ausprägung des entzündeten Parodonts beeinflussen. Gleiches lässt sich für die Sondierungsblutung erkennen. Es können patientenbezogene, individuelle Unterschiede der Sondierungsblutung festgestellt werden, die nicht ausschließlich durch die Anwesenheit von supragingivaler Plaque begründet werden. Ein deutlicher Einfluss lokaler und patientenspezifischer Faktoren auf die Empfindlichkeit des Parodonts lässt sich beschreiben.

ßend ausgewertet. Für jeden Patienten wurden folgende BOP-positiven Flächen zusammengefasst: BOP-^{Total} (Anzahl aller gemessenen Flächen), BOP-^{Maxilla} (Flächen des Oberkiefers), BOP-^{Mandibular} (Flächen des Unterkiefers), BOP-^{posterior} (Flächen der Molaren und Prämolaren), BOP-^{anterior} (Flächen der Eck- und Schneidezähne), BOP-^{approximal} (mesiale und distale Flächen), BOP-^{oral und bukkal} (bukkale und orale Flächen), BOP-^{PPD 4 mm} (Taschen mit weniger als/gleich vier Millimetern), BOP-^{PPD 5} (Taschen mit mehr als/gleich fünf Millimetern). Die gesammelten Daten wurden anschließend statistisch ausgewertet. Um interspezifische Unterschiede innerhalb aller gemessenen Flächen festzulegen, wurden folgende Einflussfaktoren berücksichtigt: Geschlecht und Alter der Patienten, Raucherstatus (Raucher, Nichtraucher, ehemaliger Raucher), Zigarettenkonsum am Tag, diabetische Grunderkrankung, Anzahl der Zähne im Mund und Taschentiefen von größer/gleich fünf Millimetern beziehungsweise weniger/gleich vier Millimetern.

99 Prozent aller Teilnehmer hatten zumindest eine BOP-positive Fläche. Die Autoren konnten einen Zusammenhang zwischen der Sondierungsblutungshäufigkeit und dem Alter feststellen. Die Anzahl der BOP-positiven Flächen, beginnend bei einem Alter von 20 Jahren, stieg stetig bis zum Alter von 59 Jahren an. In der Gruppe der über 60-Jährigen konnte kein signifikanter Unterschied mehr festgestellt werden. Die Entzündungsaktivität steigt mit dem Alter an. Es kommt zu einer verstärkten Zirkulation von proinflammatori-

schen Zytokinen; gleichermaßen kommt es zu einer dysregulierten Zytokinantwort, die wiederum die Bakterienabwehr negativ beeinflusst. Letztendlich wird der Entzündungsverlauf verstärkt. Die Häufigkeit der Sondierungsblutung korrelierte ebenso signifikant mit der Anzahl der Taschen beziehungsweise mit der Anzahl der Flächen mit größer als fünf Millimeter Taschentiefe. So ist die Sondierungsblutung bei Patienten mit einer Taschentiefe von über fünf Millimetern bezogen auf fünf Flächen geringer als bei Patienten bezogen auf über 36 Flächen. Es konnte kein signifikanter Unterschied der Sondierungsblutungshäufigkeit zwischen Rauchern und Nichtrauchern festgestellt werden. Ergänzend hatte die Anzahl der gerauchten Zigaretten keinen Einfluss. Das Geschlecht wie auch eine mögliche diabetische Grunderkrankung hatten ebenso keinen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit der Sondierungsblutung. Bezüglich der intraoralen Verteilung der Sondierungsblutung konnte festgestellt werden, dass diese im Unterkiefer signifikant häufiger vorkam als im Oberkiefer. Zudem konnte beobachtet werden, dass die Sondierungsblutung an den posterioren Flächen der Zähne häufiger vorkommt als an den anterioren. Approximal verhält sich die Verteilung ähnlich: Dort blutet es deutlich häufiger als an den oralen beziehungsweise bukkalen Flächen. Darüber hinaus konnte man beobachten, dass Taschen über fünf Millimeter Tiefe deutlich häufiger bluten als Taschen mit weniger als vier Millimetern. Die verstärkte Blutungshäufigkeit bei Taschentiefen über fünf Millimeter lässt sich als Konsequenz

einer erhöhten bakteriellen Persistenz und Aktivität erklären. Tiefe Taschen sind mit einer höheren Anzahl an Bakterien vergesellschaftet, die Bakterienanzahl überschreitet jene aus der subgingivalen Plaque.

Letztlich wurden über die Häufigkeit der Sondierungsblutung zwei Subgruppen gebildet. So kann man von einer Patientengruppe mit geringer Sondierungsblutung sprechen (n = 151, 51 Männer und 100 Frauen) und von einer Patientengruppe mit häufiger Sondierungsblutung (n = 153, 51 Männer und 102 Frauen). Diese Patientengruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Geschlecht, Raucherstatus, Anzahl der Zigaretten am Tag, diabetischer Grunderkrankung, Alter und Anzahl der Zähne; auch bei der Anzahl der Flächen mit mehr/gleich fünf Millimetern Taschentiefe wurden keine Unterschiede festgestellt. Festzuhalten war allerdings, dass Patienten mit geringerer Sondierungsblutungshäufigkeit eine höhere Taschenanzahl von weniger/gleich vier Millimetern Tiefe aufwiesen. Abschließend ist auf die Bedeutung der Sondierungsblutung hinsichtlich ihres diagnostischen Potenzials hinzuweisen.

Quelle: Farina R, Scapoli C, Carrieri A, Guarnelli ME, Trombelli L: Prevalence of bleeding on probing: a cohort study in a specialist periodontal clinic. *Quintessence Int* 2011; 42(1): 57-68.

ZA Dr. med. dent. Lukas Treven
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
ABmannshausener Str. 4-6
14197 Berlin
lukas.treven@charite.de

Qualitätssicherung in der Promotion

Forschen für die Tonne

„Die Mühlen der Wissenschaft mahlen langsam“, heißt es. Doch mit der Aufdeckung zahlreicher Plagiatsaffären führender Politiker hat das akademische System in rasant kurzer Zeit einen großen Schaden erfahren. Das Image der Promotionspraxis leidet seitdem. Die Verantwortlichen suchen nach besseren Modellen für die Qualifizierung von Doktoranden – sind sie doch der Garant für die Zukunft des deutschen Wissenschaftssystems.

„Sumimus pecuniam et mittimus asinum in patria.“ Zu Deutsch: „Nehmen wir das Geld und schicken den Esel nach Hause.“ Nicht erst seit dem 16. Februar 2011, dem Beginn der Plagiatsvorwürfe gegen den früheren Verteidigungsminister Karl-Theodor Freiherr zu Guttenberg im Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Fehlverhalten bei der Erstellung seiner Dissertation existiert dieser Vers, der mit der Promotionspraxis frotzelt. Sein Ursprung geht zurück ins Mittelalter. Damals mussten angehende Doctores noch erhebliche Bewirtungsaufwendungen an die Professoren leisten. Mit Beginn des 18. Jahrhunderts wurden die Examensgebühren für eine ordentliche Doktorurkunde eingeführt. Sie stellten einen erheblichen Teil der schmalen Professorengelöhler und der Fakultätseinnahmen dar, weiß Prof. Stefan Hornbostel. Er leitet das Institut für Forschungsinformation und Qualitätssicherung (IFQ) in Berlin und forscht speziell im Bereich Wissenschaftsforschung und Elitensoziologie. Hornbostel zufolge hat die Logik „Geld für Promotionen“ in Deutschland

eine lange Tradition. Begründet sei dieses „Disputationsunwesen“ unter anderem durch die Titelsucht akademisch kaum gebildeter Bürger. Dazu kam ein wachsender Promotionszwang akademischer Professionen – etwa in den medizinischen Fakultäten. Dort sei die Promotion im 18. Jahrhundert bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts in den Approbationsordnungen verankert gewesen.

Summa cum laude in Serie

Momentan sei bundesweit eine inflationäre Entwicklung bei der Vergabe der Bestnote summa cum laude für Promotionen zu beobachten, bei lokal divergierenden Vergabekriterien, so Hornbostel. Er sieht die Ursachen in den Anreizsystemen, die in der letzten Dekade in der Wissenschaft eingeführt wurden. Denn die Anzahl der Promotionen fließt als Verteilungskriterium direkt oder indirekt in die meisten Rankings und in die überwiegende Zahl leistungsorientierter Mittelverteilungssysteme mit ein. Dadurch wird ein Anreiz gesetzt, um Quantität zu lasten von Qualität zu generieren. Nicht nur Hornbostel spricht bissig von „Tonnenideologie“ – je mehr Promotionen desto besser.

Die „Causa Bayreuth“

Auch die Dissertation von Guttenberg wurde mit summa cum laude bewertet, was sich als falsch erwiesen hat. In ihrem Ab-

schlussbericht wehrt sich die Kommission „Selbstkontrolle in der Wissenschaft“ der Universität Bayreuth gegen die Stigmatisierung ihrer wissenschaftlichen Arbeit. Es gebe keine „Causa Bayreuth“. Nicht interne strukturelle Defizite der Universität seien für den Vorfall verantwortlich. Vielmehr sei dort, wo zum Zwecke der Qualifikation geprüft wird, auch mit Täuschungsversuchen zu rechnen. „Kein Dozent ist trotz aller gegebenenfalls auszubauenden Präventionsmaßnahmen prinzipiell davor gefeit, getäuscht zu werden“, heißt es wörtlich in dem Papier. Der schwarze Peter geht also einseitig an die Doktoranden? „Nein“, meint Dr. Boris Pawlowski, Leiter der Stabs-

INFO

Der Wissenschaftsrat

Er berät die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung. ■

www.wissenschaftsrat.de



Alle Fotos: ddpimages

GuttenPlag Wiki identifizierte 1 218 Plagiatsfragmente aus 135 Quellen in 10 421 Zeilen in Guttenbergs Dissertation.

stelle Kommunikation an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Er sieht in der Abhängigkeit im

Betreuungsverhältnis eine mögliche Ursache für ungerechtfertigt vergebene Noten.

Man kenne sich gegenseitig gut.

Und manchmal sei es schwer abzugrenzen, wo die Eigenleistung aufhört und die möglicher Koautoren beginnt, sagte Pawlowski gegenüber den zm.

Die Universität als Bürge

„Die Universität muss für den Titel bürgen.“ Mit dieser These bezieht der Wissenschaftsrat Stellung zu den Qualitätsdebatten um die deutsche Promotion – erstmals in einem Positionspapier. Damit führt das Gremium ein Format ein, das es ihm erlaubt, in einer schnelllebigen Gesellschaft zeitnah und fokussiert auf wissenschaftspolitische Entwicklungen zu reagieren. „Das Promotionswesen in Deutschland ist insgesamt robust, daher besteht kein Anlass für Revolutionen“, konstatierte Wolfgang Marquardt, Professor für Prozesstechnik an der RWTH Aachen und Vorsitzender des Wissenschaftsrats bei der Vorstellung des Positionspapiers Mitte November in Berlin. In dem Dokument werden grundsätzliche Anforderungen an die Qualitätssicherung der Promotion formuliert. Diese Qualitätskontrolle diene einem doppelten Zweck: der Verhinderung von Missbrauch, wie er in Fällen wissenschaftlichen Fehlverhaltens zutage getreten ist, und der Sicherung des wissenschaftlichen Niveaus von Promotionsvorhaben allgemein.

„Das Promotionswesen ist insgesamt robust. Daher besteht kein Anlass für Revolutionen. Wichtig ist es, eine ordentliche wissenschaftliche Kultur zu etablieren.“

Prof. Wolfgang Marquardt,
Vorsitzender des Wissenschaftsrats

Wissen schafft das Land

„Jedes Versagen der internen Qualitätssicherung schadet nicht nur den im Einzelfall betroffenen Gutachtern und der Fakultät, sondern der Wissenschaft insgesamt, da es einen Vertrauensverlust bewirkt, der langfristig die Autonomie der Begutachtungsprozesse bedroht“, schreibt der Rat. Wo es im Einzelfall zu Fehleinschätzungen bei der Bewertung kommt, müssten weiterhin Revisionen von Entscheidungen möglich bleiben, heißt es in dem Papier. Insgesamt seien alle am Promotionsprozess beteiligten Akteure in der Verantwortung, das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit der wissenschaftlichen Qualitätsbewertung zu

INFO

Checks and Balances

Aus der Politischen Theorie stammend bezeichnet „checks and balances“ die gegenseitige Kontrolle von Verfassungsorganen eines Staates, zur Herstellung eines dem Erfolg des Ganzen förderlichen Systems partieller Gleichgewichte. Dieses Prinzip, das in der Aufklärung 1748 („Vom Geist der Gesetze“) von Montesquieu neu aufgegriffen worden ist, wurde 1787 erstmals in der Verfassung der Vereinigten Staaten festgeschrieben. ■

Quelle: Wikipedia

rechtfertigen. Dazu sagte Marquardt: „Wir sind der Meinung, dass das Wissenschaftssystem selbst die Verantwortung für die Qualität der Forschungsarbeit übernehmen sollte.“ Der Rat richtet sich ausdrücklich gegen eine Verrechtlichung. Gewünscht sei vielmehr ein System der „Checks and Balances“ (Kasten oben). Um die Qualitätssicherung zukünftig zu verbessern, schlägt das Gremium folgende Maßnahmen vor (Auszüge):

■ Stärkung der kollegialen Verantwortung

Der Wissenschaftsrat unterstreicht die Bedeutung der kollegialen Begleitung der Doktoranden.

■ Betreuungsvereinbarungen

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, Betreuungsvereinbarungen zwischen Doktorand, Betreuer und dem Promotionskomitee einzuführen. Darin sollen wechselseitige Verbindlichkeiten festgelegt werden.

■ Betreuungsverhältnis

Der Rat empfiehlt den verantwortlichen Institutionen nachdrücklich, den durch die Doktoranden faktisch gegebenen Betreuungsaufwand und die durch Organisationsform und Ausstattung gegebene Betreuungskapazität in eine nach Qualitätsgesichtspunkten stimmige Relation zu bringen.

■ Integration externer Doktoranden

Doktoranden sollen in die Eigenlogik des Wissenschaftssystems lokal eingebunden sein. Wenn die Universität am Ende der Promotion lediglich als Prüfungs- und Zertifizierungsinstanz in Erscheinung tritt, wird sie ihrer Verantwortung als alleinige Inhaberin des Promotionsrechts nicht gerecht.

■ Wissenschaftliches Fehlverhalten

Bei Aufnahme des Promotionsvorhabens muss sichergestellt sein, dass die Doktoranden mit Daten korrekt umgehen und dass sie einen manipulativen und unredlichen Umgang als solchen beschreiben können. Dies kann durch entsprechende Angebote im Pflichtbereich der Curricula von Studiengängen erreicht werden. Doktoranden – gleich welcher Fächer – dürfen jedoch nicht unter Generalverdacht gestellt werden. Als besten Schutz vor wissenschaftlichem Fehlverhalten fordert der Rat eindeutige Bekenntnisse der Hochschullehrer zu den eigenen Standards, deren klare Vermittlung sowie für alle Statusgruppen die konsequente Sanktionierung von Fehlverhalten.

■ Unabhängige Begutachtung

Die übliche Praxis in Deutschland ist, dass der Betreuer das Erstgutachten verfasst und das Zweitgutachten aus der Fakultät kommt. Diese Praxis soll überdacht werden. Insgesamt sieht der Wissenschaftsrat es als notwendig an, die Unabhängigkeit der Gutachten zu erhöhen und die Gutachter so

zu wählen, dass sie bestens mit der Thematik der Dissertation vertraut sind. Dort wo diese Bedingung nicht erfüllt ist, soll auf Gutachter außerhalb der eigenen Universität oder gar aus dem Ausland zurückgegriffen werden.

■ Anpassung der Notenskala

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, die Benotung auf eine auch in europäischen Ländern übliche binäre Skala umzustellen. Das Promotionsverfahren soll entweder mit „Bestanden“ oder mit „Mit besonderem Lob/Ausgezeichnet“ bewertet werden. Für die Auszeichnung sollte zwingend ein drittes, externes Gutachten herangezogen werden.

INFO LOM

In der gegenwärtigen Praxis der leistungsorientierten Mittelvergabe (LOM) werden die Universitäten unter anderem proportional zur Zahl der Promotionen belohnt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt, künftig bei Belohnungsmechanismen vermehrt Qualitätsaspekte zu berücksichtigen (etwa Publikationen, Absolventenerfolg). ■

■ Medizinische Promotionen

Der Wissenschaftsrat hat erneut die Promotionspraxis in der Medizin kritisiert. Das wissenschaftliche Niveau der studienbegleitenden Doktorarbeiten entspreche in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht den Standards der Doktorarbeiten anderer naturwissenschaftlicher Fächer. Daneben entstünden anspruchsvolle forschungsorientierte Dissertationen.

Für ihn kommen die Reformen der Promotionspraxis zu spät.

Ein einheitliches Anforderungsniveau innerhalb des Faches sei nicht gegeben. Der Wissenschaftsrat empfiehlt erneut, den Doktorgrad in der Medizin nur für solche Dissertationen zu verleihen, die einen substanziellen Beitrag zum wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritt leisten und deren Ergebnisse in einer international anerkannten Zeitschrift publiziert werden. Zur Frage eines berufsbefähigenden Titels und zur Qualität medizinischer Promotionen will der Rat zu einem späteren Zeitpunkt Vorschläge unterbreiten.

Medizin schafft Wissen

Der Faktor „Zeit“ nimmt in der wissenschaftlichen Medizinerbildung einen besonderen Stellenwert ein. Alles ist eng getaktet. Als Zeitpunkt für den Start empfahl der Präsident des Medizinischen Fakultäten Tages (MFT), Prof. Dieter Bitter-Suermann, auf der vom MFT organisierten Veranstaltung „Wissenschaftliche Medizinerbildung – 100 Jahre nach Flexner“ in Berlin: „Die Dissertation sollte in der zweiten Hälfte des klinischen Studiums begonnen werden. Wir müssen den wissenschaftlichen Nachwuchs bereits im Studium prägen. Nachher, wenn der Großteil in der Facharztweiterbildung mit den enormen Anforderungen der Klinik steckt, ist es dafür zu spät.“ Kaum jemand werde zwischen Studium und Weiterbildung – oder gar noch später als Facharzt – eine mehrjährige Dissertation erarbeiten können, bezweifelte der MFT-Präsident und rückte damit die spezifischen Besonderheiten des Medizinberufs in den Fokus.

Welche Vor- und Nachteile es für Studenten mit sich bringt, parallel zum Medizinstudium mit der wissenschaftlichen Arbeit zu starten, weiß Prof. Reinhard Putz von der Fakultät für Psychologie und Pädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zu den Vorzügen zähle das „Rückgrat“ der Laborarbeit, die frühzeitige Einführung in „reale“ Wissenschaft und in Karrierewege sowie die Integration in ein Netzwerk. Dagegen würden zeitliche Überforderung, die Ablenkung von den eigentlichen Ausbildungszielen, eine mentale Überforderung, die Heterogenität der Betreuung und das Fehlen jeglicher Absicherung sprechen.

Zeit für Lehren

Welche Lehren aus den aufgedeckten Plagiatfällen zu ziehen sind, beschäftigt auch den Bildungsausschuss im Bundestag. Bei einem Fachgespräch Anfang November mit geladenen Experten herrschte Konsens: Mit Anti-Plagiatsoftware allein sei wissenschaftliches Fehlverhalten nicht zu bekämpfen. Es sei zudem nicht allein an Plagiaten festzumachen. Auch Stefan Hornbostel nahm an dem Gespräch teil. Als besonders problematisch bezeichnete er die unregelmäßige Erfassung der Promovierenden. Dies habe zur Folge, dass es keine belastbaren Aussagen über die Zahl der Promovierenden, über Abbrüche und über die Promotionsdauer gebe. Und es existiere kein „zuverlässiges



Ein Teil des Ganzen: Bayreuther Standards gelten in der ganzen „scientific community“.

siger Überblick über die Intensität wissenschaftlichen Fehlverhaltens“, ergänzte Wolfgang Löwer, Professor für Öffentliches Recht und Wissenschaftsrecht in Bonn und Sprecher der Beratungs- und Vermittlungseinrichtung „Ombudsman für die Wissenschaft“. „Wir brauchen keine weiteren Sanktionen, wir brauchen mehr Prävention“, sagte Annette Schmidtman von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).

Fest steht: Forschungs- und Wissenschaftsfreiheit zählen in Deutschland zu den bürgerlichen Grundrechten. Das Recht auf Freiheit impliziert einen verantwortlichen Umgang mit selbiger. Es bleibt zu hoffen, dass die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Handeln anregen und es zukünftig besser gelingt, auf der Suche nach „echten“ Garanten die Spreu vom Weizen zu trennen. Quantität muss qualitativ überprüfbar sein. Schlußendlich konkurrieren nicht etwa die Universitäten von Bayreuth und Kiel, sondern die Deutsche Wissenschaft mit dem Rest der Welt. sf





Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74	Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 73	Implantologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74
Ästhetik	KZV Baden-Württemberg	S. 74		DGZI	S. 78
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75		DZOI	S. 78
	Freie	S. 78	Kieferorthopädie	ZÄK Hamburg	S. 73
Bildgebende Verfahren	ZÄK Hamburg	S. 73		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 73
	Freie	S. 79		LZK Berlin/Brandenburg	S. 75
Chirurgie	Freie	S. 79	Konservierende ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 73
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74	Nofallmedizin	ZÄK Niedersachsen	S. 73
	APW	S. 78		Freie	S. 78
Funktionslehre	ZÄK Niedersachsen	S. 73	Osteopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75
	KZV Baden-Württemberg	S. 74	Parodontologie	ZÄK Hamburg	S. 73
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75		KZV Baden-Württemberg	S. 74
	ICCMO	S. 78		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74
Ganzheitliche ZHK	DGZH	S. 78		LZK Berlin/Brandenburg	S. 75
Homöopathie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 73	Praxismanagement	KZV Baden-Württemberg	S. 74
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75		Freie	S. 79
			Prothetik	ZÄK Niedersachsen	S. 73
				APW	S. 78
			Psychologie	KZV Baden-Württemberg	S. 74
			ZFA	LZK Rheinland-Pfalz	S. 73
				KZV Baden-Württemberg	S. 74

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 73

Kongresse Seite 76

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 78

Freie Anbieter Seite 78

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Grundlagen der Homöopathie
Referentin: Dr. Elvira Antonini-Rumpf
Termin: 07.12.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118264
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Workshop Arbeitssicherheit für das Team
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 07.12.2011:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 118222
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Prophylaxe-Kompakt-Intensiv-Kurs für Prophylaxe-einsteiger/innen zur Vermittlung der wichtigsten Basiskenntnisse
Referentinnen: PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Dr. Birgül Azrak, Christa Haas, Dr. Anke Steinhoff-Schattenberg, Brigitte Conrad, Petra Schüle, Dr. Judith Jacob
Termin: 12.12. – 17.12.2011 (ganztägig)
Ort: Mainz
Kurs-Nr.: 118218
Kursgebühr: 860 EUR

Anmeldung:
 LZK Rheinland-Pfalz
 Langenbeckstr. 2
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/96136-60
 Fax: 06131/96136-89

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Vollkeramik im Überblick: Inlays, Onlays, Kronen und Brücken
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart
Termin: 04.02.2012:
 09.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: Z 1204
Kursgebühr: 205 EUR

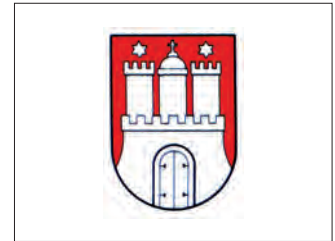
Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Bewährte Möglichkeiten der Diagnostik und initialen Therapie von Funktionsstörungen mit Aufbissbehelfen (Seminar für ZÄ und Zahntechniker)
Referentin: Theresia Asselmeyer
Termin:
 10.02.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,
 11.02.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: Z 1207
Kursgebühr: 299 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Endodontie im Milchgebiss
Referent: Prof. Dr. Christian Hirsch, M.Sc.
Termin: 17.02.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1210
Kursgebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Kinder- und Jugendzahnheilkunde kompakt
Referent: Prof. Dr. Norbert Krämer
Termin: 18.02.2012:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1211
Kursgebühr: 360 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Update zahnärztliche Pharmakotherapie
Referent: Dr. Dr. Frank Halling
Termin: 18.02.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1212
Kursgebühr: 165 EUR

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Update Praktische Parodontologie – Plastische Parodontalchirurgie einschließlich Perimplantäres Management (Seminar mit Hands-on-Übungen und Video-on-demand, Teil 2)
Referent: Dr. Raphael Borchard – Münster
Termin:
 20.01.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 21.01.2012: 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40251 paro
Gebühr: 460 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother – Hamburg
Termin: 25.01.2011:
 14.30 – 19.30 Uhr
Ort: Hotel Panorama Billstedt, Billstedter Hauptstr. 44, 22111 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 70034 rö
Gebühr: 70 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kopf- und Gesichtsschmerz: Die Sicht des Neurologen
Referent: Prof. Dr. Arne May – Hamburg
Termin: 27.01.2011:
 19.30 – 21.00 Uhr
Ort: Hörsaal der Orthopädie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Gebäude 045
Fortbildungspunkte: 2
Kurs-Nr.: 1020 kfo
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Alltägliche Probleme in der zahnärztlichen Prothetik
Referent: OA Dr. Felix Blankenstein
Termin: 29.02.2012:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z 1214
Kursgebühr: 137 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 Termine unter www.zkn.de

Anzeige

Auskunft u. schriftliche Anmeldung:

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

**KZV Baden-
Württemberg****Fortbildungsveranstaltungen
Fortbildungsforum Freiburg**

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Das neue Bestellsystem
Referent: Hans J. Schmid –
Veitshöchheim
Termin: 25.01.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 175 EUR (ZA),
150 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)
Kurs-Nr.: 12/300
Fortbildungspunkte: 5

Fachgebiet: Psychologie
Thema: Shaolin Power –
Bewusstsein für Erfolg
Referent: Gerhard Conzelmann –
Hadamar
Termin: 03./04.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 730 EUR (ZA),
700 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)
Kurs-Nr.: 12/301
Fortbildungspunkte: 18

Fachgebiet: ZFA
Thema: ZMV and more –
Workshop für Zahnmedizinische
Verwaltungsassistentinnen
Referent: Dipl.-Psych. Bernd
Sandock – Berlin
Termin: 03./04.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 295 EUR
Kurs-Nr.: 12/501

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Periimplantitis –
Die große Herausforderung in den
nächsten Jahren
Referent: Prof. Dr. Reiner Mengel –
Marburg
Termin: 04.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 12/100
Fortbildungspunkte: 8

Fachgebiet: ZFA
Thema: Professionelle Umgangs-
formen / Zielgerichtete Gesprächs-
führ. / Umgang mit Beschwerden
Referentin: Gundi Brockmann –
Weiden
Termin: 10.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/400

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Frontzahnästhetik in
Perfektion mit Keramikveneers –
ein praktischer Arbeitskurs
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart
– München
Termin: 10./11..02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 525 EUR
Kurs-Nr.: 12/101
Fortbildungspunkte: 17

Fachgebiet: ZFA
Thema: Von Anfang an ... –
Eine Fortbildung für Auszubil-
dende in der Zahnarztpraxis
Referentin: Gundi Brockmann –
Weiden
Termin: 11.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/401

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Manuelle Funktions-
und Strukturanalyse
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann –
Berlin
Termin: 24.02. – 26.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 1 280 EUR
Kurs-Nr.: 12/102
Fortbildungspunkte: 30

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 Westfalen-Lippe**Zentrale Zahnärztliche Fortbildung**

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Spezielle Fachkunde im
Strahlenschutz für die digitale
dentale Volumentomografie (DVT)
Referenten: Dr. Irmela Reuter,
Prof. Dr. Dr. Ulrich Mayer
Termin: 07.01.2012:
09.00 – 17.00 Uhr +
14.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: 12 740 051
Gebühr: ZA 990 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantation und Aug-
mentation an Humanpräparaten
Referent: Prof. Dr. Fouad Khoury
Termin:
13.01.2012: 15.00 – 19.00 Uhr,
14.01.2012: 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 12 740 015
Gebühr: ZA 990 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Fallplanungen in der
Parodontologie
Referent: Prof. Dr. Benjamin Ehmke
Termin: 14.01.2012:
09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 12 740 041
Gebühr: ZA 339 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Arbeitskreis
Kieferorthopädie
Referenten: Dr. Werner Noeke,
Dr. Holger Winnenburg
Termin: 18.01.2012:
15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12 710 715
Gebühr: ZA 99 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Vollständige Dokumenta-
tion für vollständige Honorare –
Wer schreibt, der bleibt!?
Referentin: ZMV Christine
Baumeister
Termin: 25.01.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 12 740 050
Gebühr: ZA 249 EUR,
ZFA 125 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Weichgewebemanagement
an Zahn und Implantat – Unter-
schiede und Gemeinsamkeiten
Referentin: Dr. Margret
Bäumer (M.S.D.)
Termin:
27.01.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,
28.01.2012: 08.00 – 16.00 Uhr
Ort: Münster,
Akademie für Fortbildung,
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 12 740 043
Gebühr: ZA 459 EUR,
ZFA 229 EUR

Auskunft: ZÄKW
Dirk Bertram
Tel.: 0251/507-600
Fax: 0251/507-619
dirk.bertram@zahnaerzte-wl.de

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

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Curriculum Endodontie
Moderator: Prof. Dr. Michael
Hülsmann (Göttingen)
Erster Termin:
13.01.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
14.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
(insgesamt 13 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 105 + 15
Kurs-Nr.: 4036.3
Kursgebühr: 3 485 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 16.12.2011)

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Curriculum Parodontologie
Moderator: Prof. Dr. Dr. Sören Jepsen (Bonn)
Erster Termin:
 20.01.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 21.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (insgesamt 12 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 94 + 15
Kurs-Nr.: 0419.2
Kursgebühr: 3 680 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 23.12.2011)

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin
Moderator: Dr. Horst Freigang (Berlin)
Erster Termin:
 10.02.2012: 14.00 – 20.00 Uhr,
 11.02.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
 (insgesamt 12 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 102 + 15
Kurs-Nr.: 6030.4
Kursgebühr: 2 880 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 6.1.2012)

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis
Referent: Dr. Uwe Harth (Bad Salzflufen)
Erster Termin:
 09.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 10.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
 (insgesamt 6 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 45
Kurs-Nr.: 1001.8
Kursgebühr: 1 550 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 3.2.2012)

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Curriculum Kinder- und JugendzahnMedizin
Moderator: Prof. Dr. Christian H. Splieth (Greifswald)
Erster Termin:
 09.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 10.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (insgesamt 10 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 77 + 15
Kurs-Nr.: 4020.6
Kursgebühr: 2 775 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 3.2.2012)

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Homöopathie für Zahnärzte
Moderator: Prof. Dr. Heinz-Werner Feldhaus (Hörstel)
Erster Termin:
 23.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 24.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (insgesamt 8 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 60 + 15
Kurs-Nr.: 6055.1
Kursgebühr: 1 750 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 17.2.2012)

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Curriculum Ästhetische Zahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Roland Frankenberger (Marburg)
Erster Termin:
 11.05.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 12.05.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (insgesamt 12 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 95 + 15
Kurs-Nr.: 4044.2
Kursgebühr: 3 750 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 6.4.2012)

Fachgebiet: Osteopathie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Manuelle und osteopathische Medizin in der Zahnheilkunde
Moderator: Dr. Dirk Polonius (Prien/Kiemgau)
Erster Termin:
 21.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 22.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
 (insgesamt 11 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 89 + 15
Kurs-Nr.: 1020.3
Kursgebühr: 2 660 Euro
 (Frühbucherrabatt bis 17.8.2012)

Auskunft: Philipp-Pfaff-Institut
 Fortbildungseinrichtung der ZÄK Berlin und der LZÄK Brandenburg
 Ansprechpartnerin: Nadine Krause
 Alßmannshäuser Straße 4-6
 14197 Berlin
 Tel.: 030/414725-40
 Fax: 030/4148967
 E-Mail: info@pfaff-berlin.de
 www.pfaff-berlin.de

Kongresse

■ Dezember

16. Berliner Prophylaxetag Fachkongress mit Dentalausstellung

Veranstalter:
LZK Berlin/Brandenburg
Termin:
Workshops: 02.12.2011,
Vortragsblock: 03.12.2011
Referenten: Prof. Dr. Joachim Stefan
Hermann – Zürich-Nänikon,
Dr. Steffen Rieger – Stuttgart,
Prof. Dr. Joachim Klimek,
Joachim Brandes – München
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: 119 EUR
Auskunft:
info@pfaff-berlin.de

44. Jahrestagung der DGFD

Thema: CMD – interdisziplinäre
Diagnostik und Therapie
Veranstalter: Deutsche Gesell-
schaft für Funktionsdiagnostik
und -therapie in der DGZMK
Hauptreferenten: Prof. Dr. Olaf
Bernhardt – Greifswald,
Prof. Dr. Antoon de Laat – Leuven,
Prof. Dr. von Piekartz – Osnabrück
Termin: 02./03.12.2011
Ort: Bad Homburg,
Maritim Kurhaushotel
Kongressorganisation:
MCI Berlin
Landy Siemssen / Alexandra Glasow
Tel.: 030/20459-0
dgfdt@mci-group.com
www.dgfdt.de

7th International Vienna Orthodontic Symposium (IVOS)

Thema: Face/Phase Driven
Decision Making. How does age
influence orthodontic treatment?
Termin: 09./10.12.2011
Ort: Wien, Österreichische
Akademie der Wissenschaften
Tagungspräsident:
Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Bantleon,
Abteilung für Kieferorthopädie,
Bernhard-Gottlieb-Universitäts-
zahnklinik, Wien
Anmeldung:
Austropa Interconvention
Alfred Kerschenbauer
Tel.: +43/1/58800-514
Fax: +43/1/58800-520
ivos@interconvention.at
www.austropa-intervonvention.at/
congress/ivos

■ Januar

59. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen

Termin: 25.01. – 28.01.2012
Thema: Kontroversen in der
Zahnmedizin – Was Sie als
Zahnarzt schon immer wissen
wollten
Ort: Maritim Berghotel
Braunlage (Am Pfaffenstieg 1,
38700 Braunlage)
Anmeldung:
Zahnärztekammer Niedersachsen
Ansgar Zboron
Zeißstr. 11a
0519 Hannover
Tel.: 0511/83391-303
azboron@zkn.de

6. Hamburger Zahnärztetag

Thema: Kariesmanagement –
Sind Sie noch up to date?
Termin:
27.01.2012: 14.00 – 18.30 Uhr,
28.01.2012: 09.30 – 16.15 Uhr
(Vorträge für Mitarbeiterinnen:
27.01.2012: 14.00 – 18.00 Uhr)
Ort: Hotel Empire Riverside
am Hamburger Hafen
Anmeldung:
ZÄK Hamburg – Fortbildung
Postfach 740925
22099 Hamburg
Frau Westphal:
Tel.: 040/733405-38
pia.westphal@zaek-hh.de
Frau Knüppel:
Tel.: 040/733405-37
miriam.knueppel@zaek-hh.de
Fax: 040/733405-76
www.zahnaerzte-hh.de

20. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt

Thema: Ist die Krone noch
zeitgemäß?
Veranstalter: ZÄK Sachsen-Anhalt
Termin: 29.01.2012: 09.30 Uhr
Ort: Magdeburg,
Parkhotel Herrenkrug
Referenten: Prof. Dr. Peter
Pospiech – Krems (Österreich),
Prof. Dr. Elmar Hellwig –
Freiburg/Brsg.
Gastvortrag: Mit Biss zum Erfolg:
die Peperoni-Strategie. Setzen Sie
sich durch, um Gutes zu tun!
(Prof. Dr. Jens Weidner – Hamburg)
Fortbildungspunkte: 4
Anmeldung:
ZÄK Sachsen-Anhalt
Postfach 3951
39014 Magdeburg
Frau Einecke: 0391/73939-14
einecke@zahnaerztekammer-
sah.de

Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Termin: 31.01. – 03.02.2012
Ort: Neues Kongresshaus,
Bad Hofgastein, Salzburg
Tagungspräsident:
Prim. Univ.-Prof. DDr. Gert Santler
Information:
Ärztzentrale Med.Info
Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: +43/1/53116-48, Fax: -61
azmedinfo@media.co.at
www.mkg-kongress.at

■ Februar

24. Jahrestagung AKPP

Veranstalter: Arbeitskreis
Psychologie und Psychosomatik
in der DGZMK
Thema: Psychosomatik im Wandel
der Demografie
Termin: 03./04.02.2012
Ort: Gästehäuser der Berliner
Stadtmission, Lehrter Str. 68,
10557 Berlin
Anmeldung: PD Dr. Anne Wolowski
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Albert-Schweitzer-Campus 1, W 30
48149 Münster
Tel.: 0251/8347-079, Fax: -083
wolowsk@uni-muenster.de

DGP-Frühjahrstagung

Thema: Evidenzbasierte Para-
dontologie – ein synoptisches
Behandlungskonzept für die Praxis
Termin: 10./11.02.2012
Ort: München, Ehrensaal des
Deutschen Museums
Referenten: Dr. Rino Burkhardt,
Prof. Dr. Niklaus P. Lang,
Prof. Dr. Bjarni Pjetursson
Anmeldung: Deutsche Gesellschaft
für Parodontologie
www.dgparo.de ->Fortbildung

Februartagung der West- fälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Hauptthema: Mundschleimhaut-
erkrankungen
Termin: 11.02.2012
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums
für Zahn-, Mund- und Kieferheil-
kunde, Ebene 05 / Raum 300
Auskunft: Westf. Gesellschaft für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Univ.-Prof. Dr. L. Figgner
Poliklinik für Zahnärztl. Prothetik
Albert-Schweitzer-Campus 1, W 30
48149 Münster
Tel.: 0251/8347-084, Fax: -182
weersi@uni-muenster.de

26. Berliner Zahnärztetag 41. Deutscher Fortbildungskongress für die ZFA

22. Berliner Zahntechnikertag
Thema: Die ganze Chirurgie des
Zahnarztes: Orale Chirurgie,
Parodontalchirurgie, Implantat-
chirurgie
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Andrea Maria Schmidt-
Westhausen, Berlin
Veranstalter: Quintessenz Verlag
Termin: 17./18.02.2012
Ort: Estrel Hotel, Berlin
Fortbildungspunkte: 13
Gebühr: ZA 260 EUR, Assistent
140 EUR, Student 65 EUR; ZFA
140 EUR; Zahntechniker 170 EUR
Auskunft: Quintessenz Verlag
Julia Olichwer
Komturstr. 18, 12099 Berlin
Tel.: 030/76180-626, Fax: -693
kongress@quintessenz.de
www.quintessenz.de/berliner
kongresse

■ März

41. Internationale Kieferortho- pädische Fortbildungstagung

Veranstalter: Österreichische
Gesellschaft für Kieferorthopädie
Themen: Zahntransplantation –
Orthognathe Chirurgie –
Linguale Technik
Termin: 03.03. – 09.03.2012
Ort: Kitzbühel, K3 Kitzkongress
Wissenschaftliche Leitung:
Univ.-Prof. Dr. Adriano Crismani –
Innsbruck, Univ.-Prof. Dr. Brigitte
Wendl – Graz, Univ.-Prof. Dr. H.-P.
Bantleon – Wien
Information: Ärztzentrale Med.Info
Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: +43/1/53116-38, Fax: -61
azmedinfo@media.co.at
www.oegkfo.at

16. Jahrestagung des LV Berlin- Brandenburg in der DGI e.V.

Thema: Implantate – die Stützen
der Prothetik
Termin: 03.03.2012:
09.00 – 17.00 Uhr
(Vorträge für ZFA/ZMF/ZMP/ZMV
am 03.03. ab 9 Uhr,
Workshops am 02.03. ab 14 Uhr)
Ort: Kongresshotel Potsdam
am Templiner See
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Volker Strunz
Information: MCI Deutschland
GmbH, Alexandra Glasow
Markgrafenstr. 56, 10117 Berlin
Tel.: 030/204590
bbi@mci-group.com
www.bbi2012.mci-berlin.de

Kongress „Zahnheilkunde 2012“**Veranstalter:** LZK Rheinland-Pfalz**Termin:** 09./10.03.2012**Ort:** Mainz**Auskunft:** LZK Rheinland-Pfalz

Frau Wepprich-Lohse

Langenbeckstr. 2

55131 Mainz

Tel.: 06131/96136-62

Fax: 06131/96136-89

wepprich-lohse@lzk.de

www.lzk.de

58. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe**Thema:** Patientengerechte Planung

– Der lange und schwierige Weg

zum individuellen Zahnersatz

Termin: 14.03. – 17.03.2012**Ort:** Gütersloh**Tagungspräsident:**

Prof. Dr. Karl-Heinz Utz – Bonn

Auskunft: ZÄK Westfalen-Lippe

Akademie für Fortbildung

Auf der Horst 31

48147 Münster

Tel.: 0251/507627

Fax: 0251/50765627

annika.bruegger@zahnarzte-wl.de

3. Deutscher Halitosisstag**Veranstalter:** Quintessenz Verlag**Termin:** 16./17.03.2012**Ort:** Hotel Scandic, Berlin**Fortbildungspunkte:** 8**Gebühr:** ZA 190 EUR, Assistent

160 EUR, ZFA/Student 95 EUR

(Vorkurs am 16.03. 60 EUR)

Auskunft: Quintessenz Verlag

Saskia Lehmkuhler

Konturstr. 18

12099 Berlin

Tel.: 030/76180-624

Fax: 030/76180-693

kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de

19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag**Termin:** 24.03.2012:

08.30 – 17.00 Uhr

Ort: Neumünster,

Hostenhallen 1, 3-5, Foyer

Auskunft:

KZV Schleswig-Holstein

Frau Ludwig

Tel.: 0431/3897-128

■ April**37. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte****Thema:** Schöne Zähne erhalten – schöne Zähne gestalten**Termin:** 20./21.04.2012**Ort:** Titisee**Organisation:** Prof. Dr. Elmar

Hellwig, Gudrun Kozal

Tel.: 0761/4506-311

Fax: 0761/4506-450

gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

23. Fortbildungsveranstaltung der Bezirkszahnärztekammer Freiburg für ZFA**Thema:** Schöne Zähne erhalten – schöne Zähne gestalten**Termin:** 20.04.2012**Ort:** Schluchsee**Organisation:** Dr. Peter Riedel,

Sabine Häringer

Tel.: 0761/4506-352

Fax: 0761/4506-450

sabine.haeringer@bzk-freiburg.de

Internationales Frühjahrs-Seminar Meran**Motto:** Faszination „Seitenzahnbereich“**Termin:** 27.04. – 29.04.2012**Ort:** Kurhaus Meran

Freiheitsstr. 31, 39012 Meran

Tagungsleitung:

DDr. Wolfgang Leja – Innsbruck,

Dr. Anton Mayr – Imst, Univ.-Doz.

DDr. Ivano Moschèn – Bozen

Anmeldung:

Verein Tiroler Zahnärzte

Sekretariat: Christine Kapplmüller

Anichstr. 35

6020 Innsbruck

Tel.: +43/(0)69915047190

office.vtz@uki.at

www.vtz.at

Information: Ärztezentrale Med.Info

Helferstorferstr. 4

A-1014 Wien

Tel.: +43/1/53116-38

Fax: +43/1/53116-61

azmedinfo@media.co.at

■ Mai

12. Kärntner Seensymposium

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten, gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband (ZIV)

Termin: 03.05. – 06.05.2012

Ort: Casino Velden, Wörthersee

Themen: Erfolgreich durch sinnvolle Fortbildung: Implantatfixierung abnehmbaren Zahnersatzes, gaumenfreier OK-Prothesen, Zirkonoxidprothesen; Die Sinusbodenelevation – Eine Methode für Ihre Praxis?; Lösungen nach Zahnextraktionen; ...

Kongresspräsidenten:

DDr. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten), DDr. Franz Tuppy (ZIV)

Information:

Zahnärztekammer Kärnten
Karin Brenner

Tel.: ++43(0)505119020

brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZH

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V.

Regionalstelle Stuttgart

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Der individuelle Patient
Referent: Henning Alberts
Termin:

20.01.2012: 14.00 – 20.00 Uhr,

21.01.2012: 09.00 – 18.00 Uhr

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

Fortbildungspunkte: 16

Kurs-Nr.: STRNLP511

Kursgebühr: 490 EUR (460 EUR für DGZH-Mitglieder)

Anmeldung: ZÄK Baden-Württemberg

Auskunft: Marion Jacob
Esslinger Str. 40

70182 Stuttgart

Tel.: 0711/2363761

Fax: 0711/244032

e-mail: mail@dgzh-stuttgart.de

www.dgzh-stuttgart.de

APW

**Akademie
Praxis und Wissenschaft**

Fortbildungskurse

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Vollkeramische Adhäsivbrücken – Eine bewährte Alternative zu Einzelimplantaten

Referent: Prof. Dr. Matthias Kern

Termin: 10./11.02.2012

Ort: Kiel

Fortbildungspunkte: 14

Kurs-Nr.: CW 00

Kursgebühr: 495 EUR, 465 EUR DGZMK-Mitglieder, 445 EUR APW-Mitglieder

Anmeldung: APW

Julia Schröder

Tel.: 0211/669673-40

E-Mail: apw.schroeder@dgzmk.de

Fachgebiet: Endodontologie

Thema: Notfallmanagement nach Frontzahntrauma und Behandlung von Spätkomplikationen nach Zahntrauma

Referent: Dr. Johannes Mente und Team

Termin: 11.02.2012

Ort: Heidelberg

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: CE 01

Kursgebühr: 410 EUR, 380 EUR DGZMK-Mitglieder, 360 EUR APW-Mitglieder

Anmeldung: APW

Anna Lo Bianco

Tel.: 0211/669673-41

E-Mail: apw.lobianco@dgzmk.de

DGZI

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Curriculum Implantologie: Alterszahnheilkunde, Altersimplantologie und Gerontoprothetik

Referenten: Prof. Dr. Helmut Stark, Prof. Dr. Werner Götz, Dr. Peter Minderjahr

Termin: 03./04.02.2012

Ort: Bonn

Fortbildungspunkte: 20

Kurs-Nr.: Wahlmodul 8

Kursgebühr: 750 EUR

Anmeldung:

DGZI-Geschäftsstelle:
sekretariat@dgzi-info.de

DZOI

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.

Fortbildungskurse

Thema: Zweigleisiges System der CAD/CAM-Technologie (1-Tagesworkshop)

Leitung: ZTM Lothar und Bastian Glass, DZOI-Ausschussvorsitzende CAD/CAM, in Kooperation mit Referenten der Firma Sirona und weiteren Anwendungstechnikern

Termin: 08.02.2012:

14.00 – 18.30 Uhr

Ort: Firma NWD, Motorstr. 45,

70499 Stuttgart

Thema: Zweigleisiges System der CAD/CAM-Technologie (1-Tagesworkshop)

Leitung: ZTM Lothar und Bastian Glass, DZOI-Ausschussvorsitzende CAD/CAM, in Kooperation mit Referenten der Firma Sirona und weiteren Anwendungstechnikern

Termin: 15.02.2012:

14.00 – 18.30 Uhr

Ort: Firma NWD, Motorstr. 45,

70499 Stuttgart

Auskunft: DZOI Geschäftsstelle
Rebhuhnweg 2

84036 Landshut

Tel.: 0871/6600934

Fax: 0871/9664478

office@dzoi.de

www.dzoi.de

ICCMO

**International College of Cranio-Mandibular Orthopedics
Sektion Deutschland e.V.**

Fortbildungsveranstaltung

Fachgebiet: Funktionslehre/ Ernährung/Ästhetik

Thema: Ergonomisches Arbeiten / Guter Biss – guter Schlaf / Ästhetik und Funktion / Ernährung

Referenten:

Manfred Just, Dr. B. Dudek, Dr. B. Losert-Brugger, Udo Plaster, Prof. Wendt

Termin: 10./11.02.2012:

ganztägig

Ort: Nürnberg, Hotel Holiday Inn

Fortbildungspunkte: 14

Kursgebühr: 360 EUR

Auskunft: ICCMO e. V.

Schuhstr. 35

91052 Erlangen

Tel.: 09131/9790992

sekretariat@iccmo.de

www.iccmo.de

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt. 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: Ästhetik/
Restaurative ZHK

Thema: Compooner – Das neue direkte Composite Veneering System

Veranstalter: Coltène/Whaledent

Referent: Dr. Elmar A. Rott

Termin: 07.12.2011

Ort: Augsburg

Fortbildungspunkte: 5

Kursgebühr: 165 EUR zzgl. MwSt.

Anmeldung: Kerstin Kefer

Henry Schein Dental Depot GmbH

Untere Jakobermayer 11

86152 Augsburg

Tel.: 0821/34494-17

Fax: 0821/34494-25

Fachgebiet: Notfallmedizin

Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen und praktische Reanimationsübungen am Phantom

Veranstalter: Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für MKG-Chirurgie

Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent.

Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt,

Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo

Fritzemeier

Referenten: Dr. Dr. Ulrich Stroink /

Dr. Dr. Thomas Clasen

Termin: 18.01.2012:
15.00 – 18.30 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 125 EUR zzgl. MwSt.,
aus Überweiserpraxen 115 EUR,
mit einer Helferin + 40 EUR,
mit zwei Helferinnen + 70 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für MKG-Chirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fach-
kunde im Strahlenschutz für die
digitale Volumetomografie
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dr. med. dent. Andreas
Fuhrmann
Termin: 21.01.2012:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-
Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_5_AKT.01
Kursgebühr: 350 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Fax: 040/81951237
www.edulogicum.de

Thema: CMD-Curriculum
Veranstalter: Netz-Werk-Medizin
Gesellschaft mbH
Referenten: Dr. Erich Wühr,
Dipl.-Psych. Martin Simmel,
Dr. med. Gregor Pfaff,
Dr. med. Ulrich Randoll
Termin: 21./22.01.2012
Ort: Nürnberg
Anmeldung: Netz-Werk-Medizin
Gesellschaft mbH
Schulstr. 26
44623 Herne
Tel.: 02323/147531-616
Fax: 02323/147531-633
www.netz-werk-medizin.de

Fachgebiet: Chirurgie/
Interdisziplinäre ZHK
Thema: MKG Update 2012 –
3. MKG-Update-Seminar
Veranstalter: med update GmbH
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Knut Grötz, Prof. Dr.
Andrea M. Schmidt-Westhausen,
Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner
Termin: 27./28.01.2012
Ort: Wiesbaden,
Kurhaus Kolonnaden, Kurhaus-
platz 1, 65189 Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 16
Kursgebühr: 350 EUR bei

Anmeldung bis zum 20.1.2012,
dann 400 EUR
Anmeldung:
www.mkg-update.com
oder über: wikonect GmbH
Martina Kauth
Hagenauerstr. 53
65203 Wiesbaden
Tel.: 0611/204809-19
Fax: 0611/204809-10

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Zertifizierte Fortbildung
zur Erlangung der Sachkunde
in der 3-D-Röntgendiagnostik
(„DVT-Fachkunde“)
Veranstalter: Dentinic Privatklinik
für Zahnmedizin & Ästhetik
Dentinic Institut für Fortbildung
und Patienteninformation
Referenten: Dr. med. Dr. med.
dent. H. Martens (FA für MKG-
Chirurgie), PD Dr. med. Dr. med.
habil. L. Jäger (FA für Radiologie)
Termin:
28.01.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
28.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: 82467 Garmisch-Parten-
kirchen, Klammstr. 7
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 990 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Dr. Dr. H. Martens / Fr. Evillard
Klammstr. 7
82467 Garmisch-Partenkirchen
Tel.: 08821/9360-0
Fax: 08821/9360-36
info@dentinic.de
www.dentinic.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Tue Gutes
und rede darüber
Veranstalter: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für MKG-Chirurgie
Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich
Stroink, Dr. med. Dr. med. dent.
Bernd Biermann, Dr. med. Dr.
med. dent. Wolfgang Schmitt,
Dr. med. Dr. med. dent. Thomas
Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo
Fritzemeier
Referentin: Michaela Lückenotto
Termin: 01.02.2012:
14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 120 EUR zzgl. MwSt.,
aus Überweiserpraxen 100 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für MKG-Chirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fach-
kunde im Strahlenschutz (ZÄ)
Veranstalter: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für MKG-Chirurgie
Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich
Stroink, Dr. med. Dr. med. dent.
Bernd Biermann, Dr. med. Dr.
med. dent. Wolfgang Schmitt,
Dr. med. Dr. med. dent. Thomas
Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo
Fritzemeier
Referent: Dr. Dennis Rottke
Termin: 03.02.2012:
13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 150 EUR zzgl. MwSt.,
aus Überweiserpraxen 130 EUR
Anmeldung: Kieferchirurgische
Gemeinschaftspraxis
Fachärzte für MKG-Chirurgie
Stresemannstr. 7-9
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/875508-0
Fax: 0211/875508-99
www.kieferchirurgie.org

Thema: IPA-Kongress
Veranstalter: Netz-Werk-Medizin
Gesellschaft mbH
Referenten: Univ.-Prof. (em.) Dr.
med. dent. Wolfgang Krüger,
Betriebswirtin Barbara Zimmer-
Krüger, Prof. Dr. Dr. Thomas
Beikler, DDr. Christa Eder u.a.
Termin: 04.02.2012
Ort: Würzburg
Anmeldung: Netz-Werk-Medizin
Gesellschaft mbH
Schulstr. 26
44623 Herne
Tel.: 02323/147531-616
Fax: 02323/147531-633
www.netz-werk-medizin.de

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden- Württemberg

Dr. Marianne Vogel
Ulmer-Tor-Str. 2
88400 Biberach
geb. am: 24.5.1948

Dr. med. Dr. med. dent.
Sammelweis Univ. Thomas Krämer
Rückertstr. 5
72764 Reutlingen
geb. am: 24.12.1964

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

Dr. med. dent. Stephanie Winterer
Wolfstr. 9
73033 Göppingen
geb. am: 2.8.1976
Ausweis gültig seit: 9.5.2006

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

Dr. / Univ. Budapest Andrea Kiss
Jakobschanze 6
79206 Breisach
geb. am: 23.3.1950

Dr. med. dent. Hans-Jürgen Kühn
An der Sonnhalde 27
79336 Herbolzheim
geb. am: 14.12.1945
Ausweis gültig seit: 6.2.2009

Kontakt:
BZK Freiburg
Merzhauser Str. 114-116
70100 Freiburg
Tel.: 0761/4506-0
Fax: 0761/4506-450

Dr. Dr. Holger Bettinger
Adolf-Sautter-Str. 11
75181 Pforzheim
geb. am: 30.9.1962

Dr. med. dent. Reinhard Kutschera
Maximilianstr. 108
76534 Baden-Baden
geb. am: 15.8.1949

Dipl.-Med. Ulrich Thomas
Gerwigstr. 10
76131 Karlsruhe
geb. am: 19.11.1949
Ausweis gültig seit: 6.2.1985

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

Die Kosten der Eurokrise

Wer am Ende zahlt

Die Rettung des Euro entwickelt sich zu einer Sisyphus-Aufgabe. Seit Monaten kämpfen die Regierungen der Euroländer um ihre schwachen Mitglieder. Doch die Ereignisse überschlagen sich, die Schulden wachsen immer schneller und die internationalen Gläubiger halten sich mit Stützungsmaßnahmen zurück. Wohin das führen wird, weiß noch niemand. Doch am Ende muss irgendwer die Schuldenberge abtragen.

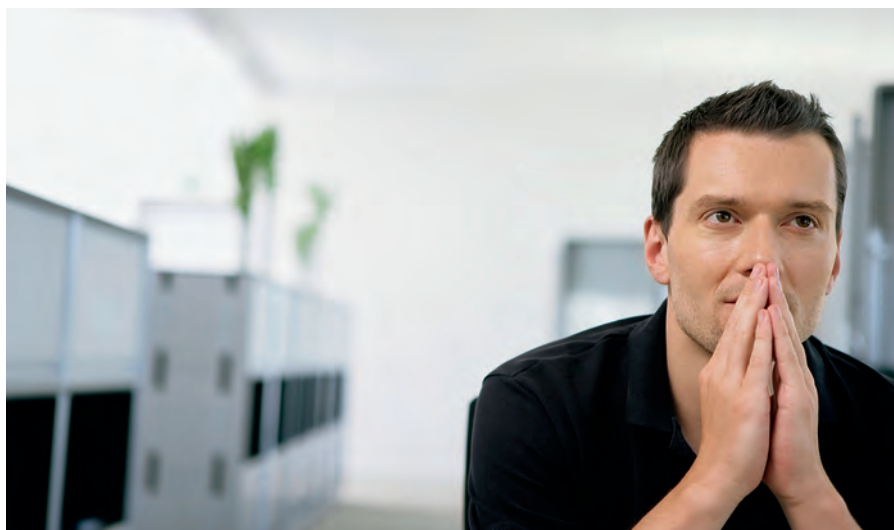


Foto: MEV

Finanzkrise, Eurokrise, Staatskrise: Viele fragen sich, wie es weitergeht und ob die verantwortlichen Politiker immer so genau wissen, was sie tun.

Seit Mitte November gibt es in Griechenland eine neue Regierung unter dem ehemaligen EZB-Vizepräsidenten Lucas Papademos. Ihm traut man die Durchsetzung des Reformkurses zu. In Italien hat Silvio Berlusconi nach 17 Jahren Misswirtschaft endlich aufgegeben und der ehemalige EU-Kommissar Mario Monti soll die Geschäfte mit Sachverstand regeln. Doch die Zeit wird knapp. Die Renditen für zehnjährige italienische Anleihen waren inzwischen auf 7,5 Prozent gestiegen. Bei dieser Marke schlüpfen Griechenland, Portugal und Irland unter den Rettungsschirm.

Gefahren lauern auch noch woanders. EU-Finanzkommissar Olli Rehn drohte Belgien, Malta, Polen, Ungarn und Zypern mit Sanktionsverfahren, weil sie ihre hohe Staatsverschuldung nicht zügig genug abbauen. Die Wirtschaftsaussichten für die Euro-Länder trüben sich ein. Und zu allem Überfluss schickt die Ratingagentur Standard & Poor's

„aus Versehen“ eine Mail an ihre Abonnenten, dass sich Frankreichs Topnote AAA um ein A verschlechtert habe. Nach zwei Stunden war die Meldung gelöscht, der Zweifel aber blieb.

Im Zuge der Krise Italiens wackelt vielleicht auch die Topnote Österreichs. Dabei war die höchste Bonität dieser Länder Voraussetzung für den letzten Rettungsplan, der Ende Oktober beschlossen wurde. Alles schien in Butter. Die Ergebnisse konnten auch die sogenannten Märkte überzeugen. Der Dax stieg und die Zinsen für die Anleihen der Schuldnerländer gaben nach. Und das war der Plan: Schuldenschnitt für Griechenland. Die privaten Gläubiger verzichten in Form einer Umschuldung freiwillig auf 50 Prozent ihrer Forderungen. Dazu tauschen sie im Januar alte gegen neue Anleihen und erlassen den Griechen insgesamt 100 Milliarden Euro. Die Staaten der Eurozone sichern den Tausch mit 30

Milliarden ab. Einen Teil dieser Summe sollen die Griechen aus Privatisierungen beisteuern. Wie viel, ist bislang unklar. Wie viel die Geberländer zahlen müssen, bleibt ebenfalls vorerst im Dunklen. Bisher handelt es sich nur um Garantien.

Die vorhandenen Mittel des Rettungsschirms in Höhe von 440 Milliarden Euro, für die die 17 Euro-Staaten mit Garantien bürgen, sollen nicht erhöht werden. Von dieser Summe sind bislang für Portugal 26 Milliarden und 22,5 Milliarden Euro für Irland reserviert. Zusätzlich wird Geld für das zweite Rettungspaket für Griechenland benötigt. 250 bis 275 Milliarden bleiben übrig. Mithilfe eines Hebels sollen eine Billion Euro daraus gezaubert werden. Dabei übernimmt der Rettungsschirm eine Art Versicherungsfunktion. Sie tritt dann in Kraft, wenn ein Gläubiger wie zum Beispiel China Euro-Staatsanleihen kauft. Kann das emittierende Land am Ende der Laufzeit seine Schulden nicht zurückzahlen, springt der EFSF ein und zahlt einen Teil der Summe – etwa 25 bis 30 Prozent – zurück.

Finanzminister unter Druck

Für Finanzminister Schäuble geht diese Rechnung wunderbar auf. Für ihn bleibt es dabei: Deutschland steht weiterhin „nur“ für 211 Milliarden Euro gerade. Allerdings vergisst er den Hinweis, dass – sollte der Plan nicht funktionieren – viel mehr Geld fließt und die Wahrscheinlichkeit, dass Deutschland und die übrigen Länder ihre Garantien einlösen müssen, steigt. 2013 wird der Rettungsschirm EFSF vom dauerhaft geltenden Krisenmechanismus ESM abgelöst. In ihn zahlen die Staaten Bargeld ein. Deutschland überweist 22 Milliarden Euro in fünf Jahresraten à 4,3 Milliarden Euro. Dieses Geld wird von Bundeshaushalt abgezweigt.

Auch die Banken sind gefordert. Sie sollen bis zum 30. Juni 2012 ihr Kernkapital auf neun Prozent der Bilanzsumme aufstocken. Derzeit liegt die Grenze bei vier Prozent. Betroffen sind die sogenannten systemrelevanten Banken. Das sind in Deutschland die Deutsche Bank und die Commerzbank, die gerade einen Verlust bei griechischen Anleihen in Höhe von 687 Millionen Euro

abschreiben musste. Europaweit sind 91 Institute betroffen. Zusammen haben sie einen zusätzlichen Kapitalbedarf von 106 Milliarden Euro. Schaffen sie es nicht, sich das Geld selbst zu besorgen, sollen die jeweiligen Regierungen einspringen. In Deutschland träte der Rettungsschirm für Banken, Soffin, wieder in Aktion.

Ob diese Beschlüsse das Papier wert sind, auf dem sie geschrieben sind, darf bezweifelt werden. Die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit verschärfen die Unruhe. Denn die Unsicherheiten sorgen dafür, dass sich die für den Hebel dringend gesuchten Investoren zurückhalten. China, Russland und Brasilien verlangen mehr Sicherheiten. So soll der IWF Garantien geben. Doch Direktorin Christine Lagarde weigert sich bislang. Die Folge: Dem mit AAA bewerteten ESFS droht der Verlust der Höchstnote.

In Brüssel schießt man deshalb nach den Schatzkammern der Euroländer. Gemeint sind vor allem die Sonderziehungsrechte (SZR). Dabei handelt es sich um eine Kunstwährung des Internationalen Währungsfonds. Sie repräsentieren die Ansprüche der Mitgliedstaaten an den Fonds und sind bares Geld wert. Deutschland hält insgesamt 181,4 Milliarden an Währungsreserven, davon knapp 132 Milliarden Euro in Gold. In den meisten Fällen liegen die SZR bei den Staaten selbst, in Deutschland bei der Bundesbank.

Die EZB würde die SZR gern übernehmen und damit auch die Stimme des jeweiligen

Landes beim IWF. In Euro gerechnet sollen so 50 bis 60 Milliarden zusammenkommen, davon etwa 15 Milliarden aus Deutschland. Dieses Geld soll in eine Zweckgesellschaft des ESFS eingebracht werden und als Pfand dienen, damit der Fonds zusätzliche Kredite vergeben kann. Bislang lehnt die Bundesregierung diese Forderungen ab. Auch die Goldreserven bleiben für den EFSF tabu.

Bundesbank im Griff der EZB

Wie viel Zugriff aber die EZB bereits auf die Bundesbank hat, zeigt die Position der sogenannten Target-Kredite in der Bilanz der deutschen Notenbank. Dabei handelt es sich um Geld der Bundesbank, das sie den GIPS-Ländern (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien) über die EZB zur Verfügung stellt, damit diese ihren Importüberhang finanzieren können. Diesen Kredit bekommen die Länder zu deutlich niedrigeren Zinsen als über den Geldmarkt. Er deckt noch nicht einmal die Inflationsrate. Das war auch der Grund, warum Irland sich gesträubt hat, unter den Rettungsschirm zu schlüpfen. Jetzt bedient sich vor allem Italien. Insgesamt standen Ende September Target-Kredite an die 450 Milliarden Euro in der Bundesbank-Bilanz zu Buche. Die Notenbank hält entsprechende Forderungen gegen die EZB

und die wiederum gegen das jeweilige Land. Wie das Ifo-Institut erklärt, „sind



Foto: CC

die Target-Kredite nicht Teil der Kreditvergabe über die Staatspapier-Verkäufe der EZB. Sie treten vielmehr zu diesen Krediten sowie auch zu den Rettungsfonds hinzu. Es ist rechtlich unklar, welcher Teil der von der Bundesbank vergebenen Kredite eingefordert werden kann, sollten einzelne Länder aus dem Euro-System ausscheiden.“

Was bedeutet das alles für die Deutschen? Wie viel ist bisher tatsächlich gezahlt worden? Nach Griechenland ist bisher noch kein Euro aus dem Bundeshaushalt geflossen. Allerdings hat die Kreditanstalt für Wiederaufbau als deutsche Staatsbank bisher 13,5 Milliarden Euro überwiesen. Bis 2013 sollen es nach Plan 22,3 Milliarden sein. Der Bund bürgt für Verluste. Werden Griechenland bei einem Schuldenschnitt 50 Prozent erlassen sind das 11,2 Milliarden Euro. Hinzu kommen die 211 Milliarden Garantien aus dem ESFS. Außerdem besteht die Gefahr, dass der Bund den Banken wieder den Rücken stärken muss. Konkrete Zahlen, wie hoch die Ausfälle sein können, gibt es nicht. Alles hängt davon ab, ob die Schuldnerländer ihre Finanzen in den Griff bekommen, Kredite nicht benötigen und ihre aufgelaufenen Schulden zurückzahlen können. Verlieren immer mehr Euro-Länder an Kreditwürdigkeit, führt das automatisch auch zu einer Schwächung der deutschen Bonität, da sich immer mehr Forderungen an Berlin richten werden.

Inzwischen mehren sich die Anzeichen, dass der neue EZB-Präsident, der Italiener Mario Draghi, die strikte Verfolgung der Geldwert-

INFO

Das Vermögen absichern

Wie schon seit Beginn der Krisenzeit in 2007 heißt die generelle Regel zur Absicherung des Vermögens: breit streuen. Zurzeit setzen nur Zocker auf hohe Renditen. Alle anderen werden versuchen, das Kapital in sichere Anlagen zu investieren. Ein Teil bleibt auf einem Tagesgeldkonto, ein Teil kann in kurz laufende Sparbriefe investiert werden. Dabei sollte man nur bei einer Bank anlegen, die der europäischen Einlagensicherung (bis 100 000 Euro) und dazu dem Einlagensicherungsfonds deut-

scher Banken angehört. Der Rest des Geldes kann in Sachwerte wie Immobilien, Gold und auch Aktien angelegt werden. Bei letzteren sollte es sich aber ausschließlich um bewährte Papiere handeln. Dazu gehören Namen wie Bayer oder Nestlé. Möglich sind auch Indexfonds, allerdings nur solche, bei denen die Anlage sicher und für den Käufer ganz klar ist. Außen vor bleiben geschlossene Fonds, lang laufende Anleihen, Derivate, Renditeimmobilien, Immobilien- und Spezialitätenfonds. ■



Müssen den Scherbenhaufen wieder zusammenfügen: Italiens neuer Ministerpräsident Mario Monti (oben) und Griechenlands neuer Premierminister Lucas Papademos.



Foto: picture alliance-Zumapress

stabilität aufgibt. Denn trotz steigender Inflation hat er den Leitzins gesenkt und kauft weiterhin Anleihen schwacher Länder auf. Wie in den USA könnte die Geldschwemme bei niedrigen Zinsen die Inflation anheizen und so helfen, die Schulden der Mitgliedsländer abzubauen. Denn eine rasche Reduzierung der Schulden ist das einzige Mittel, die Krise in den Griff zu bekommen.

Auch Deutschland muss trotz Triple-A-Bonität seine Schulden bekämpfen. Das kann mit Sparen geschehen, indem der Finanzminister Subventionen streicht und die Steuern erhöht. Bereits im letzten Jahr warf DIW-Präsident Klaus Zimmermann die Erhöhung der Mehrwertsteuer von 19 auf 25 Prozent als Gesamtlösung für die Haushaltsdefizite von Bund und Ländern in die Diskussion. Die Länder bedienen sich nach und nach bei der Grunderwerbsteuer. Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg haben sie schon auf fünf Prozent erhöht. Andere ziehen nach. Man will an das Geld der Besserverdienenden. Auch eine sogenannte Reichensteuer erhitzt immer mal die Gemüter.

Unpopuläre Gegenstrategien

Doch die Selbstbedienung des Staates bei seinen Bürgern kann nach hinten losgehen. Werden Unternehmer und Arbeitnehmer zu sehr geknebelt, führt auch das zur Rezession. Produktion und Konsum lassen nach. Nach einer Lösung, die für alle Staaten inklusive den USA gilt, forschten David

Rhodes und Daniel Stelter. Die beiden amerikanischen Wirtschaftswissenschaftler untersuchten für die weltweit operierende Unternehmensberatung Boston Consulting Group BCG Möglichkeiten, die internationale Schuldenkrise in den Griff zu bekommen. Was ihrer Meinung nach nicht funktioniert sind: drastische Sparprogramme und inflationäre Geldvermehrung. Haushaltsüberschüsse, die die Schuldenlast abtragen könnten, sind nicht zu erwarten.

Schon allein der demografische Wandel dürfte ein entsprechendes Wirtschaftswachstum verhindern. Auf Gerechtigkeit zu hoffen, dass diejenigen, die die Krise verursacht haben, auch bezahlen werden, dauert zu lange. Die weltweiten pekuniären Interessen zählen auch in der Politik mehr. Irgendwann verlieren auch Hasardeure und Betrüger ihren Schutz und die längst fällige Finanztransaktionssteuer wird endlich eingeführt.

Doch bis dahin werden die Länder ihren Bürgern in die Taschen greifen, um den Crash zu verhindern. „Back to Mesopota-

mia“ heißt die bereits angesprochene Studie. Der Grund: Auch im alten Mesopotamien hätte jeder Herrscher mit einem Schuldenerlass begonnen. Zwar geben sie zu, dass diese Maßnahme zu radikal wäre. Doch die Zahlen sprechen für sich. In 25 Jahren hat sich dank kreditfinanzierter Expansion ein Schuldenüberhang allein bei den Eurostaaten in Höhe von 6,1 Billionen Euro aufgebaut.

Rhodes und Stelter unterstellen dabei eine maximale Verschuldung von 60 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Darüber hinaus sei nachhaltiges Wirtschaften nicht möglich, weil die Zinsen die Mittel für Investitionen auffressen. Als Gegenmittel schlagen sie vor:

■ Inflation

Die EZB und die amerikanische Notenbank schieben immer mehr Geld in die Märkte und heizen die Inflation an. Eine Entschuldung auf diese Weise dauert aber zu lange und außerdem verliert dabei auch die Altersvorsorge der Bürger ihren Wert. Für die Staaten ein gefährlicher Punkt.

■ Steuererhöhungen

Den Schuldenüberhang nachhaltig zu reduzieren, gelingt nur mit einer drastischen Steuererhöhung. Betroffen sind Finanzanlagen über 100 000 Euro. Die würde je nach Schuldenstand des betroffenen Staates festgesetzt und läge in etwa zwischen 20 und 30 Prozent. Hinzu käme noch eine Abgabe auf Erträge aus Immobilienvermögen. Die Studie zielt auf diese Vermögenssteuer ab. Einsparungen bei den öffentlichen Haushalten stehen kaum zur Debatte.

Die beiden Autoren sind sich bewusst, dass ihre Vorschläge kaum Chancen auf Umsetzung haben, jedenfalls nicht zurzeit. Ihrer Meinung nach schätzen Politiker und Banker die Krise noch zu schwach ein und setzen deshalb auf bequeme Lösungen. Doch je länger sie warten, desto wahrscheinlicher werde das beschriebene Szenario. Ihre realistische Erwartung: „Leider müssen die Umstände sich erst einmal ähnlich entwickeln wie in den 30er-Jahren, bis es zu den beschriebenen Maßnahmen kommt. In Mesopotamien war es ganz bestimmt einfacher.“

Marlene Endrueit
Wirtschafts-Fachjournalistin
m.endrueit@netcologne.de

Finanzierung bei Immobilien

Notarbestätigung rechtzeitig besorgen

Vor allem aufgrund des nach wie vor attraktiven Zinsniveaus bei langfristigen Baudarlehen ist es verlockend, sich das eine oder andere „Schnäppchen“ auf dem Immobilienmarkt zu sichern. Allerdings kann es bei der Finanzierung einer solchen Immobilie durchaus auch dort kostspieliger werden, wo man es zunächst gar nicht vermutet.



Foto: Fotolia.com - Kzenon

Fehlt der Bank als Kreditgeber beim Immobilienkauf die Grundschuldeintragung? Eine beizeiten ausgestellte Notarbestätigung hilft, damit das Finanzinstitut den Kaufpreis auszahlen kann.

Alles war – davon war Hans-Peter W., Zahnarzt aus Niedersachsen, zumindest überzeugt – durchdacht und professionell geplant: Es ging um den Kauf der bisher gemieteten Immobilie zu einem vertretbaren Preis, den die langjährige Hausbank auch bereit war zu finanzieren. Erst als eine Mitarbeiterin des den Kaufvertrag beurkundenden Notariats W. mitteilte, dass die Hausbank aufgrund der „fehlenden Bestätigung der Grundschuldeintragung“ durch das zuständige Amtsgericht die fällige Kaufpreiszahlung nicht bereitstellen kann, wurde er hellhörig. Denn eins war W. durchaus klar: Eine solche Verzögerung würde ihn Verzugszinsen kosten, die bei dem in Frage stehenden Finanzierungsbetrag von immerhin rund 600 000 Euro ein paar Tausend Euro ausmachten.

Bei der Finanzierung einer Immobilie sollten zukünftige Eigentümer daher nicht nur auf Effektivzinssätze, auf Zinsbindungen oder auf die Höhe der Zins- und Tilgungsraten

achten, sondern ebenso auf ein wichtiges Datum im Kaufvertrag: Es geht um den Termin der Kaufpreiszahlung beziehungsweise beim Bau eines Gebäudes um den Termin der ersten Kaufpreisrate. Dabei kann es zu der unangenehmen Situation kommen, dass eine Zahlung bereits erfolgen muss, obwohl das längst beantragte Bankdarlehen

noch gar nicht zur Verfügung steht. Die Gründe für diese Verzögerung können einerseits in der Bearbeitungsdauer des jeweiligen Kreditgebers liegen, andererseits aber auch – wie im dargestellten Fall bei W. – durch eine Arbeitsüberlastung und der somit noch nicht erfolgten Eintragung der obligatorischen Grundschuld beim zuständigen Amtsgericht verursacht sein.

Notar bescheinigt Richtigkeit

Da es ohne Grundschuld aber in aller Regel kein Darlehen gibt, liegt der „schwarze Peter“ beim Kunden als Kreditnehmer. Bankseitig ist diese Vorgehensweise nachvollziehbar: Wegen der meist hohen Finanzierungsbeträge bei Grundstücken und Immobilien wollen Kreditinstitute natürlich Risiken vermeiden, die bei einer Darlehensauszahlung ohne gleichzeitige Kreditsicherheit nun einmal entstehen können. Kommt es also tatsächlich zu einer derartigen Zahlungsverzögerung, kann es durch die dann zu leistenden Verzugszinsen für den Kreditnehmer teuer werden.

INFO

Begrenzte Aufklärungspflicht des Notars

Ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) macht deutlich, dass von einem Notar offenbar nicht verlangt werden kann, in jedem Fall in die Grundakten Einsicht zu nehmen. Im zu entscheidenden Fall handelte es sich um den Verkauf einer Eigentumswohnung, bei dem es um unterschiedliche Auffassungen über den Umfang des Sondereigentums an dieser Wohnung ging. Der Käufer sollte im Ergebnis

eine kleinere Wohnung erhalten, als er ursprünglich geglaubt hatte. Nach seiner Meinung hätte sich der Notar Gewissheit über die tatsächliche Wohnungsgröße verschaffen müssen, so dass er von diesem Schadensersatz verlangte. Dies sahen die BGH-Richter jedoch anders: Danach kann vom Notar „ohne besondere Umstände“ keine Einsicht in die Grundakten erwartet werden (Aktenzeichen: III TR 51/ 08). ■

INFO**Die Notarbestätigung**

Die rechtliche Grundlage einer Notarbestätigung befindet sich im § 20 der Bundesnotarordnung. Danach gehört zu den Aufgaben der Notare unter anderem die Ausstellung sonstiger Bescheinigungen über amtlich von ihnen wahrgenommene Tatsachen. ■

Diese möglichen Mehrkosten können aber bei geschickter Planung vermieden werden: Klärt der Zahnarzt als Bauherr oder Käufer mit dem beurkundenden Notar rechtzeitig die Einzelheiten einer sogenannten „Notarbestätigung“, besteht ausreichend Zeit zum Handeln. Der Notar erklärt gegenüber der finanzierenden Bank, dass nach seinem Kenntnisstand einer Eintragung der Grundschuld im Grundbuch des zuständigen

Amtsgerichts an „ranggerechter Stelle“ nichts im Wege steht. Dazu hat er sich dort sowohl das Grundbuch als auch die entsprechenden Grundakten angesehen und entsprechend geprüft. Diese Notarbestätigung reicht dann meist aus, um die rechtzeitige Darlehensauszahlung durch die finanzierende Bank zu veranlassen.

Allerdings kann der Notar unter Umständen schadensersatzpflichtig werden, wenn ihm bei der Durchsicht der Grundakten ein Fehler unterläuft. So kann sich etwa bereits ein Antrag zur Eintragung eines anderen Grundpfandrechts im Arbeitsgang des Amtsgerichtes befinden, was möglicherweise übersehen wird. Vor diesem Hintergrund sollte die Notarbestätigung also lediglich als Hilfsmittel eingesetzt werden. Besser ist zweifellos die zeitgerechte Planung der jeweiligen Finanzierungsmaßnahme, die unter anderem die Bearbeitungszeiten der Bank und des Amtsgerichts

ebenso berücksichtigt wie den Zahlungszeitpunkt an den Verkäufer der Immobilie.

Bürgschaft als möglicher Ersatz

Wenn es die Bonität des Darlehensnehmers oder gegebenenfalls einer ihm nahe stehenden Person erlaubt, kann eine noch nicht eingetragene Grundschuld im Einzelfall auch mithilfe einer zeitlich und in ihrer Höhe exakt definierten Bürgschaft ersetzt werden. Die sogenannte „Werthaltigkeit“ einer solchen Bürgschaft sollte bei dieser Variante naturgemäß außer Frage stehen.

Im beschriebenen Fall entschied sich W. für die Notarbestätigung mit der Folge der termingerechten Darlehensauszahlung.

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

Fiskus

Steuerliche Änderungen im nächsten Jahr

Für den Steuerzahler wird ab 2012 einiges einfacher. So wird etwa die Abrechnung der Kinderbetreuungskosten vereinfacht und Eltern erhalten für erwachsene Kinder häufiger Kindergeld. Zudem: Der Werbungskostenpauschbetrag steigt leicht an und die Vermietung an Angehörige wird weniger aufwendig.



Foto: MASP – Fotolia.com

Der ursprüngliche Plan, nur noch alle zwei Jahre eine Steuererklärung zu verlangen, wurde verworfen. Auch auf eine Erhöhung des Pauschbetrags für Behinderte konnten sich Bund und Länder nicht einigen. Dort bleibt somit alles wie bisher.

Kinder

■ Betreuungskosten

Für Eltern wird ab dem kommenden Jahr vieles leichter. Die bisher umständliche Abrechnung der Betreuungskosten für Kinder wird vereinfacht. Bisher müssen Eltern in der Steuererklärung aufwendig nachweisen, dass sie die Bedingungen erfüllen, um Kinderbetreuungskosten geltend machen zu können. Ab dem Jahr 2012 entfallen diese Bedingungen. Betreuungskosten können Mütter und Väter dann bis zum 14. Geburtstag des Kindes unkompliziert als Sonderausgaben absetzen. Vorteil für Eltern: Für den Fiskus spielt es dann keine Rolle mehr,

ob die Ausgaben aus beruflichen oder aus privaten Gründen entstehen. Wie bisher auch werden zwei Drittel der Betreuungskosten von maximal 6 000 Euro im Jahr, also maximal 4 000 Euro, berücksichtigt. Möglicher Nachteil für berufstätige Eltern: Die Betreuungskosten mindern als Sonderausgaben nicht mehr die Einkünfte. Da diese üblicherweise als Grundlage für die Berechnung zum Beispiel der Kindergarten-Gebühren herangezogen werden, könnten diese in der Folge höher festgesetzt werden.

■ Volljährigkeit

Auch der Aufwand für Eltern, die Kindergeld oder Kinderfreibeträge für ihre volljährigen Kinder in der Ausbildung bekommen, reduziert sich. Bisher werden das Kindergeld oder die Kinderfreibeträge einkommensabhängig gewährt. Nur wenn das erwachsene Kind in Ausbildung im Jahr höchstens 8 004 Euro an Einkünften und Bezügen hat, erhalten die Eltern Kindergeld oder können

die Kinderfreibeträge geltend machen. Vorteil für Eltern: Künftig spielen die Einkünfte und Bezüge des Kindes während dessen erster Ausbildung keine Rolle mehr. Auch der Ausbildungsfreibetrag wird nicht gekürzt. Der erwachsene Auszubildende kann also neben dem Studium oder der Lehre unbegrenzt verdienen. Ebenso bleiben Riesterzulagen und andere kindbedingte Begünstigungen im vollen Umfang erhalten.

■ Zweite Ausbildung

Eine Einschränkung gibt es erst, wenn das Kind nach Abschluss der ersten eine zweite Ausbildung macht. Dann erhalten Eltern das Kindergeld oder die Kinderfreibeträge nur, wenn das Kind neben der Ausbildung nicht mehr als 20 Wochenstunden regelmäßig arbeitet. Ferienjobs sind weiter ungeschädlich. Kindergeld oder Kinderfreibetrag gibt es längstens bis zum 25. Geburtstag des Kindes. An dieser Grenze hat sich nichts geändert.

■ Auswärtige Ausbildung

Der Ausbildungsfreibetrag kann für ein Kind dann geltend gemacht werden, wenn es die Ausbildung auswärts absolviert. Pro Jahr können bis zu 924 Euro in der Steuererklärung beantragt werden. Bisher kürzt das Finanzamt den Freibetrag, wenn die Einkünfte und Bezüge des Kindes über 1 848 Euro im Jahr liegen. Ab dem Jahr 2012 werden die Einnahmen des Kindes nicht mehr angerechnet. Somit kommen mehr Eltern in den Genuss des vollen Freibetrags.

■ Getrennt lebende Eltern

Ab dem Jahr 2012 gelten auch für getrennt lebende Eltern neue Regelungen. Der Elternteil, bei dem das Kind lebt, kann sich in jedem Fall den halben Kinderfreibetrag des anderen Elternteils übertragen lassen, sofern dieser seiner Unterhaltspflicht nicht nachkommt. Bisher ist das nicht möglich, wenn der Elternteil deswegen nicht unterhaltspflichtig ist, weil er kein Geld verdient.

Auf getrennt lebende Eltern kommt im Jahr 2012 eine Einschränkung beim Betreuungsfreibetrag zu. Nur weil das Kind allein bei einem Elternteil gemeldet ist, darf der betreuende Elternteil nicht mehr den halben Freibetrag des anderen Elternteils übertragen bekommen. Gibt der das Kind nicht betreuende Elternteil Geld für die Betreuung des Kindes aus, oder betreut das Kind auch nur zeitweise, darf er der Übertragung widersprechen.

Immobilienbesitz

■ Vermietung an Angehörige

Auch das Steuersparmodell „Vermietung an nahe Angehörige“ wird erleichtert. Vermietet ein Steuerpflichtiger seine Wohnung an nahe Angehörige wie Eltern oder Kinder und verlangt zwischen 56 und 75 Prozent der ortsüblichen Miete, musste er meist eine Prognoserechnung vorlegen. Das Finanzamt erkannte die Kosten für die Wohnung nur dann als Werbungskosten voll an, wenn die Prognoserechnung zeigte, dass in 30 Jahren ein Gewinn erzielt wird.

Ab dem Jahr 2012 entfällt die Prognoserechnung, wenn die Verwandten mindestens 66 Prozent der ortsüblichen Mietzahlungen. Weiterhin muss jedoch das Mietverhältnis so wie unter Fremden üblich gestaltet sein, also mit Mietvertrag.

ob die beruflich bedingten Ausgaben die 1 000-Euro-Grenze überschreiten, sollten Angestellte auf jeden Fall die Belege sammeln. Häufig wird bereits durch die Entfernungspauschale die Grenze überschritten. Beträgt der Arbeitsweg 18 km an 220 Ar-



Foto: CC

Auch bei der Wohnraumvermietung an nahe Angehörige muss eine juristisch korrekte Bindung über einen Mietvertrag existieren.

Angestellte Zahnärzte

■ Arbeitnehmerpauschbetrag

Angestellte Zahnärzte sollen rückwirkend schon für das Jahr 2011 von einem höheren Arbeitnehmerpauschbetrag profitieren. Sie können 1 000 Euro als Werbungskosten steuerlich geltend machen, ohne dass sie dafür die Ausgaben nachweisen müssen. Da diese Regelung schon im Jahr 2011 gelten soll, wird die höhere Pauschale bereits in der Gehaltsabrechnung für Dezember 2011 berücksichtigt. Der Vorteil durch diese Neuregelung ist minimal, da die Arbeitnehmer bisher schon bis zu 920 Euro als Werbungskosten abziehen konnten, ohne dass sie dafür Ausgaben nachweisen mussten.

Will ein Arbeitnehmer mehr als die 1 000 Euro im Jahr als Werbungskosten steuerlich geltend machen, muss er jede beruflich bedingte Ausgabe nachweisen. Da üblicherweise erst zum Jahresende absehbar ist,

beitstagen, ergeben sich daraus bereits 1 188 Euro, die als Werbungskosten steuerlich geltend gemacht werden können (220 Tage x 18 km x 0,30 Euro = 1 188 Euro).

■ Pendler

Steuerliche Nachteile müssen ab 2012 einige Pendler hinnehmen, da die Abrechnung vereinfacht wird. Betroffen sind Pendler, die teils mit Bus und Bahn und teils mit dem eigenen Auto zur Arbeit fahren. Bisher können sie taggenau abrechnen und die jeweils höhere Summe ansetzen. Beispiel: Ein angestellter Zahnarzt fährt 18 km zur Praxis. An 160 Tagen fährt er drei Kilometer mit dem eigenen Auto zum Bahnhof und die restlichen 15 mit der Bahn. An den übrigen 60 Arbeitstagen legt er die gesamte Strecke mit dem Auto zurück. Bisher kann er wählen, ob er die vollen Ticketkosten ansetzt oder 0,30 Euro je Kilometer der einfachen Entfernung (bis zu maximal 4 500 Euro) steuerlich gel-



Foto: CC

Berufspendler, die teils mit der Bahn und teils mit dem eigenen PKW oder mit dem Rad zur Arbeit fahren, brauchen/können ab 2012 nicht mehr auf den Tag genau abrechnen.

tend macht. Ab 2012 wird entweder allein der Ticketpreis oder für alle Fahrten die Entfernungspauschale berücksichtigt. Damit vereinfacht sich zwar die Abrechnung, aber für manche Pendler ist diese Regelung zum Nachteil, weil sie weniger Kosten geltend machen können.

Kapitalanleger

■ Versteuerte Kapitalerträge

Die ab dem Jahr 2012 geltende Regelung bringt eine Erleichterung für Kapitalanleger. Bereits versteuerte Kapitalerträge müssen nicht mehr in der Steuererklärung angegeben werden. Bisher sind diese Angaben notwendig, um bestimmte Steuervorteile berechnen zu können, wie zum Beispiel beim Abzug von Spenden, bei außergewöhnlichen Belastungen wie Krankheitskosten, Unterhalt und dem Ausbildungsfreibetrag.

Zu den Einkünften wurden bisher die Kapitalerträge zugerechnet, um zum Beispiel den Eigenanteil – die sogenannte zumutbare Belastung – bei den Krankheitskosten zu ermitteln. Künftig werden bei der Berechnung die Einkünfte ohne die Kapitalerträge zugrunde gelegt.

■ Rechnungslegung

Die Rechnungsstellung umsatzsteuerpflichtiger Zahnärzte wird rückwirkend zum 1. Juli 2011 erleichtert. Diese Zahnärzte können ihre Rechnungen nun einfacher, per E-Mail, versenden und das Finanzamt muss diese Belege akzeptieren. Voraussetzung ist jedoch, dass die Rechnung immer einwandfrei lesbar ist. Die bisherige Forderung des Finanzamts, das elektronische Rechnungen für die Berechnung der Umsatzsteuer nur mit einer elektronischen Signatur anerkannt werden, entfällt.

Krankheitskosten

■ Kein amtsärztliches Gutachten mehr

Der Nachweis einer Krankheit und der medizinischen Indikation der Behandlung muss nicht mehr zwingend durch ein vor Beginn der Behandlung eingeholtes amts- oder vertrauensärztliches Gutachten oder Attest geführt werden. Ausreichend sind alle geeigneten Beweismittel zum Nachweis der Krankheitskosten. Durch die gesetzliche Neufassung wird dem Steuerpflichtigen von Anfang an Rechtssicherheit in der Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen ermöglicht. An diese Entscheidung ist der

Fiskus aufgrund Rechtsverordnung gebunden. Dabei gibt es für den Nachweis der Zwangsläufigkeit von Aufwendungen im Krankheitsfall drei verschiedene Vorgaben:

- Meist erfolgt der Nachweis durch eine Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers. Diese muss vor Beginn der Heilmaßnahme oder dem Erwerb des medizinischen Hilfsmittels ausgestellt worden sein.
- Alternativ kommt der Nachweis durch ein amtsärztliches Gutachten oder eine ärztliche Bescheinigung eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung für gesetzlich definierte Maßnahmen in Betracht, wie etwa für eine Heilkur oder eine psychotherapeutische Behandlung.
- Eine Bescheinigung des behandelnden Krankenhausarztes wird für Besuchsfahrten zu einem für längere Zeit im Krankenhaus liegenden Ehegatten oder Kind des Steuerpflichtigen benötigt. Diese muss bestätigen, dass der Besuch zur Heilung oder Linderung einer Krankheit entscheidend beitragen kann.

Zahnarzt als Unternehmer

■ Praxismanagement

Als weitere Maßnahme ist die schrittweise Einführung EDV-basierter Verfahren für möglichst alle Phasen des Besteuerungsprozesses – als Ersatz für die papiergestützten Kommunikationswege – vorgesehen. Diese Verfahren, bekannt unter dem Stichwort „E-Bilanz“, betreffen die elektronische Übermittlung des Jahresabschlusses sowie der darauf basierenden Steuererklärungen eines in eigener Praxis tätigen Zahnarztes. Diese Maßnahmen sollen fortlaufend, beginnend mit dem Jahresabschluss 2011 eingeführt werden und spätestens für den Jahresabschluss und die Steuererklärungen des Jahres 2012 voll greifen.

ZÄ Dr. Sigrud Olbertz, MBA
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

Dipl.-Finanzwirt Jürgen Stolz
Humberger Str. 72b
47441 Moers

Bundessozialgericht**Weniger Arbeitslosengeld nach langer Elternzeit**

Wenn Müttern oder Vätern nach Ende einer langen Elternzeit gekündigt wird, müssen sie mit weniger Arbeitslosengeld auskommen, als ihnen nach ihrem früheren Gehalt zustehen würde. Mit dieser Entscheidung

wies das Bundessozialgericht in Kassel die Revision einer zweifachen Mutter ab.

Die Frau hatte nach vier Jahren Elternzeit ihren Job verloren und war nur noch gut drei Monate lang bei ihrem Arbeitgeber beschäftigt gewesen. Ihr Arbeitslosengeld war dann auf Basis eines sogenannten fiktiven Arbeitsentgelts berechnet worden, weil



Foto: AFA

sie in den letzten zwei Jahren an weniger als 150 Tagen Gehalt bezogen hatte. Sie forderte mehr und klagte vor dem Sozialgericht Berlin erfolgreich auf Berechnung ihres Arbeitslosengelds auf Grundlage des Gehalts aus den Jahren vor der Elternzeit.

Die Berufung vor dem Landessozialgericht verlor die Mutter aber anschließend und zog vor das Kasseler Bundesgericht. Das Bundessozialgericht lehnte den Antrag nun aber ab. ck/dpa

Medizinische Studien**Ghostwriter schreiben mit**

Obwohl die meisten medizinischen Fachzeitschriften die Beteiligung von Gastautoren oder Ghostwritern an Studien und anderen Publikationen untersagen, ist die Praxis weiterhin verbreitet. Laut einem Bericht im

„Ärztblatt“, das sich auf eine Umfrage im Britischen Ärztblatt (BMJ 2011; 343: d6128) beruft, sei der Anteil der Publikationen mit Fremdbeteiligung in den letzten Jahren kaum gesunken. Demnach seien Gastautoren

oder Ghostwriter verpönt, weil sie der Lobbyarbeit von Interessenvertretern zuspähen würden. Sie würden damit auch den Ruf der Journale gefährden, die auf Unabhängigkeit bedacht sind. sf/pm



Foto: CC

Studie**PZR verringert Herzinfarkttrisiko**

Wer regelmäßig zur PZR geht, senkt sein Herzinfarkttrisiko. Wie die Ärzte Zeitung berichtet, kam eine Studie von Forschern aus Taiwan zu diesem Ergebnis. Grundlage der Studie bildeten die in einer nationalen Datenbank gespeicherten Gesundheitsdaten von mehr als 100 000 Einwohnern Taiwans. Die Hälfte der Personen hatte mindestens einmal oder mehrmals eine PZR in An-

spruch genommen, die andere Hälfte dagegen darauf verzichtet. Im durchschnittlichen Beobachtungszeitraum von sieben Jahren wurde festgestellt, dass Personen, die ihren Zähnen mehr als nur das tägliche Bürsten als Pflege gönnten, ein um 24 Prozent geringeres Herzinfarkttrisiko hatten als die der zahnpflegefaulen Vergleichsgruppe. Das Schlaganfallrisiko lag um 13 Prozent niedriger mg

Arbeitsleben**Wegen Krankheit vorzeitig in Rente**

Fast jeder fünfte Deutsche muss sein Arbeitsleben aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig beenden. Das hat eine Studie ergeben, auf die die Hans-Böckler-Stiftung in Düsseldorf hingewiesen hat. Vor allem die Qualifikation, aber auch Geschlecht und Wohnort beeinflussen demnach die Wahrscheinlichkeit, nicht bis zum regulären Rentenalter arbeiten zu können. Je höher die Bildung, desto geringer das Risiko einer Erwerbsminderung. Ostdeutsche Männer ohne Berufsausbildung tragen das höchste Risiko, ar-

beitsunfähig zu werden. Es ist gut zehnmal so hoch wie bei männlichen Akademikern in den alten Bundesländern. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen tragen Männer mit geringer Qualifikation ein deutlich höheres Risiko als Akademiker. Unter Frauen liegt der Faktor je nach Qualifikation maximal beim Achtfachen. sg/dpa



Foto: MEV

Digitale Medizin**15 000 Apps für die Gesundheit**

Experten rechnen damit, dass 2015 das Gros der Ärzte Apps zur Übertragung und Speicherung von Patientendaten einsetzen wird. 15 000 Apps gibt es mittlerweile für Mediziner und Patienten im Gesundheitsbereich, so der Branchenverband Bitkom. Die Technik hat laut Experten

aber auch Tücken. Eine Vernetzung sei schwierig, weil Hard- und Software zusammenpassen müssen. Und aufwendig, da alles, was den Patienten betrifft unter das Medizinproduktegesetz fällt und deshalb regelmäßiger Zertifizierungen bedarf, so die „Kölnische Rundschau“. ck

Rentenversicherung**Haftung bei falscher Beratung**

Bei falscher Beratung durch einen ihrer Mitarbeiter haftet die gesetzliche Rentenversicherung und ist dann grundsätzlich auch zu Schadenersatz verpflichtet. Dies stellte das Oberlandesgericht München (OLG) in einem Urteil fest. Geklagt hatte ein Mann, der im Vertrauen auf die Beratung durch einen Mitarbeiter der Rentenversicherung einen Antrag auf Altersrente gestellt hatte. Die Versicherung lehnte jedoch ab, da der Mann die gesetz-

lichen Voraussetzungen nicht erfüllte. Daraufhin klagte der Mann beim Landgericht (LG) Kempten auf Schadenersatz wegen Falschberatung. Nachdem das LG die Klage abwies, erzielte der Kläger einen Teilerfolg bei seinem Widerruf vor dem OLG München. Das Gericht stellte eine Amtspflichtverletzung der Rentenversicherung fest. eb/dpa

*OLG München
Urteil vom 04.08.2011
AZ: 1 U 5070/10*



Foto: MEV

Ausschreibung**ZA startet Ideen-Wettbewerb**

Gesucht sind bei der Auslobung „Vorbilder 2012“ kreative Ideen zur Patientenbindung, intelligente Teilzeitleösungen oder ausgefallene Praxisgestaltungen – kurz: alles, was Praxisgründern als Vorbild dienen kann und den Start in der eigenen Niederlassung erleichtert. Am Ende prämiiert die Jury die drei Vorbilder 2012 – und vergibt Sach- und Geldpreise im Wert von 10000 Euro.

„Wir suchen echte Mutmacher für junge Kolleginnen und Kollegen an der Schwelle zur Freiberuflichkeit“, erklärt Dr. Susanne Woitzik von der Zahnärztlichen

Abrechnungsgenossenschaft (ZA), die den Wettbewerb ins Leben gerufen hat. „Vorbilder sollen mit ihren kleinen und großen Erfolgsstorys den Nachwuchs zur Selbstständigkeit motivieren.“ Bis zum 29. Juni 2012 können Ideen, Lösungen, Tipps oder strategische Konzepte aus der eigenen Praxis eingereicht werden. Nach den Kriterien Originalität, Umsetzbarkeit und Ermutigungsfaktor würden die Initiatoren die Beiträge bewerten und die drei besten Vorbilder auswählen, so Woitzik. mg

Mehr Informationen im Internet:
www.za-vorbilder-gesucht.de

Digital-TV

Analog hat ausgedient

Am 30. April 2012 um drei Uhr morgens fällt der Statschuss für das digitale Fernsehen in Deutschland. Mit der analogen Satellitenübertragung der TV-Sender ist dann Schluss. Wer am Stichtag nicht in die Röhre gucken will, prüft am besten jetzt, ob seine Geräte fit sind für den digitalen Betrieb.

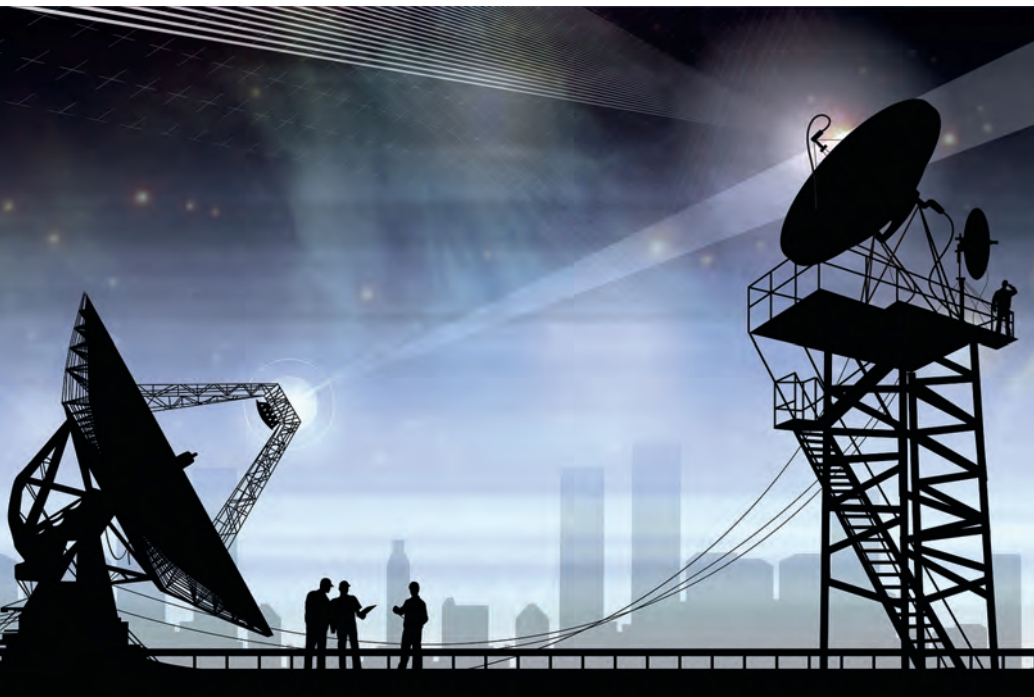


Foto: Fotolia.com - United Illustrators

Nein, man sieht ab Mai nicht automatisch schwarz: Viele Geräte können schon heute digitale Programme empfangen.

Das Zeitalter des analogen Satellitenfernsehens geht zu Ende. Deutschland wird die sogenannte Analogabschaltung Ende April kommenden Jahres als letztes europäisches Land vornehmen. Einige in Deutschland ausgestrahlte Sender verabschieden sich schon früher vom alten System: Comedy Central, DMAX, Nickelodeon und VIVA haben angekündigt, die analoge Ausstrahlung bereits am 31. Dezember einzustellen. Die ARD mit den jeweiligen dritten Programmen, das Zweite Deutsche Fernsehen und die Privatsender RTL und ProSieben-Sat.1 warten damit bis zum 30. April. Digitalfernsehen ermöglicht eine stark verbesserte Bild- und Tonqualität und bietet eine Vielzahl neuer Programme. Nach der Umstellung stehen Zuschauern circa 250 zusätzliche Sender zur Auswahl, darunter

alle regionalen und lokalen Programme. Hinzu kommen verschiedene digitale Zusatzdienste wie eine Vorschaufunktion bei laufendem Fernsehbild, der Empfang digitaler Radiosender über das TV-Gerät und 3-D-Funktionen.

Mehr Ton und besseres Bild

Noch sind viele Menschen in Deutschland nicht für die Umstellung ausgerüstet. Nach Angaben des Internetportals „Klardigital 2012“ empfangen zurzeit noch 4,4 Millionen Haushalte ihre Fernsehprogramme analog. Um ins digitale Zeitalter zu starten, benötigen sie Zusatzgeräte, die in manchen Fällen in die Satellitenschüsseln eingebaut werden müssen. Experten befürchten, dass viele Verbraucher mit der Anschaffung zu

lange warten und es deshalb kurz vorm Stichtag zu einem Engpass bei Geräten und Dienstleistern kommen wird. Sie empfehlen deshalb, den Umstieg nicht auf die lange Bank zu schieben und ihn möglichst in Angriff zu nehmen, bevor der Winter richtig da ist. Denn bei Schnee und Eis lässt sich kein Handwerker für Montagearbeiten aufs Dach schicken.

Viele neuere Fernsehgeräte sind für den Empfang digitaler Programme bereits geeignet, ohne dass ihre Besitzer davon wissen. Es gibt eine einfache Methode, das zu testen: Zuschauer müssen dafür nur auf Das Erste, ProSieben, RTL, SAT.1, ZDF oder einem der Dritten Programme die Videotextseite 198 aufrufen. Wenn dort ein Hinweis zur Abschaltung des analogen Satellitensignals erscheint, empfängt der

Zuschauer über seine Satellitenschüssel noch ein analoges Signal. Erscheint dort die Information: „Sie empfangen bereits digital“, kann er sich entspannt zurücklehnen. Alle anderen brauchen einen digitalen Satellitenreceiver (DVB-S-Receiver).

Die „Set-Top-Box“ wird zwischen Fernseher und Sat-Anschlussdose geschaltet und über eine eigene Fernbedienung gesteuert. In modernen Flachbildschirmen sind DVB-S-Receiver häufig integriert, diese Geräte tragen das Logo DVB-S. Außerdem muss die Satellitenschüssel über einen digitaltauglichen Universal Low Noise Block Converter (Universal-LNB) verfügen. Der sorgt dafür, dass digitale Frequenzen empfangen werden können und kann nachträglich montiert werden. LNBs aus dem Baujahr 1997 oder früher sind meist nicht mehr tauglich für den digitalen Empfang.

Sonderfall Regionalprogramme: Um die Lokalsendungen von NDR, BR, MDR, WDR,



Die kleine Kiste links veränderte das Familienleben, die große Kiste rechts macht Fernsehen zu einem Erlebnis.

Foto: Fotolia.com - lassedesignen

SAT.1 und RTL zu sehen, brauchen Zuschauer einen Receiver mit integrierter dynamischer PMT-Steuerung (Program Map Table). Nicht alle Geräte bieten diese Funktion.

Wer über Kabel fernsieht, ist von der Analogabschaltung in der Regel nicht betroffen. Nach Angaben der Verbraucherzentrale NRW ändert sich für Kunden der Betreiber Unitymedia, Kabel Deutschland oder Kabel Baden-Württemberg nichts. Diese Unternehmen werden die rund 30 analogen Programme im Kabel-TV noch für geraume Zeit anbieten. Wer woanders unter Vertrag ist, sollte sich dort – oder gegebenenfalls bei seinem Vermieter – über Veränderungen in den Programmangeboten informieren, empfehlen die Verbraucherschützer.

Wie viel die Umstellung auf Digitalfernsehen im Einzelnen kostet, steht und fällt mit den individuellen Wünschen des Zuschauers. Einfache DVB-S-Receiver bekommt man schon für um die 50 Euro. Zusatzfunktionen wie eine integrierte Festplatte zum Aufzeichnen von Sendungen oder hochauflösenden High Definition (HD)-Empfang verteuern die Anschaffung. Im Durchschnitt gaben die Deutschen in den vergangenen Monaten um die 120 Euro für einen neuen Receiver aus, meldet die Verbraucherzentrale NRW.

Für Universal-LNBs mit einem Anschluss fallen zwischen 15 und 20 Euro an. Wer mehrere Geräte anschließen möchte, braucht allerdings Quattro- oder Octo-

LNBs. Kostenpunkt: rund 50 Euro. Verbraucher sollten auch eventuelle Montagekosten durch einen Handwerker einkalkulieren.

Für die Ausstrahlung ihres Programms in digitaler Standard-Qualität (SD) verlangen die TV-Sender keine Extragebühren. ARD, ZDF und arte stellen auch ihre Programme in HD-Qualität umsonst zur Verfügung. Im Mai 2010 schließen sich WDR, BR, NDR, SWR, PHOENIX, 3sat, KI.KA, ZDFneo, ZDFkultur und ZDFinfo diesem Angebot an.

Schlechte Nachrichten für Freunde gestochen scharfer Bildqualität: RTL und ProSiebenSat.1 machen nicht mit. Kostenlos strahlen sie ihre Sendungen nur in SD-Qualität aus, die HD-Version gibt es über die verschlüsselte Astra-Plattform HD+. Dafür brauchen Zuschauer einen HD+-fähigen Sat-Receiver und eine spezielle Smartcard der Firma Astra-HD+. Zuschauer können dieses Angebot ein Jahr lang kostenlos testen, danach werden pro Jahr circa 55 Euro Nutzungsgebühr fällig.

■ Mehr unter www.klardigital.de

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
info@susanne-theisen.de

Seltene Erkrankungen in der EU

Strukturiertes Vorgehen nötig

Seltene Erkrankungen bilden eine sehr heterogene Gruppe von zumeist komplexen Krankheitsbildern. Das macht es oft schwer, sie zu erkennen und zu behandeln. Die EU bemüht sich daher darum, das Wissen über diese Erkrankungen auf europäischer Ebene zusammenzuführen, um die Versorgung für die Betroffenen in allen EU-Staaten zu verbessern. Doch das ist leichter gesagt als getan, denn strukturierte Ansätze sind bislang rar. Die Bemühungen erschöpfen sich derzeit in Projekten, einer intensiven Forschungsförderung und dem Engagement von Selbsthilfegruppen und einigen Spezialisten.



Matthew und Charlotte Parkinson (l., mit ihren Eltern) litten unter dem Alström-Syndrom.

Avril Daly (u.) ist General Manager der Organisation Fighting Blindness und in dieser Funktion auch in EU-Gremien zur Bekämpfung seltener Krankheiten aktiv.

Foto: Kay Parkinson

Die Überlebenschancen und die Heilungschancen eines Patienten mit einer seltenen Erkrankung hängen mitunter entscheidend davon ab, wo dieser lebt. Für Avril Daly jedenfalls war es Glück, dass sie in Irland beheimatet war, als sie im Alter von 23 Jahren bei der Vorbereitung zum Führerschein die Diagnose Retinitis pigmentosa erhielt. Bei der Krankheit handelt es sich um eine seltene, erblich bedingte Augenerkrankung, die in aller Regel zum Erblinden führt.

Retinitis pigmentosa

„Irland war aber damals schon führend in der Erforschung von Augenerkrankungen“, berichtet Daly. Das gab der jungen Frau Hoffnung, obwohl ihre Augenärztin ihr Prognosezeit hatte, dass sie innerhalb von drei Jahren blind sein wird. Dank medizinischer Fortschritte ist Daly dieses Schicksal bis heute aber erspart geblieben.

Den Kampf gegen seltene Erkrankungen fechten dabei nicht nur Ärzte und die Ge-



Foto: Avril Daly

sundheitsindustrie aus. Viele Erfolge sind vor allem auf das unermüdliche Engagement von Betroffenen, Angehörigen und Selbsthilfegruppen zurückzuführen. 480 Organisationen aus 45 Ländern haben sich allein der europäischen Patientenvereinigung für seltene Erkrankungen, Eurordis, angeschlossen. Die Organisation vertritt EU-weit knapp 30 Millionen Patienten mit rund 4 000 seltenen Erkrankungen.

Trotz des Einsatzes aller Beteiligten dauert es oftmals Jahre, bis Menschen mit seltenen Erkrankungen erfahren, was der Grund für ihr Leiden ist. Die Kinder von Kay Parkinson, Matthew und Charlotte, aus Großbritannien, waren beispielsweise 18 und 15 Jahre alt, als endlich feststand, dass sie unter dem Alström-Syndrom leiden, eine ebenfalls seltene Erbkrankheit mit mannigfaltigen Auswirkungen auf den Organismus und einer Überlebenschancen von maximal 40 Jahren. „Die Diagnosen wechselten so oft wie die Spezialisten“, so Parkinson.

In der gesamten EU sind schätzungsweise knapp 36 Millionen Menschen von einer seltenen Erkrankung betroffen. Das entspricht etwa sieben Prozent der EU-Bevölkerung. Als selten gilt eine Krankheit, wenn nicht mehr als fünf von 10 000 Einwohnern an ihr leiden.

Alström-Syndrom

Rund 8 000 seltene Erkrankungen kennt die Medizin inzwischen. Die meisten dieser Leiden sind nicht heilbar. Durch eine intensive Betreuung und medikamentöse Unterstützung lassen sich allerdings die Lebensqualität der Betroffenen oftmals deutlich verbessern und manchmal auch ihr Leben verlängern. „Die Fortschritte bei der Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung der Cystischen Fibrose haben beispielsweise bewirkt, dass die Betroffenen inzwischen eine um etwa zehn bis 15 Jahre längere Lebenserwartung haben als noch vor einigen Jahren“, so Yann le Cam, Geschäftsführer von Eurordis und Vater einer Tochter mit Mukoviszidose.

Le Cam führt dies auch auf die enge europäische Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zurück. Seit nunmehr 13 Jahren unterstützt die Europäische Union (EU) Kooperationen, Selbsthilfegruppen, den Aufbau einer europäischen Datenbank sowie die Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen mit rund 530 Millionen Euro. Zahlreiche Forschungsprojekte

mit Partnern aus mehreren europäischen Ländern haben bereits von den Mitteln aus dem EU-Haushalt profitiert. Dazu gehören zum Beispiel das ECORN-CF-Projekt, das dazu dienen soll, ein Modell für ein europäisches Referenznetzwerk von Spezialisten für die Behandlung der Cystischen Fibrose zu etablieren. Das 2010 gestartete interdisziplinäre Projekt CARE-NMD unter Federführung des Universitätsklinikums Freiburg verfolgt dagegen das Ziel, gesicherte einheitliche Standards für die Behandlung von Patienten mit Duchenne Muskeldystrophie zu entwickeln.

Andere Projekte wiederum beschäftigen sich mit Empfehlungen für nationale Aktionspläne im Kampf gegen seltene Erkrankungen, mit der Sammlung von Daten zu seltenen Krebserkrankungen oder der Implementierung von Neugeborenen-Screenings in den Mitgliedstaaten. Die Beteiligung deutscher Wissenschaftler an europäischen Forschungsprojekten ist nach Aussage von Birgit Wetterauer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung sehr hoch.

ECORN-CF

Dank einer EU-Verordnung aus dem Jahr 1999, die der Pharmaindustrie Anreize für die Erforschung von Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen bietet, macht die EU auch auf diesem Gebiet Fortschritte. 63 Medikamente haben innerhalb der letzten zehn Jahre eine Zulassung für den europäischen Markt erhalten. Mehrere Hundert Arzneimittel sind derzeit in der klinischen Prüfung für eine eventuelle Marktreife.

Die Anstrengungen reichen aus Sicht der Europäischen Kommission jedoch nicht aus. Die Brüsseler Behörde drängt die EU-Staaten daher unter anderem dazu, intensiver an einer einheitlichen Klassifizierung und Identifizierung von seltenen Erkrankungen zu arbeiten und die Informationen in die europäische Datenbank Orphanet einzuspeisen. „Bislang beinhaltet Orphanet Daten über 600 Krankheiten“, sagt Paola Testori-Coggi von der Generaldirektion Gesundheit der EU-Kommission.

Die Datenbank wurde 1997 ins Leben gerufen. Die Informationen über Symptome, Ursachen, Leitlinien, Therapieoptionen, Kliniken und Labore sind in sechs Sprachen abrufbar. „Pro Tag erfolgen etwa 20000 Zugriffe“, berichtet Dr. Ségolène Ayme, Direktorin von Orphanet. Am häufigsten rufen Angehörige von Gesundheitsberufen Informationen ab.

Patienten, Ärzte, Kostenträger und Industrievertreter aus Deutschland bemängeln dennoch, dass über viele seltene Erkrankungen zu wenig Informationen verfügbar sind und dass bei vielen Erkrankungen gesicherte Diagnoseverfahren und Kenntnisse über das jeweilige Krankheitsbild fehlen, wie aus einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit hervorgeht („Maßnahmen zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen“, August 2009).

Orphanet

Als einen weiteren Schritt zu einer verbesserten Information und somit auch Versorgung der Betroffenen streben die EU-Regierungen daher an, nationale Pläne und Strategien für seltene Erkrankungen auszuarbeiten. Diese sollen bis Ende 2013 vorliegen, um daraus dann ein EU-weites Vorgehen abzuleiten.

Auf der Agenda der EU steht darüber hinaus die Zusammenführung der zahlreichen Register, die die Zahl der Patienten mit bestimmten seltenen Erkrankungen erfassen. Derzeit existieren EU-weit 596 solcher Register von unterschiedlicher Qualität, Verbreitung wie auch Urheberschaft.

Nach Meinung von Kate Bushby vom Zentrum für Neuromuskuläre Erkrankungen in Newcastle ist es aber noch ein weiter Weg, bis die EU ihrem Ziel, die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen flächendeckend zu verbessern, nähergekommen ist. „Das bislang Geleistete ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Was wir dringend benötigen, sind strukturierte Ansätze“, mahnt Bushby.

*Petra Spielberg
Altmünsterstr. 1
65207 Wiesbaden*

Ehrungen der BZÄK

Anlässlich der feierlichen Eröffnung zum Deutschen Zahnärztag in der Frankfurter Paulskirche am 10. November 2011 zeichnete BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel (Foto m.) zwei namhafte Persönlichkeiten mit der Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft in Gold für ihre besonderen Dienste um den Berufsstand aus: Dr. Tycho Jürgensen (l.) und Prof. Dr. Burkhard Tiemann (r.). Engel lobte Jürgensen, den ehemaligen, langjährigen Präsidenten der Kammer Schleswig-Holstein, als „standespolitischen Leuchtturm über Jahrzehnte“. Jürgensen habe schon in jungen Jahren in der Kammer die Bereiche Fortbildung und Gebührenrecht verantwortet. Die Geburtsstunde der GOZ 1988 habe er hautnah erlebt und das Thema über

20 Jahre begleitet. Im Landesverband Schleswig-Holstein des FVDZ war er zehn Jahre lang Vorsitzender. Sein Expertenwissen zur GOZ habe er auch als Mitglied im Vorstand der BZÄK eingebracht, zunächst als Leiter des GOZ-Ausschusses,

später des Senats für Gebührenrecht. Er habe maßgeblichen Anteil an der Entwicklung der Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ).

Tiemann wurde von Engel als „omnipräsente Persönlichkeit in der zahnärztlichen Professions-

politik“ bezeichnet. 1979 wurde er zum Hauptgeschäftsführer und 1996 zum Vorstandsbevollmächtigten der KZBV berufen. Tiemann sorgte für die Einrichtungen zahnärztlicher Vertretungen in Bonn, in Brüssel und später in Berlin, kämpfte für die Verankerung zahnärztlicher Berufspolitik in der Gesellschaftspolitik und vertrat die Zahnärzteschaft in Spitzengremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Er war langjähriger Geschäftsführender Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Tiemann war außerdem Koordinator des Consiliums der BZÄK und betreut als Wissenschaftlicher Leiter die von Kammern und KZVen getragene Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement. pr



Foto: BZÄK-Axentis.de

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG



**Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte**

Für Lepra- & Notgebiete

www.hilfswerk-z.de

**Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte**

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

**Ihr Beitrag für
mehr Menschlichkeit!**

Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
BLZ 300 606 01

Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000



Ehrungen der DGZMK

Die Förderung der Wissenschaft durch die Vergabe wissenschaftlicher Preise zählt zu den satzungsgemäßen Kernaufgaben der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Diese wurden in der Frankfurter Paulskirche in festlichem Rahmen anlässlich des Zahnärztetages verliehen.

So ging der wissenschaftlich bedeutendste Preis, den die DGZMK zu vergeben hat, an den Bonner Parodontologen Dr. Moritz Kepschull (im Bild links, mit Töchterchen Emilia). Der Wissenschaftler, erhielt die Auszeichnung für seine Arbeit „Sperm-associated antigen (Spag) 4 is a

novel E2F1/E2F6-regulated anti-apoptotic protein in destructive periodontitis“. Dieser sogenannte Miller-Preis ist mit 10 000 Euro dotiert.

Die Ehrenmedaille der DGZMK wurde Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Heidelberg, verliehen (Zweiter von r.). Er erhielt diese Auszeichnung „in Würdigung seiner hervorragenden Verdienste und Mitarbeit in der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung in der DGZMK“, wie DGZMK-Präsident Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake (Erster von r.) in seiner Laudatio formulierte.



Neuer Träger der Goldenen Ehrennadel der DGZMK ist Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Meyer, Greifswald (Dritter von r.). Er wurde damit für sein Engagement als

Präsident der DGZMK für den Zusammenhalt der unterschiedlichen Fachgesellschaften und die Einbindung der Zahnmedizin in die Medizin ausgezeichnet. sp

Tholuck-Medaille für Klaus Pieper



ein Lebenswerk, das aller Ehren wert ist: Pieper hat Herausragendes für die Kinderzahnheilkunde in Deutschland geleistet – wie zum Beispiel insgesamt mehrere Hundert Publikationen, Buchbeiträge, Monografien, Poster und wissenschaftliche Vorträge in über 35 Berufsjahren eindrucksvoll belegen. „Prof. Pieper zählt zu den ganz Großen in

Nach zahlreichen anderen Auszeichnungen erhielt Prof. Dr. Klaus Pieper (l.) aus Gießen jetzt eine weitere, ganz besondere Ehrung für seinen außerordentlichen Einsatz: die Tholuck-Medaille 2011 des Vereins für Zahnhygiene e.V.! Und das für

der Kinderzahnheilkunde. Seine Leistung für die Mundgesundheit in Deutschland ist enorm und kann kaum hoch genug eingeschätzt werden“, unterstrich VfZ-Geschäftsführer Dr. Matthias Lehr (r.) bei der Verleihung im Rahmen einer Fortbildungsver-

anstaltung der LAGZ Bayern Anfang November 2011 in Kloster Irsee. Als Direktor der Abteilung Kinderzahnheilkunde im Medizinischen Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Philipps-Universität Marburg ist der Preisträger bis heute hoch engagiert. Er führte mit seinen Arbeitsgruppen wichtige Forschungen durch und plante Prophylaxe Konzepte mit nachhaltigem Vorbildcharakter. Zu den Schwerpunkten seiner wissenschaftlichen Arbeit zählten neben der Entwicklung und Evaluation von Präventionsprogrammen und neuen Diagnoseverfahren in der Kariologie umfassende epidemiologische Studien zur Mundgesundheit, Langzeituntersuchungen über Füllungsmaterialien sowie die Versorgungsforschung in der



Kinderzahnheilkunde. Dabei legte er auch gezielt Augenmerk auf Karies und Gingivitisprophylaxe bei Risikogruppen wie behinderten oder sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. Komplett wird die große Bandbreite des beruflichen Schaffens von Pieper schließlich durch die aktive Mitgliedschaft in vielen namhaften Fachgesellschaften. Mehrere seiner Arbeiten wurden durch renommierte Auszeichnungen und Preise gewürdigt. Mit der Tholuck-Medaille erhielt er jetzt eine besonders anerkannte Ehrung. Sie ist nach dem Frankfurter Obermedizinalrat in Ruhe, Dr. Hans-Joachim Tholuck, benannt. Verliehen wird sie seit 1973 an Persönlichkeiten, die sich um die zahngesundheitliche Aufklärung und Erziehung verdient gemacht haben. sp/pm

Jean Jardiné wird 90

Sein Geburtstag am 18. November ist Anlass, die Älteren daran zu erinnern und den Jüngeren nahezubringen, dass der Jubilär maßgeblichen Anteil daran hat, dass Zahnheilkunde und Zahnarzt in Frankreich, in Europa und in der Welt das ihnen gebührende Ansehen erhalten. Sein Lebensweg befähigte ihn dazu, sein „itinaire alsacien“, wie er seine Erinnerungen benannt hat (beschrieben in zm 13/2001).

Er war Schüler am französischen Lycée Kléber in Straßburg und legte dort ein deutsches Abitur

ab. Im Krieg studierte er Zahnheilkunde in Straßburg, München und Freiburg und wurde in Frankreich „docteur en chirurgie dentaire“ mit privater Praxis in Straßburg. Als ehemaliger deutscher Soldat wurde er Präsident der „Confédération Nationale des Syndicats Dentaires“, der französischen Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Er war Mitglied des Zahnärztlichen Verbindungsausschusses zur Europäischen Union und des Beratenden Ausschusses für die Zahnärztliche Ausbildung und trug seinen

Teil zu den europäischen Zahnarzt-Richtlinien bei. Er wurde



Foto: privat

Ehrenmitglied der Bundeszahnärztekammer und „Honorary Member“ der British Dental Association. Die Fédération Dentaire Internationale machte ihn zu ihrem Präsidenten.

Aus der Zusammenarbeit in den europäischen und Welt-Organisationen haben sich persönliche Freundschaften entwickelt, die er als aufmerksamer Leser jeder Ausgabe durch Reaktionen auf Veröffentlichungen in den zm gepflegt hat. Wir gratulieren unserem lieben Jean herzlich.

Heribert Pohl

Vincenzo Nadalini ist tot

Zu den Freunden von Jean Jardiné gehörte – wie er im Jahr 1921 geboren – Dr. Vincenzo Nadalini, medico dentista in Trient. Er hat einen fortschrittlichen Zahnheilkunde in Italien den Weg bereitet. Die Zahnärzte in Europa taten sich schwer mit Italien, wo es keine Zahnärzte gab und überhebliche Fachärzte für Mundkrankheiten keine fremden Götter neben sich gelten lassen wollten. Nadalini wandte sich besonders in seiner zehnjährigen Mitgliedschaft im Zahnärztlichen Verbindungsausschuss zur Europäischen Union von dieser Haltung ab und bahnte der Zahnheilkunde „di stampo nordico – europeo“ den Weg, wie es in seiner Lebensbeschreibung „una vita, una famiglia, una professione“ heißt (beschrieben in zm 10/2006). In Trient betrieb er mit zwei seiner vier Zahnarzt-Kinder eine „clinica odontiatra“ die

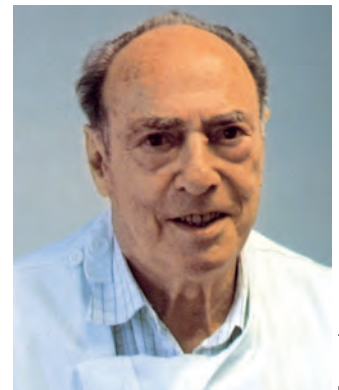


Foto: privat

„nicht ihresgleichen im italienischen Territorium hat“ (so die Lebensbeschreibung). Die Bundeszahnärztekammer hat ihn 1986 mit der Ehrenplakette geehrt.

Am 23. Oktober ist Nadalini gestorben. Mit Respekt und Zuneigung denken seine Freunde, deren er viele auf seinem Lebensweg gewonnen hat, an ihn als Vorbild eines europäischen Zahnarztes.

Heribert Pohl

Gesundheitstag in der Realschule Schloss Varenholz

Um die Schülerinnen und Schüler der Realschule für die Themen Gesundheit und Ernährung zu sensibilisieren, veranstalteten Realschule und Internat Schloss Varenholz einen „Gesundheitstag“. Statt Mathematik, Deutsch oder Erdkunde standen an diesem Tag zum Beispiel Laufen, Suchtberatung oder ein Fitness-Check auf dem Stundenplan.

Beim Fitness-Test, bestehend aus Ballprellen, Zielwerfen, Rumpf-/Hüftbeugen, Stufensteigen, 6-Minuten-Lauf, Halten im Hang und Standhochspringen, machten einige Kinder die Erfahrung, dass sie Hinblick auf ihre körperliche Fitness noch viel an sich arbeiten müssen. Dies wurde auch von

Friedhelm Köstemeier von der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) bestätigt, der an einer von ihm eingerichteten Station den Gleichgewichtssinn, die Handkraft, die Körperstabilität, aber auch den Body-Mass-Index sowie Blutdruck und Puls der Schülerinnen und Schüler maß.



Isabell Schertel und Theodorus Matheussen erklären den Schülern die einzelnen Elemente der Ernährungspyramide.

Bitte vormerken:
Die nächsten Sonderseiten
erscheinen in
ZAHNÄRZTLICHE MITTEILUNGEN

Heft 03 vom 01.02.2012.
Mediadaten und weiter Informationen
erhalten Sie unter:
022 34/7011-247
oder per Mail
friedrich@aerzteverlag.de

Diese Sonderseiten
„Bildung und Unterricht“
erscheinen
redaktionell alleine in der Verantwortung
des Deutschen Ärzte-Verlages.

Nach dem Vortrag von Kriminalhauptkommissar Michael Tölke, Jugendbeauftragter der Kreispolizei Lippe, zum Gefahrenpotenzial von Rauschmitteln aller Art wurde den Schülerinnen und

Schülern in Theorie und Praxis eine Ernährungspyramide mit Empfehlungen vorgestellt, deren Basis die Getränke und deren Spitze die Süßigkeiten darstellen. Einmal sensibilisiert für Ernäh-

INFO

Internete-Beratungstage für Eltern

Große Klassen, überladene Lehrpläne, frustrierte Lehrer, trister Unterricht, die misslungene Einführung des achtjährigen Gymnasiums: Immer mehr Eltern wenden sich mit ihren Kindern von den staatlichen Schulen ab. Sie wünschen sich eine individuelle Förderung, die den Talenten und Interessen der jungen Leute besser gerecht wird. Aber es ist für Familien nicht einfach, in der Vielfalt der Angebote, der unterschiedlichen Konzepte und Qualitäten das passende Internat zu finden, das den Erwartungen optimal entspricht.

Deutschlands großer Internate-Verband, die 21 LEH-Internate, bietet interessierten Eltern deshalb die Möglichkeit,

im persönlichen Gespräch mit Repräsentanten der Schulen die Bedingungen und besonderen Chancen eines Internatsbesuchs ausführlich und unverbindlich zu erörtern. Vertreten sind so renommierte Einrichtungen wie Salem, Louisenlund, die Odenwaldschule oder die Schule Schloss Stein, aber auch andere „Klassiker“ der deutschen Internatlandschaft wie die Hermann-Lietz-Schulen, das Landschulheim am Solling, die Schule Marienau, die Steinmühle, die Urspringschule, der Birklehof oder das Landheim Schondorf am Ammersee.

Die Termine der LEH-Internate: Näheres unter Tel. 07554 / 986722 oder www.internate.de.



Viel Spaß am Fitness-Check hatte 7. Klässler Jessi, der beim Fahrradfahren seinen Puls ordentlich in Wallung brachte.

rungsfragen wurde als Ergebnis von Schülerschaft und Mitarbeitern beschlossen, ab sofort zur Kennzeichnung des Nährwertes der im Schloss Varenholz bei der Essenzubereitung verwendeten Lebensmittel eine Ernährungsampel für alle Speisen und Getränke einzuführen. Abgerundet wurde der Tag schließlich durch

einen Spendenlauf auf dem Sportplatz. Hierzu hatten sich die Schülereltern im Vorfeld bereit erklärt, pro gelaufener Runde einen Geldbetrag in Höhe von 0,50 € für die Opfer der japanischen Atom- und Erdbebenkatastrophe zu spenden.

Verantwortlich für den Inhalt: Josef Drüke

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 112

Philips

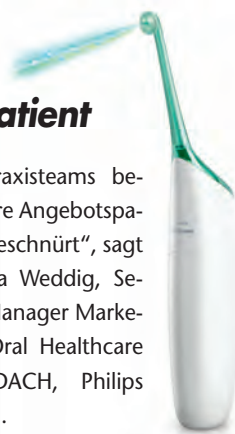
Special für Praxis und Patient

Das Praxisteam weiß am besten, welches Sonicare-Produkt für den Patienten das richtige Weihnachtsangebot ist. Deshalb haben die Praxen in diesem Jahr die freie Wahl: Sonicare DiamondClean, Sonicare AirFloss (Foto), Sonicare FlexCare+, oder auch Sonicare EasyClean gibt es mit besonderen Zugaben. Das Paket stellt die Praxis selbst zusammen und profitiert auch davon. „Das Jahr 2011 war das Sonicare-Jahr. Die Resonanz auf die beiden Produktneuheiten Sonicare AirFloss und Sonicare DiamondClean war phantastisch. Aus diesem Grund hat Philips Sonicare speziell für

die Praxisteams besondere Angebotspakete geschnürt“, sagt Kristina Weddig, Senior Manager Marketing Oral Healthcare CO DACH, Philips GmbH.

Die Sonicare Weihnachtsangebote sind bis 31. Dezember 2011 gültig und gelten nur für Deutschland und Österreich.

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 040 2899 1509
Fax: 040 2899 71509
www.philips.de/sonicare



Coltène/Whaledent

Expansion trifft Adhäsion



GuttaFlow 2 ist ein Kaltfüllsystem für Wurzelkanäle, das Guttapercha und Sealer in einem Produkt vereint. Es verfügt über exzellente Fließigenschaften sowie eine leichte Expansion. Das Material weist zusätzlich eine sehr gute Haftung sowohl zur Guttapercha-Spitze (Masterpoint) als auch zur Dentinwand auf. Dadurch ist keine zeitaufwendige Kondensation notwendig. Die Verwendung zusätzlicher Sealer ist nicht erforderlich. Bei Bedarf kann die Haf-

tung durch den neuen GuttaFlow 2 Primer adhäsiv verstärkt werden.

Neu ist auch die Darreichungsform als 5-ml-Automix-Spritze. Sie gewährleistet einfaches Handling, eine flexible Materialentnahme nach Bedarf und mischt das Material homogen und hygienisch blasenfrei an. GuttaFlow 2 wird im nächsten Jahr auch in der bewährten Kapselform erhältlich sein.

Coltène/Whaledent
GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau/Germany
Tel.: 07345 805-0, Fax: -201
www.coltenewhaledent.de
E-Mail: info@coltenewhaledent.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Heka Dental

Möbelstück „nah am Menschen“

In der UNIC von Heka-Dental verschmelzen Ästhetik und Schönheit mit Funktionalität und Ergonomie. Das erklärte Ziel des Designers David Lewis war bei der Formgebung ein Möbelstück „nah am Menschen“, und so entstand die UNIC als Inbegriff von ergonomischem Design. Dank des einladenden Erscheinungsbildes und der stilvollen Eleganz wird die perfekte Umgebung für einen angenehmen Besuch beim Zahnarzt geschaffen. Klare, fast minimalistische Linienführungen verbergen gekonnt das Technische. Die Verkleidungsteile aus poliertem Edelstahl passen sich jeder Umgebung perfekt an. Symmetrische Formen erzeugen den Eindruck einer gewissen Leichtigkeit, und weiche Polster in modernen Farben sorgen für



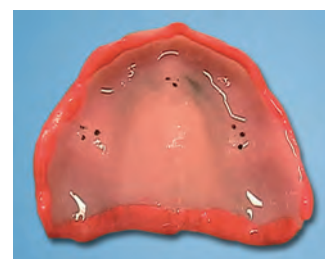
Bequemlichkeit. Die Einheit wird in Dänemark nach ISO-Zertifizierung hergestellt und gewährleistet so höchstmögliche Qualität mit dreijähriger Garantie.

Heka Dental A/S
Baldershoj 38
DK-2635 Ishoj
Tel.: 0045 43320998
www.heka-dental.de
E-mail: bf@heka-dental.dk

American Dental Systems

Kursreihe: Optimierung von Prothesen

Aus Gründen der Adaption ist es häufig günstiger, ältere und abgenutzte Totalprothesen aufzuarbeiten, als sie durch eine Neuanfertigung zu ersetzen. In seiner Kursreihe „Effiziente Optimierung von vorhandenen Totalprothesen – Wichtig als prä-implantologische Konditionierung“ vermittelt ZA Ernst Otto Mahnke, langjähriger Gutowski-Schüler, ein Rezept, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Die einzelnen Arbeitsschritte, angefangen bei der Anamnese über die Optimierung der Prothesenbasen, Abdrucktechniken sowie der Optimierung der Bisshöhe und Ästhetik bis hin zur Relationsbestimmung, werden detailliert erläutert und bei einer Live-Behand-



lung mit zahntechnischer Optimierung einer Totalprothese veranschaulicht. Die Termine: 03./04.02.2012 in Hamburg 16./17.03.2012 in Dresden 08./09.06.2012 in Düsseldorf 22./23.06.2012 in München

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel. 08106 300-306
Fax: 08106 300-308
www.ADSystems.de
E-Mail: T.Beier@ADSystems.de

BEGO Implants

Individuelle Implantatprothetik

Für die BEGO-Implantate S, RI und Mini sowie für weitere namhafte Implantatsysteme stehen ab sofort neben Ästhetik-Abutments aus BeCe CAD Zirkon XH, Titan Grade 4 und 5 sowie Wirobond MI+ auch patientenindividuelle Stege und verschraubte Brücken zur Verfügung. „Mit dieser erweiterten Produktvielfalt ermöglichen wir eine noch größere Bandbreite bei der individuellen Patientenversorgung“, ist Thomas Kwiedor, Business Development Manager bei BEGO Medical, überzeugt.

Darüber hinaus unterstreicht BEGO mit seinem Hightech-Produktionszentrum in Bremen die „360-Grad-Verfahrenskompetenz“. Zur Fertigung von indivi-



dueller CAD/CAM-Prothetik werden Modelle an das Scan- und Service-Center von BEGO geschickt. Dort wird ein Designvorschlag erstellt, und BEGO fertigt nach Freigabe individuelle Abutments und Stege aus dem vom Kunden gewünschten Material.

*BEGO
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Str. 1
28359 Bremen
Tel.: 0421 2028-0
Fax: 0421 2028-100
www.bego.com*

Hu-Friedy

Moderne Parodontaltherapie

Im Zentrum moderner Parodontaltherapie steht der möglichst schonende Umgang mit dem Zahnhalteapparat. Jede Verletzung des Gewebes kann zu bleibenden Schäden und ästhetischen Beeinträchtigungen führen. Die neuen BioGent Küretten von Hu-Friedy sind außergewöhnlich schmal und ermöglichen daher minimalinvasive Eingriffe. Die Arbeitsenden der BioGent Küretten wurden in der Breite reduziert und erlauben einen weniger traumatischen Zugang, auch bei schwierig behandelbaren, tiefen



Parodontaltaschen. Modifizierte Biegungen und Winkel sorgen für besseren Kontakt zu den Wurzel- und Zahnoberflächen. Dank der EverEdge Technologie sind die Instrumente mit besonders scharfen Schneidkanten und langlebigen Arbeitsenden ausgestattet und eignen sich für hocheffizientes Scaling. Farbcodierungen erleichtern die Suche nach dem richtigen Instrument.

*Hu-Friedy Mfg. BV
Customer Care Department
Tel.: 0800 483743 39, Fax: -40
www.hufriedy.eu
E-Mail: info@hu-friedy.eu*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

R-dental

Perfekt registrieren

Mit dem dunkelgrauen A-Silikon R-SI-LINE METAL-BITE stellt R-dental dem Anwender ein bewährtes universelles Registriermaterial zur Verfügung. Das Material ist auch indiziert für die Bissgabel bei der Gesichtsbogenübertragung (nach Prof. Dr. Gutowski) sowie dynamische Registrierungen (FGP-Technik) und scanbare CAD/CAM-Anwendungen. METAL-BITE überzeugt durch eine schnelle Aushärtung und hohe Standfestigkeit. Neben einer hohen Shore-D-Härte verfügt das A-Silikon über eine hohe Dimensionsstabilität. Das Registriermaterial ist thixotrop und im



ausgehärteten Zustand starr und bröckelt nicht. Es ist ausgezeichnet schneidbar und fräsbearbeitbar. Das universelle Registriermaterial ist in Doppelkartuschen erhältlich und mit handelsüblichen Mischpistolen applizierbar.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 22757617
Fax: 040 22757618
E-Mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Procter & Gamble

Wenn es der Pflege zu viel wird

Über die unbequeme Frage, ob der Patient bei seiner häuslichen Mundhygiene „des Guten zu viel“ tun könnte, muss man sich Gedanken machen. Anlässlich der Jahrestagung der DGP (Deutsche



Gesellschaft für Parodontologie) in Baden-Baden wagte sich Procter & Gamble (Marken: Oral-B, blend-a-med) an dieses „heiße Eisen“ heran. Mit Prof. Dr. Nicole Arweiler (Foto), Marburg, wurde

eine renommierte Expertin für diese Frage gewonnen. Ihre Antworten waren deutlich: „Zwar stellt die regelmäßige Entfernung des Biofilms ‚Plaque‘ die Basis zur Vorbeugung von dentalen Erkrankungen dar. Doch viele führen die tägliche Zahnreinigung zu selten aus – auf der anderen Seite begegnet man in der täglichen Praxis immer häufiger Patienten, die offensichtlich des Guten zu viel tun!“ Das zahnärztliche Team sei hier aufgefordert, auf Zahnhartsubstanz- und Gingivadefekte aufmerksam zu machen, Putzfehler zu korrigieren sowie Ernährungsempfehlungen zu geben.

Procter & Gamble
Germany GmbH
Professional Oral Health
Sulzbacher Straße 40
65824 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 893504

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

ULTRADENT

Größer und höher auflösend

Zur IDS 2011 präsentierte Ultradent den TFT-Flachbildschirm UV 5001. Die neue Bildausgabe bietet durch eine hohe Auflösung mit 1280 x 1024 Bildpunkten ein hervorragendes Instrument für die Beurteilung von Röntgenbildern und schafft durch die große Darstellung auch bessere Möglichkeiten für die Patientenaufklärung. Dieser Monitor eignet sich sowohl als PC-Bildschirm für die präzise, detailgetreue Darstellung der Praxis-Software Oberflächen, er ist aber auch für die kontrastreiche, scharfe Präsentation von Videos und brillanter Einzelbilder prädestiniert. Eine entspiegelte Echtglasscheibe sorgt dabei für beste Sicht aus einem großen Sichtwinkel-Be-



reich. Damit wurde auch die Reinigungsmöglichkeit optimiert und bietet eine ideale Voraussetzung bezüglich der hygienischen Bedingungen.

ULTRADENT
Dental-Medizinische Geräte
GmbH & Co. KG
Eugen-Sänger-Ring 10
85649 München
Tel.: 089 420992-70 Fax: -50
www.ultradent.de
E-Mail: info@ultradent.de

KaVo

Prophylaxe – einfach und angenehm



Als Komplettanbieter für professionelle Prophylaxe-Lösungen liefert KaVo alle notwendigen Erfolgskomponenten für ein attraktives Leistungsportfolio im Bereich Prophylaxe. Führen Sie Ihre Patienten jetzt Schritt für Schritt zu einem perfekten Lächeln: Ganz einfach für Sie und so angenehm für Ihre Patienten. Mit der Primus 1058 schafft KaVo einfach die perfekte Integration und den optimalen Prophylaxe-Workflow. Mit dem leistungsstarken und leisen SONICflex quick 2008L werden selbst harte Beläge gründlich

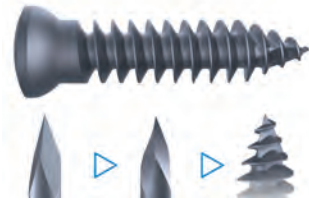
und zeitschonend gelöst. Die Zahnreinigung wird unterstützt durch PROPHYflex 3 und dem PROPHYflex 3. Das perfekte Endergebnis wird mit der abschließenden Politur erzielt. Mit den KaVo Prophylaxeinstrumenten DURAtec 2933 und INTRAMatic 31 ES sowie den universell adaptierbaren Snap-on oder Screw-in Aufsätze gelingt das einfach.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 07351 56-0, Fax: -71104
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com

Trinon Titanium

Neu: Selbstbohrende Knochenschraube

Die von Trinon Titanium entworfene selbstbohrende Twisted Trocar Schraube ist mit ihrer neuen Geometrie geeignet als Ersatz für Anwendungen, bei denen das Bohren üblicherweise erforderlich ist. Dieser neue Schraubentyp basiert auf der Trokar-Funktionsweise und besitzt eine zusätzliche geometrische Eigenschaft für die verbesserte Insertion und verringerte Kraftausübung bei der Fixierung. Durch die spezielle Drehung der Trokar-Spitze der Twisted Trocar Schraube erhalten Chirurgen ein neues Werkzeug für die problemlose Befestigung in jeden Knochentyp. Dieses Schraubendesign ermöglicht ein vereinfachtes Vorgehen. Vor allem bei Befestigungen von Blöcken oder Meshs zur Fixierung



von Knochenersatzmaterial wird durch die Twisted Trocar Schrauben das Suchen nach dem vorgebohrten Loch ein vermieden.

Die Twisted Trocar Knochenschraube ist in den Längen 5/7/9/11/13 mm in den Durchmessern 1,3/1,5/2,0 mm bei Trinon Titanium verfügbar.

Trinon Titanium GmbH
Augartenstraße 39
76137 Karlsruhe
Tel.: 0721 932700
Fax: 0721 24991
www.trinon.com
E-Mail: trinon@trinon.com

curasan

Mehr Serviceleistungen im Internet



Der Online-Shop von curasan wurde aktualisiert und anwenderfreundlicher gestaltet. Das Knochenersatzmaterial Osbone, kann neben anderen Produkten auch über den Online-Shop bezogen werden. „Der Vorteil für die Kunden besteht darin, dass

sie auch rund um die Uhr in Ruhe ihre Bestellungen aufgeben können“, betont Hans Dieter Rössler, Vorstandsvorsitzender der curasan AG. Die jeweilige Produktlinie ist übersichtlich gestaltet und kann nach einem einfachen Registrierungsvorgang als Arzt, Klinik oder Händler bequem bestellt werden. Zu den einzelnen Produkten stehen umfassende Erläuterungen zur Verfügung. Ab einer bestimmten Bestellsumme ist der Versand kostenfrei.

curasan AG
Lindigstraße 4
63801 Kleinostheim
www.curasan.de
E-Mail: info@curasan.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Geistlich Biomaterials

Ein ganzer Tag praktische Fortbildung

Das Konzept des Geistlich Workshop-Days – an einem Tag jeweils vormittags und nachmittags in Parallelsessions vier praktische Workshops zu verschiedenen Themenbereichen. Von diesen vier können die Teilnehmer zwei auswählen. Die Geistlich Workshop-Days bieten somit einen ganzen Tag mit „Hands-on-Übungen“ am Tierpräparat, was

ein effektives Üben ermöglicht. Der nächste Workshop-Day ist am Samstag, 3. Dezember 2011 in Deidesheim, die Themen: Socket Preservation/Ridge Preservation (Dr. Karl-Ludwig Ackermann), Fallplanung (Dr. Till Gerlach, Dr. Frank Kormann), Plastische Parodontalchirurgie (Dr. Ralf Rößler) sowie Periimplantäres Weichgewebemanagement (Dr. Christian Mertens). Teilnehmer erhalten zehn Fortbildungspunkte für diese Weiterbildung.

Geistlich Biomaterials
Vertriebsgesellschaft mbH
Schneidweg 5
76534 Baden-Baden
Tel.: 07223 9624-0
Fax: 07223 9624-10
www.geistlich.de

dent-o-care

Aktion „Elektrische Mundhygiene“

Dent-o-care bietet im Webshop unter www.dentocare.de eine Vielzahl von attraktiven Angeboten für die elektrische Mundhygiene. Dabei findet man die neuesten Schallzahnbürsten wie die Curaprox Hydrosonic, Oral-B Pulsasonic und Philips Diamond Clean, günstige Sondermodelle von Oral-B aus dem ProfessionalCare 500-Segment sowie auch Special-Editions der Oral-B ProfessionalCare Center 500 und 3000 mit Zahnbürste, Munddusche und einer hochwertigen Kulturta-sche. Darüberhinaus gibt es eine

Vielzahl weiterer Schnäppchen sowie die neu ins Portfolio aufgenommenen Produkte der Firma Stoddard. Hierbei handelt es sich um hochwertige, latexfreie Polierer in verschiedenen Härtegraden und Größen sowie eine Vielzahl von Prophy-Bürsten mit einem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis.

Dent-o-care
Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Str. 4a
85635 Höhenkirchen
Tel. 08102 7772888
Fax 08102 7772877
www.dentocare.de
E-Mail: info@dentocare.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Johnson & Johnson

Neue Mundspüllösung für Kinder

Am Rande des Deutschen Zahnärztetages in Frankfurt stellte die Firma Johnson&Johnson mit Listerine Smart Kidz eine neue Mundspüllösung für Kinder vor.

„Kinder sind Dental-Patienten mit sehr speziellen Anforderungen, da sie durch mangelnde Konzentrationsfähigkeit und noch nicht voll ausgebildete motorische Fähigkeiten die Mundhygiene oft nicht optimal durchführen“, erklärte Dr. Thorsten Berg, Medical Director Consumer bei Johnson & Johnson, die Überlegungen, warum eine Mundspüllösung für diese Altersgruppe eine sinnvolle Ergänzung (keinen Ersatz!) zum Zähneputzen darstellt.

Nun kommt mit Listerine nicht die erste Mundspüllösung für Kinder auf den Markt. In diesem Fall jedoch erhofft man sich einiges von dem neuen Produkt, denn es verspricht ein kleines Aha-Erlebnis im Badezimmer: Der Wirkstoff Cetylpyridiniumchlorid (CPC) – ein bewährter Wirkstoff in Mundspüllösungen – bindet Speisereste und Bakterien. Diese werden durch einen speziellen Farbstoff angefärbt und so beim Spülen im Waschbecken sichtbar. „Die Kinder kön-

nen den Spülerfolg durch die gefärbten Partikel im Waschbecken auf diese Weise direkt sehen“, erläuterte Axel Immel, Marketing Manager.

Der Geschmack, das Erlebnis am Waschbecken sowie die praktische Dosierhilfe dürften das Produkt auch für Erwachsene interessant machen, vor allem auch für ältere Patienten, die Schwierigkeiten haben, für eine optimale Mundhygiene zu sorgen. „Prinzipiell spricht nichts dagegen, dass auch Erwachsene das Kinderprodukt anzuwenden“, meinte Berg. „Doch man sollte berücksichtigen, dass die Effektivität des Wirkstoffes CPC nicht an die der ätherischen Öle, wie sie Listerine enthalten sind, heranreicht.“

Listerine Smart Kidz ist alkohol- und zuckerfrei, enthält keine Bitterstoffe und wird für Kinder ab sechs Jahren empfohlen. Ab Januar 2012 kommt es in Deutschland in den Geschmacksrichtungen Beere und Minze auf den Markt.

Johnson & Johnson GmbH
Johnson & Johnson Platz 2
41470 Neuss
Tel.: 02137 936-0, Fax: -2333
www.listerine.de
E-Mail: info@listerine.de

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Behrenstraße 42
D-10117 Berlin
Tel.: +49 30 280179-40
Fax: +49 30 280179-42
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn; E-Mail: e.maibach-nagel@zm-online.de
Gabriele Prchala, M.A., Stellvertretende Chefredakteurin/
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte), pr;
E-Mail: g.prchala@zm-online.de
Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d. L. (Wissenschaft,
Dentalmarkt), sp; E-Mail: s.priehn-kuepper@zm-online.de
Stefan Grande M.A. (Praxismanagement, Finanzen, Recht), sg;
E-Mail: s.grande@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A. (Politik, EDV, Technik, Leitung Online), ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Sara Friedrich, M.A. (Wissenschaftspolitik, Prophylaxe,
soziales Engagement), sf; E-Mail: s.friedrich@zm-online.de
Marius Gießmann, B.A. (Redakteur), mg;
E-Mail: m.giessmann@zm-online.de
Markus Brunner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de
Eric Bauer (Volontär), eb;
E-Mail: e.bauer@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 Zeitungsbezugsgehalt ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED
Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, Fax: +49 2234 7011-255
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Norbert Froitzeim

Produktmanagement:

Christina Hofmeister
Tel.: +49 2234 7011-355, E-Mail: hofmeister@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Tel. +49 2234 7011-467, E-Mail: vertrieb@aerzteverlag.de

Key Account Dental:

Andrea Nikuta-Meerloo, Tel. +49 2234 7011-308
Mobil: +49 162 2720522, E-Mail: nikuta-meerloo@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

Katja Höcker, Tel. +49 2234 7011-286
E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:

Michael Laschewski, Tel. +49 2234 7011-252
E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen:

Verkaufsgebiete Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383, E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Mitte: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775,
Mobil: +49 170 5457343, E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414,
Mobil: +49 179 2413276, E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, 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 2. Quartal 2011:

Druckauflage: 85 633 Ex.
Verbreitete Auflage: 84 467 Ex.

101. Jahrgang

ISSN 0341-8995

DENTAURUM**Schnelle und effiziente Reinigung**

Dentaureum stellt das neue activeblue Hochleistungsreinigungsgesetz vor, das speziell für den Einsatz in der Kieferorthopädie entwickelt wurde. Das Gerät befreit in kurzer Zeit Zahnspangen einfach und sicher von Plaque, Ablagerungen und hartnäckigem Schmutz. Und das ganz ohne Materialabrieb oder Beeinträchtigung der Funktion der empfindli-

chen Dehnschrauben, Drähte und Drahtelemente. Dank des Nadelreinigungsverfahrens erreicht man mit dem Reinigungsgerät je nach Verschmutzungsgrad bereits nach 15 Minuten ein optimales Reinigungsergebnis: einfach, schnell und schonend.

Durch seine kleine kompakte Größe passt das Gerät überall hin und nimmt wenig Platz in Anspruch – praktisch für Praxis und Labor.

*DENTAURUM GmbH & Co. KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-0
Fax: 07231 803-295
www.dentaureum.de
E-Mail: info@dentaureum.de*

W&H**Sicheres Rundum-Hygieneprogramm**

Zahnärztliche Instrumente sind Präzisionsgeräte mit regelmäßigem Hygiene- & Pflegebedarf. W&H bietet ein komplettes, sich optimal ergänzendes und sicheres Hygieneprogramm.

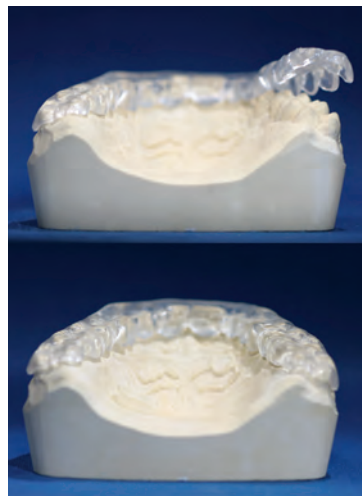
Der Klasse-B-Sterilisator Lisa wurde für eine intensive Nutzung entwickelt. Das Gerät arbeitet daher mit den neuen Klasse-B-Zyklen, die den gesamten Sterilisationszyklus nach Art und Anzahl der zu sterilisierenden Instrumente automatisch verkürzen bzw. optimieren. Das patentierte ECO-Trockensystem verkürzt zudem die Trockenzeit. Der Lina Sterilisator bietet ausschließ-



lich Klasse-B-Zyklen und einen kurzen ECO-B-Zyklus für kleine Beladungen sowie eine einfache Bedienung durch seine praktische Tastatur. Darüber hinaus lässt er sich den Bedürfnissen der Praxis anpassen.

*W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0, Fax: -11
E-Mail: office.de@wh.com
www.wh.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Kentzler-Kaschner Dental**Kunststoff für die Schienentherapie**

Indikationen für eine Schienentherapie gibt es viele. Die dafür verwendeten Kunststoffe bringen häufig jedoch auch Nachteile für die Patienten mit sich. Eine Alternative ist ClearSplint. Dieser Kunststoff, als Schiene verarbeitet, vereint die Vorteile sowohl einer harten, als auch einer flexi-

blen Schiene in einem einzigen Material: höchster Tragekomfort (spannungsfrei), einzigartige Anpassungsfähigkeit (thermoaktiv), selbstadjustierend durch Memoryeffekt, kein Kaugummieffekt, Langlebigkeit, kein Vergilben, da frei von Aminen, hypoallergen, da MMA-frei, lässt sich reparieren und ausbessern, geeignet für alle Indikationen. In warmem Wasser leicht vorgewärmt, schmiegt sich das Material beim Eingliedern der Zahnreihe an und adjustiert sich durch Körpertemperatur und permanentem Anpressdruck in der Mundhöhle von selbst.

*Kentzler-Kaschner-Dental
Mühlgraben 36
73479 Ellwangen/Jagst
Tel.: 07961 912626
www.kkd-topdent.de
E-Mail: info@kkd-topdent.de*

Werbeideen mit Biss**Patienten finden und binden**

Ein häufig vernachlässigtes Thema in den Praxen ist die Patientenbindung und Patientenfindung. Zu diesem Thema hat sich die Firma Werbeideen mit Biss ein Konzept überlegt und bietet den Praxen schöne Giveaways, die den Patienten Freude bereiten und die Beschenkten zur Mundpropaganda anregen. Sei es ein Apfel mit dem Praxis-Logo, Zahnseide im Scheckkartenformat mit viel Platz für Werbung, singende und blinkende Zahnputzbecher oder auch mal ein Zahnarzt zum Knautschen (Foto) – die Angebotspalette lässt keine Wünsche offen.

Die Macher bei Werbeideen mit Biss verfügen über langjährige Er-



fahrung im Werbemittelmarkt und entwickeln gerne individuelle, themenbezogene Werbemittel für die zahnärztliche Praxis.

*Werbeideen mit Biss
Dorfstraße 14 b
22926 Ahrensburg
Tel.: 04102 692670
Fax: 04102 692680
www.werbeideen-mit-biss.de
E-Mail:
info@werbeideen-mit-biss.de*

- 1 & 1 Internet AG**
Seite 43
- 1 & 1 Internet AG**
Seite 45
- 3M Espe AG**
Seite 21
- Beycodent
Beyer + Co. GmbH**
Seite 61
- Colthène/Whaledent
GmbH & Co. KG**
Seite 5
- Colthène/Whaledent
GmbH & Co. KG**
Seite 73
- Dampsoft Software-
Vertriebs GmbH**
Seite 25
- DCI Dental
Consulting GmbH**
Seite 107
- Dell Computer GmbH**
Seite 79
- Dental Magazin**
Seite 91
- Dental Online College
GmbH**
Seite 85
- Dental-Elan**
Seite 67
- Dentalpoint
Germany GmbH**
Seite 63
- Dentaltrade
GmbH & Co. KG**
Seite 7
- Dentsply DeTrey
GmbH**
4. Umschlagseite
- Deutsche
Apotheker- und
Arztebank**
Seite 100
- Deutsche
Gesellschaft f.
Parodontologie e. V.**
Seite 93
- DMG
Dental-Material GmbH**
Seite 57
- Doctorseyes GmbH**
Seite 67
- Dr. Kurt Wolff
GmbH & Co. KG**
Seite 39
- Dr. Liebe Nachf.
GmbH & Co. KG**
Seite 75
- Dreve Dentamid
GmbH**
Seite 47
- Gateway Brasil GmbH**
Seite 107
- Girardelli
Dental-Medizinische
Produkte**
Seite 95
- ic med
EDV-Systemlösungen**
Seite 53
- Inter
Versicherungsgruppe**
Seite 77
- Ivoclar Vivadent
GmbH**
Seite 59
- Johnson & Johnson
GmbH**
Seite 65
- KaVo Dental GmbH**
Seite 19
- Kettenbach
GmbH & Co. KG**
2. Umschlagseite
- Komet
Gebr. Brasseler**
Seite 15
- Kuraray Europe GmbH**
3. Umschlagseite
- Medentis Medical
GmbH**
Seite 31
- Permadental BV**
Seite 9
- Pharmartechnik
GmbH & Co. KG**
Seite 11
- Procter & Gamble
GmbH**
Seite 23
- Protilab**
Seite 17
- Ratiodental**
Seite 107
- Septodont GmbH**
Seite 55
- Sirona Dental
Systems GmbH**
Seite 35
- STI Steinbeis-Transfer
Institut Management
of Dental/Oral Med.**
Seite 105
- teamwork media
Verlags GmbH**
Seite 113
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 97
- Ultradent
Dental-Medizinische
Geräte
GmbH & Co. KG**
Seite 71
- youvivo GmbH**
Seite 13
- Zahnkultur
Gemeinschaftspr.
Dr. Schneider,
Dr. Rasche,
Grunewald**
Seite 81
- zm-Jahresband**
Seite 87
- Einhefter**
Deutscher Ärzte-Verlag
GmbH/Versandbuch-
handlung
zw. Seite 48/49
- Vollbeilagen**
Cumdente Gesell-
schaft f. Dentalproduk-
te mbH
- mectron Deutschland
Vertriebs GmbH
- Roos Dental e.K.
- RSD Reise Service
Deutschland GmbH
- Sirona Dental Systems
GmbH
- Tec 2 GmbH
- Teilbeilage**
Plan International
Deutschland e.V.
- PLZ 2,3,6,7,8 und 9

Kettenbach

Kooperation mit Bisco



Kettenbach hat kürzlich mit dem US-amerikanischen Hersteller BISCO eine strategische Partnerschaft vereinbart. Diese sieht den exklusiven Vertrieb von BISCO-Produkten durch Kettenbach in Deutschland und Österreich vor. Das Schwergewicht des Sortiments liegt dabei zunächst auf dentalen Adhäsiven und Zemen-

ten. Highlights sind das selbststän- dige Adhäsiv ACE ALL-BOND SE und BisCem, ein selbsthaftender Komposit-Befestigungszement. Kettenbach führt darüber hinaus auch Z-PRIME Plus auf dem deutschen Markt ein. Das ist der weltweit erste Primer, der eine chemische Verbindung zu Zirkon herstellt und dadurch die Haftwerte von indirekten Restaurationen aus Zirkon signifikant verbessert.

Kettenbach GmbH & Co. KG
Im Heerfeld 7
35713 Eschenburg
Tel.: 02774 705-0
Fax: 02774 705-87
E-Mail: info@kettenbach.com
www.kettenbach.com

Protilab

Seit einem Jahr in Deutschland

Das Unternehmen begann vor einem Jahr, in Deutschland Qualitätszahnersatz zu einem bestmöglichen Preis anzubieten – in der Regel 50 Prozent günstiger als BEB und BEL. In Frankreich ist Protilab bereits seit fünf Jahren

lent zur deutschen Stiftung Warrentest, die monatlich Blindtests durchführt, um Produkte zu prüfen. Die Importkronen von Protilab belegten dort den ersten Platz, weit vor lokalen und anderen Importzahnersatzprodukten.



erfolgreich. Hier wirbt der Zahnarzt inzwischen mit „Protilab-Kronen“, um seinen Kunden hochwertigen Zahnersatz zu ermöglichen. Dies ist auch auf eine Studie zurückzuführen, die von „Que choisir“ durchgeführt wurde. „Que choisir“ ist das Äquiva-

Das wachsende Unternehmen hat kürzlich neue Geschäftsräume in Frankfurt/M. bezogen.

Protilab
Geleitstr. 14
60599 Frankfurt/M.
Tel.: 0800 7557000
www.protilab.de
E-Mail: kontakt@protilab.de



Nr. 23/2011

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22. 12. 2011 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Rosemarie Weidenfeld
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234 7011-255

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 – Kursreihe Prothesenoptimierung (S. 104)
- BEGO – Individuelle Implantatprothetik (S. 105)
- Coltène/Whaledent – Expansion trifft Adhäsion (S. 104)
- curasan – Mehr Serviceleistungen im Internet (S. 107)
- DENTAURUM – Schnelle und effiziente Reinigung (S. 110)
- dent-o-care – Aktion „Elektrische Mundhygiene“ (S. 108)
- Geistlich – Ein ganzer Tag praktische Fortbildung (S. 108)
- Heka Dental – Möbelstück nah am Menschen (S. 104)
- Hu-Friedy – Moderne Parodontaltherapie (S. 105)
- Johnson & Johnson – Neue Mundspüllösung für Kinder (S. 108)
- KaVo – Prophylaxe – einfach und angenehm (S. 106)
- Kentzler-Kaschner Dental – Kunststoff für Schienentherapie (S. 110)
- Kettenbach – Kooperation mit Bisco (S. 112)
- Philips – Weihnachtsspecial für Praxis und Patienten (S. 104)
- Procter & Gamble – Wenn es der Pflege zu viel wird (S. 106)
- Protilab – Seit einem Jahr in Deutschland (S. 112)
- R-dental – Perfekt registrieren (S. 106)
- Triron – Neu: Selbstbohrende Knochenschraube (S. 107)
- ULTRADENT – Größer und höher auflösend (S. 106)
- Werbeideen mit Biss – Patienten finden und binden (S. 110)
- W&H – Sicheres Rundum-Hygieneprogramm (S. 110)

BKK für Heilberufe

Abrechnung bleibt zunächst möglich

Die Krankenversichertenkarten der BKK für Heilberufe bleiben bis zum 31. März 2012 gültig. Das haben KBV und GKV-Spitzenverband beschlossen, wie das Deutsche Ärzteblatt berichtet. Damit könnten Ärzte die Behandlung von Versicherten der insolventen Kasse, die bis zu deren Schließung am 31. Dezember 2011 noch keine neue Krankenkasse

gefunden haben, vorübergehend über die alte Krankenversichertenkarte abrechnen. Die BKK für Heilberufe bleibe als sogenannte leistungsaushelfende Krankenkasse für die Abrechnung des ersten Quartals 2012 bestehen. Ab dem 1. April 2012 könne die Krankenversichertenkarte der BKK für Heilberufe dann nicht mehr eingelesen werden. pr

Ergänzung zum Versorgungsstrukturgesetz

Pflegebedürftige mit berücksichtigt

Der Gesetzgeber hat eine Ergänzung des Versorgungsstrukturgesetzes beschlossen, die die zahnmedizinische Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung verbessern soll. KZBV und BZÄK bewerten den Schritt vorsichtig optimistisch. Bei der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Behinderung gibt es erhebliche Versorgungslücken. Dass die Politik das Problem im Versorgungsstrukturgesetz aufgreift, belegt, dass der Handlungsbedarf anerkannt wird. Allerdings reicht der vor dem Hintergrund begrenzter Finanzmittel geplante Schritt bei Weitem nicht aus, um die Versorgungssituation der Betroffenen grundsätzlich zu verbessern. „Der Bedarf der Schwächsten in der Gesellschaft kann sich nicht an der Kassenlage orientieren. Hier wird nur der Startpunkt gesetzt. Wir haben mit unserem Konzept ‚Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter‘ aufgezeigt, was noch zu tun ist“, sagte der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KZBV, Dr. Wolfgang Eßler. Im Gesetz vor-

gesehen sei im Moment nur eine Einzelmaßnahme – die Aufnahme einer neuen Position für das Aufsuchen von immobilen Patienten in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Vizepräsident der BZÄK, Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, forderte weitergehende Schritte: „Es ist leider nicht allein damit getan, den Zahnarzt zum Patienten zu bringen, wo der Patient nicht zum Zahnarzt kommen kann. Auch Menschen, die nicht selbstständig Mundhygiene betreiben können, brauchen besondere Therapie- und Prophylaxeleistungen.“ Kann ein Patient bei der Behandlung nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten, sei der Therapieaufwand wesentlich größer. Diese Punkte seien in dem zahnärztlichen Versorgungskonzept systematisch berücksichtigt und sollten schrittweise umgesetzt werden. „Wir haben eine gesellschaftliche Verantwortung für die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Und wir sehen, dass die Gesundheitspolitik sich dieser Verantwortung zu stellen beginnt“, so Oesterreich. pr/pm

Gesundheitsvorsorge

Frauen haben die Nase vorn

Wer bis ins hohe Alter gesund sein und gut aussehen will, muss auch etwas dafür tun. Davon sind laut einer repräsentativen Umfrage vor allem Frauen überzeugt. 80 Prozent von ihnen legen beispielsweise besonderen Wert auf gesunde Ernährung, bei den Männern nur 58 Prozent. Auch in anderen Bereichen der Gesundheitsvorsorge haben die Frauen laut einer Befragung der „Apotheken Umschau“ die Nase vorn: 71 Prozent geben an, weitgehend auf Alkohol zu verzichten (Männer: 43 Prozent). Mehr als vier Fünftel sorgen für ausreichenden Sonnenschutz und regelmäßige Pflege ihrer Haut (Männer: 42 Prozent). Auch beim Gewicht sind Frauen kritischer. 61 Prozent reduzieren im Hinblick auf den langfristigen Gesundheitserhalt ihr Übergewicht oder bemühen sich, das Normalgewicht zu hal-



Foto: CC

ten, bei den Männern tut das nur die Hälfte. Doch es gibt auch die Ausnahme von der Regel: Der Anteil derjenigen, die durch Bewegung Gesundheitsvorsorge betreiben, ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich hoch. Sowohl bei den Frauen (54 Prozent) als auch bei den Männern (55 Prozent) gibt mehr als die Hälfte an, für den Erhalt der körperlichen Fitness mindestens 60 Minuten pro Woche sportlich aktiv zu sein. eb/ots

Zahnfehlstellungen

Sesshaftigkeit ist schuld

Die Kiefer- und Zahnfehlstellungen moderner Menschen sind womöglich Folge der bäuerlichen Lebensweise. Laut einer britischen Wissenschaftlerin habe sich der Kieferknochen verkürzt und verbreitert, nachdem die Menschen begonnen hatten, sesshaft zu werden und Ackerbau und Viehzucht zu betreiben. Vermutlich liege das daran, dass die Nahrung der Bauern stärker verarbeitet und gekocht wurde als bei den Jägern und Sammlern und damit die Belastung der Kiefer nachließ, schreibt Noreen von Cramon-Taubadel

von der University of Kent (Canterbury/Großbritannien) in den „Proceedings“ der US-Nationalen Akademie der Wissenschaften („PNAS“). Cramon-Taubadel hatte die Kiefer elf früher menschlicher Populationen aus unterschiedlichen Regionen der Welt anhand von Stücken in Museen analysiert. Sechs hatten eine bäuerliche Lebensweise geführt, fünf waren Jäger- und Sammler-Gemeinschaften. Die Kiefer der Jäger und Sammler waren länger und schmäler, zudem gab es noch einige andere Unterschiede. eb/dpa

EU-Plan**Kampf gegen Antibiotikaresistenzen**

Antibiotikaresistenzen kosten jährlich etwa 25 000 Menschen in der EU das Leben. Der volkswirtschaftliche Schaden beläuft sich auf mehr als 1,5 Milliarden Euro. Mit einem 12-Punkte-Plan will die EU versuchen, dem Problem innerhalb der nächsten fünf Jahre Herr zu werden.

„Wir müssen Ärzte dazu erziehen, nicht länger zu viele Antibiotika zu verschreiben und die Tierärzte dazu bringen, Antibiotika in der Tierzucht mit Maß und Verstand anzuwenden“, forderte EU-Kommissar John Dalli bei der Vorstellung des Aktionsplans.

Resistente Bakterien könnten über die Lebensmittelkette oder durch direkten Kontakt vom Tier

auf den Menschen übertragen werden. Nur durch rasches und entschlossenes Handeln sei es zudem möglich, bakterielle Infektionen bei Mensch und Tier auch künftig mit Antibiotika zu behandeln.

Von entscheidender Bedeutung im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen sei jedoch nicht nur sicherzustellen, dass Antibiotika sowohl beim Menschen als auch beim Tier angemessen eingesetzt werden. Ferner gelte es, die Infektionsprävention und -kontrolle in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen zu verbessern und neue wirksame Antibiotika oder Behandlungsalternativen zu entwickeln. pr/ps

Bayerische Hausärzte**Kampagne gegen Praxissterben**

Der Bayerische Hausärzteverband will mit einer neuen Kampagne vor einem flächendeckenden Praxensterben warnen. Unter dem Motto „Jede Woche schließt eine Hausarztpraxis – für immer“

wolle der Verband Bürger und Politik aufrütteln, sagte Petra Reis-Berkowicz vom Vorstand bei der Vorstellung der Kampagne in München.

Zahlreiche Ärzte sollen auf Plakaten und im Internet über ihre Probleme berichten, wenn es darum geht, ihre Praxis weiter zu betreiben oder einen Nachfolger zu finden. Erstmals äußerten sich Ärzte, die ums wirtschaftliche Überleben kämpfen, sagte Reis-Berkowicz.

Der Hausärzteverband will mit der Kampagne darauf drängen,



Foto: MEV

dass Politik und Krankenkassen wieder besser dotierte Hausarztverträge in der Form ermöglichen, wie sie bis Ende vergangenen Jahres gegolten haben. Ohne diese Verträge hätten Hausärzte im Vergleich zum Jahr 2010 bis zu 30 Prozent Honorar einbußen, erklärte der Verband. Nach Ansicht vieler Kassenvertreter und auch des Bundesgesundheitsministeriums sind diese alten Verträge aber zu kostspielig. Die Bundesregierung hatte deshalb die finanzielle Ausstattung dieser Verträge beschnitten. eb/dpa

G-BA**Wenig gespart bei Arzneimittelprüfung**

Die Prüfung neuer Arzneimittel auf ihren Mehrwert für Patienten bringt voraussichtlich nicht die angekündigten Milliarden-Einsparungen. Nach Einschätzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird das Sparziel der Koalition in absehbarer Zeit nicht erreicht. Die Pharmaindustrie warnte vor möglichen Einschnitten bei der Patientenversorgung. Knapp ein Jahr nach Inkrafttreten der jüngsten Arzneimittelreform werden nun die ersten neuen Medikamente auf ihren Zusatznutzen gegenüber vergleichbaren Therapien geprüft. Noch in diesem Jahr werde der G-BA die erste Bewertung abschließen, sagte der Vorsitzende dieses Spitzengremiums aus Ärzten, Krankenkassen und Kliniken, Rainer Hess. Er meinte, die von



Foto: stockdisc

der Regierung angekündigten Einsparungen von rund zwei Milliarden Euro pro Jahr seien erst bei einer Bewertung der schon länger auf dem Markt befindlichen Arzneimittel realistisch. „Derzeit können wir nicht sicher einschätzen, wann ein nennenswerter Anteil an Wirkstoffen einer neuen Bewertung unterzogen sein wird.“ eb/dpa

Eckpunktepapier von zehn Bundesländern**Mehr Rechte für Patienten**

Patienten sollen gegenüber Ärzten und Krankenkassen mehr Rechte bekommen. Das sieht ein Eckpunktepapier von zehn Bundesländern vor, das in Berlin vorgestellt wurde. Darin sind unter anderem ein Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung und auf Einsicht in die Patientenakte vorgesehen sowie ein Härtefallfonds für die Opfer von Behandlungsfehlern. Zudem sollen Behandlungsfehler schon im Vorfeld durch ein verbessertes Risikomanagement verhindert werden. Mit diesen Vorschlägen gehe man deutlich über das vor Kurzem vorgelegte Patientenrechtegesetz der Bundesregierung hinaus, betonte Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks

(SPD). Die Länder Hamburg, Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen wollen eigenen Angaben zufolge den mündigen Patienten. „Er soll auf Augenhöhe mit dem Arzt über die eigene Behandlung mitentscheiden“, sagte Prüfer-Storcks. Diesem Ziel sollten auch das Recht auf Beratung durch eine neutrale Institution dienen sowie die Einführung eines verständlichen Patientenbriefs bei wichtigen Therapie-Entscheidungen. Im Fall von Behandlungsfehlern soll zudem die Beweislast gesetzlich vom Patienten auf den Arzt verlagert werden. eb/dpa

BZÄK und KZBV begrüßen Wahl

Rolf Koschorrek neuer BFB-Präsident

BZÄK und KZBV haben die Wahl des Zahnarztes Dr. Rolf Koschorrek zum Präsidenten des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB) ausdrücklich begrüßt. „Wir haben erstmals seit über 30 Jahren einen zahnärztlichen Kollegen an der Spitze der freien Berufe. Wir hatten uns im Vorfeld der Wahl gemeinsam für Rolf Koschorrek als Kandidaten der Gesundheitsberufe eingesetzt und freuen uns, dass der BFB unserem Personalvorschlag gefolgt ist“, sagte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel unterstrich: „Koschorrek ist der richtige Mann für dieses Amt. Ich bin sicher, dass die freiberuflichen Ziele und Ideale, die für die Zahnärzte von besonderer Bedeutung sind, mit ihm eine Stärkung erfahren.“



Foto: BFB

Der bisherigen BFB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann wurde zum Ehrenpräsidenten gewählt. Als Vizepräsidenten im Amt bestätigt wurden: Bauingenieur Dr.-Ing. Volker Cornelius, Präsident des Verbands Beratender Ingenieure, aus Darmstadt, Rechtsanwalt Dr.

Fritz-Eckehard Kempfer, Präsident des Verbands der Freien Berufe in Bayern und Vizepräsident der Rechtsanwaltskammer München, Unternehmensberater Dr. rer. pol. Lutz Mackebrandt aus Berlin, Mitglied des Präsidiums des Bundesverbands Deutscher Unternehmensberater, Rechtsanwalt und Notar Ulrich Schellenberg, Vorsitzender des Berliner Anwaltsvereins, Apotheker Dipl.-Pharm. Friedemann Schmidt aus Leipzig, Vizepräsident der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und Präsident der Sächsischen Apothekerkammer und Steuerberater Dipl.-Volksw. StB/vBP Edgar Wilk aus Mainz, Präsidiumsmitglied der Bundessteuerberaterkammer Präsident der Steuerberaterkammer Rheinland-Pfalz und Präsident des Landesverbands der Freien Berufe Rheinland-Pfalz.

Als Vizepräsidentin neu gewählt wurde die Ärztin Dr. Martina Wenker aus Hildesheim, die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer und Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen ist. Neu gewählt wurde zudem als Vertreterin der Landesverbände der Freien Berufe, die Steuerberaterin StB/vBP Ute Mascher, Vorsitzende des Verbands Freier Berufe in der Freien und Hansestadt Hamburg, Präsidentin des Steuerberaterverbands Hamburg, Vizepräsidentin des Deutschen Steuerberaterinstituts und Vorstandsmitglied des Deutschen Steuerberaterverbands. pr/pm

BDIZ EDI zur GOZ

Verfassungsbeschwerde ist vorbereitet

Seit der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) verkündet hat, den Klageweg gegen die GOZ 2012 zu beschreiten, erkundigen sich viele Zahnärzte nach Möglichkeiten der Unterstützung beim Weg vor das Bundesverfassungsgericht. Der BDIZ EDI hat aus diesem Grund ein Anderkonto eingerichtet, das treuhänderisch von der Rechtsanwaltskanzlei Ratajczak & Partner verwaltet wird. „Wir sind zuversichtlich, dass mit der juristischen Unterstützung durch die Rechtsanwaltskanzlei unseres Justizars Dr. Thomas Ratajczak die Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe nicht nur angenommen, sondern auch zugunsten der Zahnärzte entschieden wird“, sagt Christian Berger,



Präsident des BDIZ EDI. Wer die Verfassungsbeschwerde des BDIZ EDI unterstützen möchte, kann dies mit einer Spende auf folgendes Konto tun:

Anderkonto Ratajczak & Partner, Vereinigte Volksbank AG, BLZ: 60390000, Kto.: 447810006, Betreff: GOZ-Verfassungsbeschwerde des BDIZ EDI. eb/pm

■ Mehr unter www.bdizedi.org

Arzneimittelkommission

Zu viele Medikamente auf dem Markt

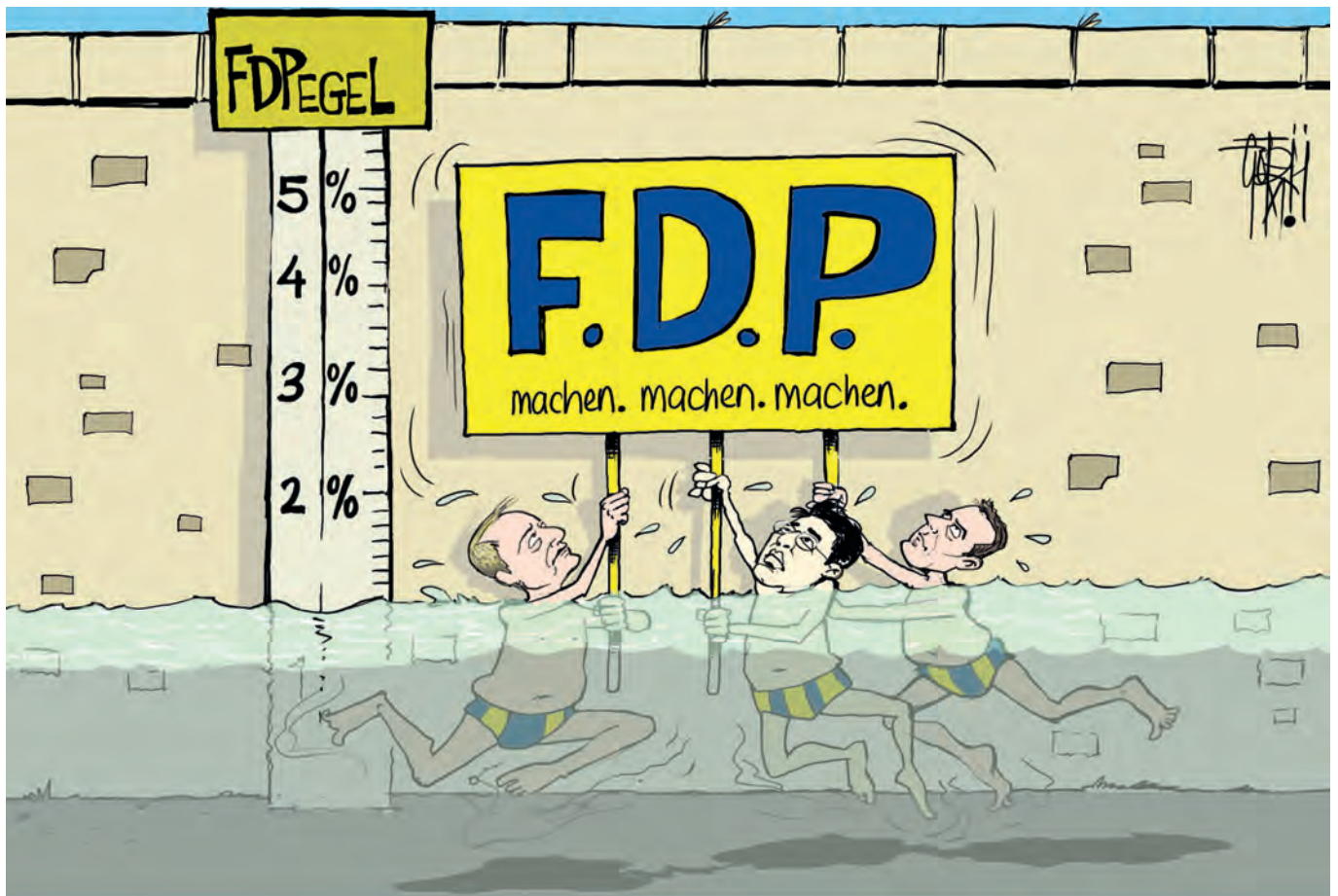
Ärzte und Patienten in Deutschland müssen aus Expertensicht mit einem Überangebot an Medikamenten zurechtkommen. „Wir haben definitiv zu viele Arzneimittel“, sagt der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig.

Er erklärte: „In Deutschland sind rund 20 000 verschreibungspflichtige Arzneimittel mit rund 2 000 Wirkstoffen zugelassen.“ 300 bis 500 dieser Wirkstoffe dürften für eine gute medizinische Versorgung ausreichen. „In einzelnen Bereichen wie der Schmerztherapie bei Tumorpatienten sind die Verordnungen oft sehr irrational“, so Ludwig. Solche kostenträchtigen Medika-

mentengruppen müssten gezielt überprüft werden.

Dafür zuständig sind zentrale Gremien des Gesundheitswesens, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG). Für Ludwig ist fraglich, ob diese Gremien die nötigen Kapazitäten haben.

Infolge der jüngsten Arzneireform der Koalition werden nun zumindest neue Arzneimittel auf ihren tatsächlichen Mehrwert für Patienten untersucht. „Für viele Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird der Preis sinken“, prognostizierte Ludwig. „Das ist aus ökonomischer Sicht sicher sinnvoll.“ sf/dpa



Kolumne

Reich und sexy

KBV strikes back: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will, wie ihr Chef Dr. Andreas Köhler verlauten ließ, als Reaktion auf die Arztbewertungsportale im Internet einen sogenannten „Kassennavigator“ ins Leben rufen. Ärzte sollen online die Krankenkassen bewerten, Versicherte können diese Bewertungen dann aufrufen. Dabei soll das Leistungsangebot beziehungsweise – wie Köhler sich ausdrückte – die „Attraktivität“ der Kasse beurteilt werden. Weiß dann der Versicherte: Meine Kasse ist arm, aber sexy?

Wohl kaum. Denn anders als bei Berlin, um dem Spruchschöpfer Klaus Wowereit zu folgen, geht bei Kassen die gute finanzielle Ausstattung mit der Sexiness Hand in Hand. So konnte sich die City BKK als die Mutter Beimer unter den

Kassen den Scarlett Johanssons und Natalie Portmans auf dem Markt (gutes finanzielles Polster und kein Zusatzbeitrag) nicht erwehren. Die Versicherten folgten der Sexiness, das Ende für die City BKK ist bekannt. Somit bekommt der Arzt als Attraktivitätsbewerter ein völlig neues Aufgabenfeld zugeteilt.

Doch Vorsicht, KBV! Vielleicht führen die Krankenkassen in ihren Arztbewertungsportalen Sexiness auch als Beurteilungskriterium ein. Und dann steht für den Patienten die Untersuchung durch den schmucken Jungarzt bald auf der IGeL-Liste.

Ihr vollkommener Ernst