

Parodontal geschädigte Zähne

Erhalt versus Extraktion

**GKV und
Gesundheitsfonds**

**Marketing mit
Social Media**



Foto: proDente

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“ – das SGB V steckt für die vertragszahnärztliche Versorgung und den gemeinsam mit dem Patienten einzuschlagenden Therapieweg einen begrenzten, wenn nicht engen Handlungsrahmen. Der Streit, ob Ökonomie und gebotene Versorgung in einem vernünftigen oder zumindest praktikablen Verhältnis stehen, prägt das vertragszahnärztliche System seit Jahren.

Aktuell wird angesichts der Einnahmenüberschüsse wieder gestritten, ob Deutschlands gesetzliche Krankenkassen tatsächlich so extrem „knapp bei Kasse“ sind. Diesmal wird sogar mit der Notwendigkeit des Vorsorgespargens begründet, dass es trotz Überschusssituation keine finanzielle Manövermasse geben darf.

Wie dem auch sei, die Strategie der Kassen bleibt pro domo bei der gewohnt engen Auslegung. Erschwerend kommt inzwischen hinzu, dass diese Maxime mehr und mehr auch auf die Privaten Krankenversicherungen einen unbändigen Reiz auszuüben scheint, der durch politisches Konvergenzgerede nicht gerade gemildert wird.

■ *Zahnerhalt ist Teamsache: Erst das Paket aus Prophylaxe und zahnmedizinischer Versorgung erfüllt die Anforderung der SGB-V-Forderung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“.*

Für das zahnärztliche Wirkungsfeld ist insofern die Suche nach den Schnittmengen zwischen betriebswirtschaftlicher Notwendigkeit und ärztlichem Ethos tägliche Übung. Dass die zahnärztliche Kollegenschaft en gros diesen Weg findet und geht, bezeugt das Vertrauen, das Patienten ihren Zahnärzten entgegenbringen. Diese Treue zeugt davon, dass Monetik eben nicht erste Wahl zulasten der Ethik ist.

In der zm-Titelgeschichte weist der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz am Beispiel der Parodontitistherapie auf, was für ein breites Spektrum an Möglichkeiten Patient und Zahnarzt haben, wenn sie konform gehen. Die Argumente, die für den Erhalt parodontal geschädigter Zähne sprechen, schaffen nicht nur – übrigens durchaus belegbare – Lebensqualität. Der Erhalt ist auch aus Sicht des Sozialgesetzbuches V – also „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“ – eine sinnvolle therapeutische Maßnahme.

Dass insbesondere der Compliance in diesem Feld der Entscheidungsfindung besonderes Gewicht zukommt, stellt die Therapie zwar vor besondere Herausforderungen. Ein Hindernis darf und kann sie nicht sein.

Befürchtungen, dass angesichts der Knappheit ökonomischer Möglichkeiten die Etablierung neuer Methoden in der zahnmedizinischen Versorgung gefährdet sein könnte und „knappe Kassen“ zur Rückkehr in altvordere Medizin drängen könnten, sind hingegen unwahrscheinlich. Vor simplen Grundformeln, die aufwendigere Maßnahmen vorab als zu kostspielig erachten, wird aus fachlicher Sicht – ohne Versorgungsforschung und entsprechende Validierung – gewarnt. Der Patient wird es danken.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Initiative ProDente e.V. / Titel: Fotolia.com - Silverpics

Zum Titel

Welche Faktoren bei der Therapie parodontal geschädigter Zähne unter Berücksichtigung knapper Ressourcen relevant sind, analysiert der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz.

Seite 32



Foto: Fotolia.com - Hugo Berties

Was tun, wenn man beruflich bedingt in Rechtsstreitigkeiten gerät? Tipps für den Fall der Fälle.

Seite 104

Editorial 3

Leserforum 6

Leitartikel

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel warnt vor der Konvergenz der Systeme von GKV und PKV 8

Nachrichten 10

Gastkommentar

FAZ-Korrespondent Andreas Mihm, Berlin, zur Pflegereform 18

Das aktuelle Thema

Gesundheitsfonds und Strukturausgleich: Faktoren der Stabilität 20

Politik und Beruf

GKV und PKV: Streit um die Abwanderung 22

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen: Chirurgische Leistungen 24

Patientenrechtegesetz: Geteiltes Echo 28

Gesundheit und Soziales

Mythos Club 27: Die Guten sterben jung 30

Titelstory

Parodontitistherapie: Zahnerhalt als Königsweg 32

Zahnmedizin

Der aktuelle klinische Fall: Sjögren-Syndrom 38

Die klinisch-ethische Falldiskussion: Abgebrochene Feile im Wurzelkanal 44

zm Interaktive Fortbildung:

Perfekte Rehabilitation dank Prothetik 48

Orale Rehabilitation eines Abrasionsgebisses 50

Prothetische Rehabilitation nach operativer Tumortherapie 58

Medizin

Rauchloses Rauchen: Die E-Zigarette – derzeit in aller Munde 64

Repetitorium: Hämostase und Antikoagulation 68

Foto: ddpimages



Jim Morrison & Co. – sterben Musiker wirklich gehäuft mit 27? Forscher haben nun die Antwort gefunden.

Seite 30

Foto: Fotolia.com - Sebastian Kaultitzki



Zu dickes Blut macht Probleme, zu dünnes auch. Hier ist der Königsweg angesagt. Neues zum Thema Blutgerinnung und -verdünnung sowie der Umgang damit vor und während einer Zahnbehandlung.

Seite 68

Foto: Initiative proDente e.V.



zm-Fortbildungsteil mit Fallbeispielen: Zwei komplexe Patientenfälle aus dem Bereich Prothetik werden vorgestellt.

Seite 48

Tagungen	
DGP: Gesunde und schöne Zähne für ein besseres Leben	74
Veranstaltungen	78
Finanzen	
Defensivaktien: Gefahren umschiffen	94
Praxismanagement	
Trends	98
EDV und Technik	
Marketing mit Social Media: Präsenz zeigen	100
Impressum	102

Recht	
Strafverfahren: Kühlen Kopf bewahren	104
Internationales	
Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie: EU-Konzepte gegen Fachkräftemangel	106
Neuheiten	108
Letzte Nachrichten	143
Zu guter Letzt	146



Zu invasiv

■ Zum Beitrag „Praxiskonzept Implantologie – So sollte jeder Patient behandelt werden“ in zm 22/2011:

Unter dem Kurztitel „Praxiskonzept Implantologie“ überschreiben die Kollegen Buchmann und Kochhan ihren Beitrag in den zm „So sollte jeder Patient behandelt werden“. Dies impliziert, dass jeder Patient, bei dem anders vorgegangen wird, falsch behandelt wird. Die Aussagen, dass vor jeder Implantattherapie im parodontal kompromittierten Gebiss eine parodontale Behandlung stehen sollte, und dass unbehandelte schwere Formen von Parodontitis Einfluss auf die Allgemeingesundheit haben können, sind so richtig wie erwähnenswert. Dennoch bleibt zu hoffen, dass möglichst nicht jeder Patient nach dem von Buchmann und Kochhan vorgeschlagenen Konzept behandelt wird. Warum?

An verschiedenen Stellen im Text und prominent in den Abb. 3 und 4 wird das Konzept propagiert, Oberkiefermolaren mit einem Knochenabbau kleiner oder gleich 50 Prozent der Wurzellänge und Unterkiefermolaren mit horizontalem Knochenabbau und Grad-III-Furkationsbeteiligung frühzeitig zu entfernen und gegebenenfalls durch Implantate zu ersetzen. Dies wird damit begründet, dass in diesen Situationen die parodontale Zerstörung nicht aufgehalten werden könne und der Erhalt dieser Zähne die Voraussetzungen für enossale Implantationen verschlechtere. Aufgrund welcher wissenschaftlicher Grundlage stellen Buchmann und Kochhan diese Emp-

fehlungen auf? In dem weit-schweifigen Text bleiben sie uns gerade diese wichtige Information schuldig. Aktuelle Studien belegen, dass unter der Voraussetzung regelmäßiger Nachsorge auch furkationsbeteiligte Zähne über zehn Jahre (Pretzl et al. 2008) und tunnelierte Molaren (Grad-III-Furkationsbeteiligung) über knapp neun Jahre (Danne-witz et al. 2006) Überlebensraten von mehr als 90 Prozent haben. Solche Erfolgsraten müssen für enossale Implantate im Molarenbereich erst gezeigt werden. Die Autoren sollten bedenken, dass bei Parodontitis nicht die Zähne

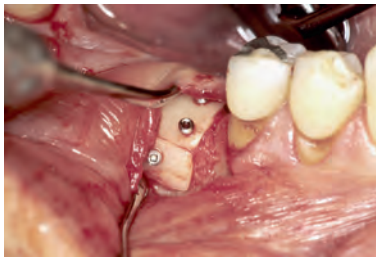


Foto: Buchmann

das Problem sind, sondern die Prädisposition der Patienten, die nach enossaler Implantation mit einem erhöhten Risiko für biologische Komplikationen einhergeht. Schade, dass auf diese Problematik überhaupt nicht eingegangen wird.

Weiter sehen Buchmann und Kochhan die Ursache für „Vertikaldefekte“ in einer „Überlastung der Prothetikpfeiler“, in alters- und gebrauchsbegrenzter Biss-senkung, in Fehlfunktionen durch Habits sowie in der „Überalterung des Zahnersatzes“ und illustrieren dies mit zwei dreigliedrigen Brücken im Unterkiefer. Überlastung der Prothetikpfeiler bei dreigliedrigen Brücken als Rechtfertigung für die Entfernung des Zwischenglieds und enossale Implantation in regio 036 und 046?! Auch hier bleiben

uns die Autoren die wissenschaftlichen Grundlagen für ihre Behauptung schuldig. Erst kürzlich war eindrucksvoll belegt worden, dass es so etwas wie Überlastung der Prothetikpfeiler im parodontal kompromittierten Gebiss nicht gibt (Lulic et al. 2007). Was ist eigentlich überalterter Zahnersatz? Seit wann hat Zahnersatz ein Verfallsdatum?

Ist eine „Restknochenhöhe“ von sieben Millimetern in regio 024 tatsächlich eine Indikation für eine externe Sinusbodenelevation? Warum in dieser Situation nicht auf ein kürzeres Implantat gegebenenfalls in Kombination mit einem internen Sinuslift zurückgreifen? Buchmann und Kochhan formulieren klare Kriterien, wann parodontal erkrankte Zähne entfernt und durch Implantate ersetzt werden sollen. Leider bleiben uns die Autoren die wissenschaftliche Begründung ihrer Kriterien schuldig. Einerseits existiert ein effektives Therapiekonzept für Parodontitis und wir wissen heute sehr gut, dass bei parodontal therapierten Patienten unter effektiver Nachsorge weitere parodontale Zerstörungen und Zahnverluste sehr seltene Ereignisse sind. Andererseits existiert aktuell kein effektives Therapiekonzept für Periimplantitis. Deshalb sind die so allgemein vorgeschlagenen Kriterien zur Entfernung von Zähnen zu invasiv und es fehlt eine Betonung der besonderen Bedeutung der unterstützenden Parodontitistherapie/Nachsorge.

Univ.-Prof. Dr. P. Eickholz
Uniklinikum Frankfurt am Main,
ZZMK
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main

Zu unehrlich

■ Zum Titel „Berufsstand im Wandel“ in zm 24/2011:



Foto: proDente eV

Bevor ich nach erfolgreicher Behandlung gleich beginne, in meiner Mittagspause meiner pubertierenden Tochter aufzutragen, ihre Frühstücksröste wegzuräumen, noch folgende Anmerkung:

Regelmäßig vermisse ich in Ausführungen zum „gender switch“ in der Zahnmedizin eine glaubwürdige Erklärung, warum junge Männer zunehmend dem Beruf fernbleiben. Flihen diese etwa die Verantwortung, einen Kleinstbetrieb mit den dazugehörigen auch wirtschaftlichen Risiken und Anstrengungen führen zu wollen? Im mittelständischen Unternehmensbereich gilt das bereits als gesichert. Es finden sich nicht genug Nachfolger, selbst für rentable Unternehmen. Ich finde, junge Kolleginnen könnten ehrlicher informiert und darauf vorbereitet werden, was sie als Kleinstunternehmerinnen so erwarten könnte, außer schöner Worte zum „gender switch“ und ein bisschen Kinderzahnheilkunde.

Dr. Kristina Wilkens
(23 Jahre niedergelassen in eigener Praxis, zwei Kinder)
kristinawilkens123@google mail.com

Vergessen

■ Zum Leitartikel „Gesellschaftlicher Konsens“ in zm 19/2011:

In den zm 19 wurde im Leitartikel der Kollegen Dr. W. Eßler und Prof. Dr. D. Österreich geschrieben: „Es ist unsere Pflicht, die erkannten und belegten Versorgungsprobleme in der Zahnheilkunde (...) aktiv anzugehen. Hier geht es um Lösungen für einen seit Jahren gewachsenen Missstand, der (...) schon heute nicht mehr zufriedenstellend gelöst werden kann.“

Und im gleichen Artikel heißt es auch: „Um so mehr werden wir jetzt alle Möglichkeiten nutzen, das Thema denen erneut bewusst zu machen, die aktuell Einfluss auf den anstehenden parlamentarischen Prozess der Gesetzgebung nehmen können.“

Auch wenn es in diesem engagierten Text um die zahnmedizinische Versorgung Alter und Behinderter geht, so gilt doch exakt das gleiche für die GKV-Endodontie: Auch hier gibt es eine sehr ungerechte, auch von namhaften Hochschullehrern seit Jahren heftig kritisierte Unterversorgung.

Wenn es, wie durch den Kieler Prof. Beske vorgeschlagen, wirklich zu einer zukünftigen Herausnahme des Zahnersatzes aus der GKV kommen sollte, so müsste sich die Berufspolitik nun auch dringend um eine Modernisierung und Aufwertung der GKV-Endodontie kümmern, um wenigstens eine soziale Zahnerhaltung in der GKV auf Dauer möglich zu halten (wenn schon

der Ersatz zur reinen Privatleistung werden sollte). Nicht nur unsere Alten und Behinderten werden zurzeit nicht adäquat versorgt. Auch alle anderen GKV-Versicherten stehen auf dem Gebiet der Endodontie seit Jahren im Regen. Das sollte man auch nicht vergessen.

*Dr. Paul Schmitt
dr.paul_schmitt@web.de*

Gelassen

■ Zur Nachricht „Cyberchondernerven Ärzte“ in zm 22/2011:

Das Phänomen der „Cyberchondernerven“ sollte man durchaus positiv sehen: Der so bereits aufgeklärte Patient erspart dem Arzt/Zahnarzt weitere Aufklärungsarbeit und Zeit. Im Übrigen ist der Arzt/Zahnarzt mit seiner medizinischen Erfahrung durch nichts zu ersetzen.

Was die sogenannten „Bewertungsportale“ betrifft, ist auch hier eine gewisse Gelassenheit geboten: Der aufgeklärte „Cyberchondern“ weiß längst, dass solche „Bewertungsportale“ nicht die absolute Wahrheit darstellen müssen, sondern durchaus von speziell dazu etablierten Firmen mit „Bewertungen“ im Interesse ihrer Auftraggeber bestückt werden können, die nicht unbedingt mit einer „objektiven“ Wahrheit übereinstimmen müssen.

*Dr. Jochen Fabian
Königsbergerstr. 34
42549 Velbert*

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

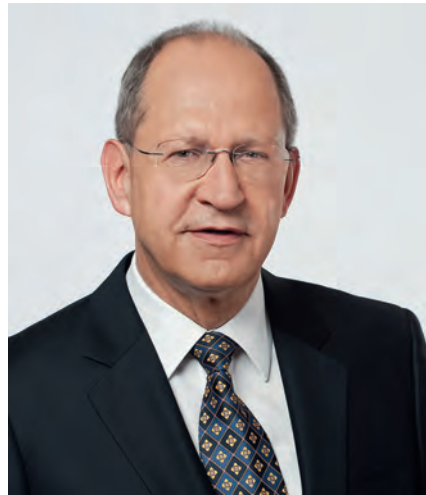


Foto: BZÄK/Pietschmann

Warnsignale

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

erfahrene Zeitgenossen kennen sie noch, die Politiker, die früher in strategisch schwierigen Großwetterlagen – dazu zählt heute so etwas wie die alles überschattende Euro-Krise – klare Anweisungen gegeben haben. Forderungen wie die, „den Gürtel enger zu schnallen“, oder die, dass „ein Ruck durch Deutschland“ gehen muss, machten aus

manchen Zweiflern Überzeugte. *Tempi passati* – das gibt es heute nicht mehr.

Wünschen dürften sich das trotzdem auch heute noch viele. Vergessen wird dabei: Politik muss sich heute anderen Themen stellen und hat einen drastischen Klimawandel durchlebt. In dieser Republik verkündet so gut wie kein Politiker mehr überzeugt und lautstark eindeutige Kursangaben.

Auch Deutschlands Gesundheitspolitik ist diesbezüglich alles andere als ein bequemer Logenplatz für teilnehmende Beobachter. Unsere Sozialsysteme, gerade das für Gesundheit, werden trotz ständiger Entbürokratisierungswünsche immer komplexer und für den Laien undurchschaubarer. Was bleibt, ist ihre nach wie vor hohe Abhängig-

keit von der gesamtgesellschaftlichen Prosperität. Und um die steht es – das verkünden uns die Volksvertreter fast täglich – alles andere als gut.

Von daher braucht realistische berufsständische Interessenspolitik andere Antworten als die, rigoroses Sparen auf alle erdenklichen Ebenen herunterzubrechen. Solche Rezepte sind nicht nur kurzfristig und nutzlos, sie sind angesichts wachsender Herausforderungen für den Berufsstand sogar schädlich.

Die Delegierten der Bundeszahnärztekammer haben das erkannt. Sie haben schon im vergangenen Jahr auf der letzten BZÄK-Bundesversammlung die Ausrüstung der Bundeskammer überprüft und den anstehenden Aufgaben angepasst: Jetzt ist die BZÄK auch finanziell so ausgestattet, dass sie die gewollte und erfolgreich erkämpfte Positionierung, zum Beispiel die als neues Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, in diesem Jahr vernünftig nutzen kann.

Dass wir gut aufgestellt sind, ist nicht zuletzt deshalb so wichtig, weil wir – anders als mancher Zeitgenosse es sich gewünscht hätte – in der verbleibenden zweiten Hälfte dieser Legislaturperiode keine Phase der Ruhe und Konsolidierung erleben werden.

Das liberal geführte Gesundheitsressort hat mit Vorlage des Entwurfs für ein Patientenrechtegesetz und der Ankündigung eines weiteren Anlaufs für die Pflegereform versucht, den Frachter Gesundheitsreform neu zu bestücken und wieder leidlich flott zu machen. Im Moment stehen alle Signale wieder auf Volldampf voraus.

Für den zahnärztlichen Bereich sind die Arbeitsaufträge damit gesetzt. Wir sind auf Basis unserer Bundesversammlungsbeschlüsse startklar und stehen – wie gehabt – sorgsam und sicher als fachkundige Lotsen zur Verfügung. Was wir brauchen, wo es lang geht und wie wir manövrieren müssen, können wir der derzeitigen Besetzung auf der bundesdeutschen Kommandobrücke durchaus klar machen. Wir wissen, was ansteht, was wir wollen und wohin es gehen muss.

Aber all das kann nur funktionieren, wenn wir die eingangs genannte Großwetterlage im Auge behalten. Eins lässt sich mit Sicherheit sagen: Wir können diesen mit demografischen Herausforderungen, retardierender Versorgungspolitik und immer größerer Reglementierung belasteten Frachter sicher durch bekannte Gewässer führen – vorausgesetzt, andere treiben uns nicht in unbekanntes Gebiet mit noch nicht ausgeloteten Untiefen.

Wer ganz andere Kurse einschlagen, aus den sicheren Wegen des dualen Systems heraus will, läuft Gefahr, Deutschlands hervorragende zahnmedizinische Versorgung in den Sand zu setzen. Für die in jüngster Zeit auf verschiedenen Ebenen und aus allen Fraktionen der Politik immer wieder hörbaren Forderungen, durch eine Konvergenz der Systeme PKV und GKV Deutschlands Solidarkräfte bündeln und unter Vorspiegelung größerer sozialer Gerechtigkeit die Wirtschaftlichkeitsreserven optimieren zu können, können von uns deshalb nur Warnsignale kommen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Dänische EU-Ratspräsidentschaft**Engagement für ein sicheres Europa**

Unter dem Titel „Europa bei der Arbeit“ hat Dänemark zum 1. Januar 2012 den Ratsvorsitz in der Europäischen Union übernommen. Die Ziele der halbjährigen Ratspräsidentschaft sind ein verantwortungsvolles, ein dynamisches, ein grünes und ein sicheres Europa. Im Gesundheitsbereich wollen die Dänen besonderes Augenmerk auf das Thema Antibiotikaresistenz legen. Eine der größten Herausforderungen sieht die dänische Ratspräsidentschaft in der zunehmenden Alterung der europäischen Gesellschaft. Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Störungen des Bewegungsapparats sowie Herz- und Lungenkrankheiten werden zunehmend die Gesundheitssysteme in ganz Europa belasten. Die Ratspräsidentschaft will daher chronische Erkrankungen – anhand von Diabetes als Modellkrankheit – in den Mittelpunkt

der gesundheitspolitischen Diskussion rücken. Ferner soll eine bessere Koordinierung der Notfallvorsorge und -abwehr bei schweren grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren sichergestellt werden. Der Gesundheitssektor soll insgesamt einen Beitrag zu Wachstum und Innovation leisten. In der Binnenmarktpolitik will Dänemark sich für eine Belebung und Vertiefung des Gemeinsamen Binnenmarks einsetzen. Unter anderem werden ein „effektiveres System für die gegenseitige Anerkennung von Aus- und Weiterbildungsqualifikationen“ sowie eine „effektivere Gestaltung des Systems zur Anerkennung beruflicher Qualifikationen“ angestrebt. Die Beratungen über die Normung und Standardisierung von Dienstleistungen sollen fortgesetzt werden, wobei die Ratspräsidentschaft den Schwerpunkt auf „Transparenz, Konsens und Qualität“ legt. pr/BZÄK

■ *Das Arbeitsprogramm ist auf Deutsch unter folgender Adresse abrufbar: http://eu2012.dk/de/EU-and-the-Presidency/About-the-Presidency/~/_media/Files/Presidency%20programme/EU%20Presidency_Programme_DE_Financial%20Web_02_01.ashx*



Foto: MEV

Bevölkerungsschwund**Kliniken auf dem Land in Gefahr**

Klinik subventionieren oder schließen – vor dieser Frage werden Gesundheitspolitiker in den deutschen Flächenländern künftig immer häufiger stehen, meint der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern, Wolfgang Gagzow. Erste Häuser haben bereits Sicherstellungszuschläge bei den Kassen beantragt. Schlimm

sei die Lage aktuell in Bergen auf Rügen, in Brunsbüttel an der Westküste Schleswig-Holsteins und in Templin in Brandenburg, so Gagzow. Die genannten Fälle seien Vorboten einer Entwicklung, die dünn besiedelte Regionen in ganz Deutschland treffen werde. „Die Bevölkerungsdichte auf dem Land nimmt immer weiter ab“, sagte er. mg/dpa

Großbritannien**Medikamente werden rationiert**

Die Rezession und der anhaltende Geldmangel der öffentlichen Hand in Großbritannien führen offenbar dazu, dass innovative Arzneimittel seltener verordnet werden, als es therapeutisch wünschenswert wäre. Auch andere, nicht-medikamentöse Therapien fallen dem Rotstift zum Opfer. Denn beim staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) ist das Geld knapp. Ärzteverbände und Patientenorganisationen klagen



Foto: DynamicGraphics

seit Monaten über die immer neuen Rationalisierungen in Arztpraxen und Kliniken. Auch die Zahnärzte beobachten die immer neuen Sparmaßnahmen mit wachsender Sorge. Jetzt meldete sich der Chef der britischen Pharma-Evaluierungsbehörde (National Institute of Clinical Excellence, NICE), Sir Michael Rawlins, öffentlich zu Wort. In Gesprächen mit Journalisten forderte er die Patienten auf, vor Gericht zu ziehen, sollte der behandelnde Arzt nicht die optimalen Arzneimittel verschreiben. Er wünsche sich, dass „Patienten den Mut aufbringen, ihre Klinik zu verklagen“, sollte ein innovatives Arzneimittel aus Kostengründen vorenthalten werden, so der NICE-Chef. eb/ast

Ärzte**Warnung vor neuen Finanzproblemen**

Angesichts drohender Finanzprobleme der Krankenkassen haben die deutschen Ärzte sowohl Regierung als auch Opposition „leere Versprechen einer soliden Finanzierung“ vorgeworfen. Die schwarz-gelbe Gesundheitsreform mit Zusatzbeiträgen ohne Obergrenze reicht aus Sicht der Bundesärztekammer (BÄK) bei Weitem nicht aus, wie ihr Präsident Frank Ulrich Montgomery in Berlin deutlich machte. Weitere Konzepte gebe es bei den Regierungsparteien nicht. Lediglich die SPD habe mit der Bürgerversicherung ein Konzept für die Zukunft vorgelegt. Dies wäre allerdings eine „Fehlentwicklung“, da nicht mehr Einkommensarten in großem Stil beitragen sollen. „Wir müssen diskutieren, ob nur Löhne und Gehälter für die Bei-

tragsberechnung herangezogen werden sollten oder nicht auch andere Einnahmen.“ Zudem könnten Berufstätige selbst fürs Alter ansparen. Spätestens nach dem nächsten Konjunkturéinbruch könnten eine steigende Arbeitslosigkeit und sinkende Steuereinnahmen die Finanzlage der Krankenversicherung wieder verschlechtern. Kassen wie Branchenführer Barmer GEK hatten bereits gewarnt, dass der Gesundheitsfonds schon 2013 die Ausgaben voraussichtlich nicht mehr völlig abdecken könne. Zuletzt hatte es einen Überschuss von 3,9 Milliarden Euro gegeben. Wohl noch im laufenden Jahr werde sich die BÄK erstmals mit eigenen Forderungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems positionieren. eb/dpa

Spanien

Aufregung um DKMS

Das spanische Gesundheitsministerium hat Aufrufe der Deutschen Knochenmarkspenderdatei (DKMS) zu Knochenmarkspenden in Spanien für illegal erklärt. Es teilte mit, die DKMS verfüge nicht über die gesetzlich vorgeschriebenen Genehmigungen für ihre Arbeit. Eine



Beschuldigung, die vonseiten der Datei zurückgewiesen wurde. Die Arbeit der deutschen Organisation in Spanien sei durch europäisches Recht gedeckt, sagte der Mitbegründer der Organisation, Gerhard Ehninger. Das spanische Gesundheitsministerium betonte hingegen, die Sammlung solcher Spenden liege in der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums und der regionalen

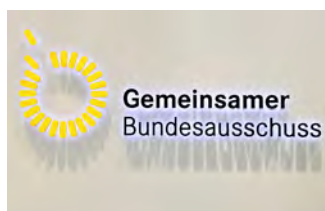
Behörden. „Der Vorstoß privater Unternehmen, die nicht den gesetzlichen Bestimmungen in Spanien nachkommen, in das staatliche Spendensystem bedeutet eine Gefahr für das gesamte spanische Transplantationsmodell“, sagte der Direktor der Behörde für Transplantationen (ONT), Rafael Matesanz, der Zeitung „El Mundo“. Ehninger

konterte: „Wir haben kein spanisches Gesetz gebrochen.“ Alle Spanier, die als potenzielle Stammzellspender registriert wurden, seien in die deutsche DKMS-Datei aufgenommen worden. Das sei nach europäischem Recht legal. Die Organisation werde ihre Arbeit in Spanien fortsetzen und sich gegen die Angriffe der Behörden auch juristisch wehren. mg/dpa

Selbstverwaltung

G-BA einigt sich auf neue Spitze

Die künftige Führungsspitze der Selbstverwaltung gewinnt an Konturen. Josef Hecken, Dr. Harald Deisler und Dr. Regina Klakow-Franck sollen ab Juli 2012 das unparteiische Führungstrio des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bilden.



Vorsitzender soll der ehemalige saarländische Gesundheitsminister und derzeitige Staatssekretär im Familienministerium, Josef Hecken, werden. Darauf haben sich die Spitzenfunktionäre

der Trägerorganisationen des G-BA nach Informationen der „Ärzte Zeitung“ auf einer Klausursitzung geeinigt. Die Amtszeit der bisherigen unparteiischen Mitglieder Dr. Rainer Hess, Dr. Harald Deisler und Dr. Josef Siebig endet am 30. Juni 2012. Klakow-Franck ist die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, zuständig unter anderem auch für die Gebührenordnung. Deisler ist seit 2008 unparteiisches Mitglied. sf

Konzentrationsprozesse**Immer weniger Krankenkassen**

Der Konzentrationsprozess der gesetzlichen Krankenkassen hält an: Von Ende 2010 bis Januar 2012 hat sich ihre Zahl um mehr als 20 Prozent reduziert, meldet das Bundesversicherungsamt (BVA). Zum Jahreswechsel 2010/2011 seien es 175 Krankenkassen gewesen, Mitte Januar nur noch 137, sagte der Präsident des Bundesversicherungsamts, Maximilian Gaßner, laut „FAZ“. Nicht in der Statistik enthalten ist die nur für Landwirte geöffnete und am Finanzausgleich der Krankenversicherung nicht beteiligte Landwirtschaftliche Krankenversicherung. Die BKK City und die BKK für Heilberufe wurden 2011 geschlossen, das Gros der anderen Krankenkassen ging durch Fusionen in anderen Krankenversicherungen auf. Dieser

Konzentrationstrend werde auch 2012 weitergehen, mutmaßte Gaßner, der neuerliche Pleiten trotz der aktuell außergewöhnlich guten finanziellen Lage des Systems offenbar nicht ausschließt. Er gehe davon aus, dass es den „einen oder anderen Exit am Markt geben wird“, zitiert ihn die „FAZ“.

Gaßner betonte, dass das Diktum der früheren Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, 30 bis 50 Krankenkassen genügten, erreicht sei. Die drei größten Kassen – Barmer/GEK, DAK und Techniker-Krankenkasse – versicherten ein Drittel von 70 Millionen Deutschen. 90 Prozent aller Mitglieder seien bei den 30 größten Kassen gebunden. Die restlichen 114 Kassen teilten sich die verbliebenen zehn Prozent. ck

Kliniken**Ausländische Patienten erwünscht**

Nach den jüngsten Zahlen für die Deutsche Zentrale für Tourismus (DZT) wurden 2009 rund 71 000 Patienten aus 173 Ländern nach Deutschland gelockt – 3 000 mehr als im Vorjahr. Bundesländer wie Bayern sind Platzhirsche beim Thema Medizin für Ausländer – bis zu 17 000 Patienten kommen pro Jahr. In Berlin sind es bisher erst 3 500, doch die Hauptstadt arbeitet an sich: Kliniken bieten neben Medizin inzwischen auch Visa- und Reiseservice. Für mitreisende Angehörige werden gute Hotels gebucht. Besonders häufig kommen in deutsche Kliniken nach Angaben der Tourismuszentrale Niederländer, Franzosen, Österreicher und Polen. Die attraktiv-



Foto: Patrick Hermans – Fotolia.com

ten Herkunftsländer aus Sicht der Kliniken sind jedoch Russland, Saudi-Arabien und die Vereinigten Arabische Emirate. eb/dpa

Statistik 2011**Organspenden sind zurückgegangen**

In Deutschland ist die Zahl der Organspender nach einem Bericht der „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ im vergangenen Jahr um fast sieben-einhalb Prozent zurückgegangen. Bis Ende Dezember habe die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) genau 1 200 Spender gezählt. 2010 habe die Zahl noch bei 1 296 gelegen. Die Zahl der gespendeten Organe sank dem Bericht zufolge von 4 205 auf 3 917. 4 054 Menschen habe mit einer Transplantation aus dem Eurotransplant-Verbund geholfen werden könne, 2010 seien es noch 4 326 gewesen. Die Stiftung Eurotransplant ist für die Zuteilung von Spenderorganen in sieben europäischen Ländern verantwortlich.

Einzig in der Region Ost – in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen – habe es 2011 mit



Foto: BZgA

166 Organspendern elf mehr gegeben als im Jahr zuvor. Ansonsten sei ihre Zahl überall in Deutschland gesunken. Für den Rückgang der Spendenbereitschaft gibt es nach den Worten des medizinischen Vorstands der DSO, Günter Kirste, keine eindeutige Erklärung. Allerdings hätten die Diskussionen über eine Änderung des Transplantationsgesetzes in den vergangenen Jahren für Verunsicherung vor allem bei Ärzten und Krankenhäusern gesorgt. Daher meldeten sie häufig mögliche Organspender nicht. eb/dpa

Landarztgesetz**Viele neue Stellen bei Kassenärzten**

Mit dem neuen Landarztgesetz entstehen Tausende neue Arztstellen. Als Voraussetzung für die Verhandlungen mit den Krankenkassen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zwei Szenarien durchgerechnet: Demnach gebe es zwischen 12 000 und mehr als 20 000 neue Stellen für Niedergelassene.

„Das KBV-Modell würde zu Mehrkosten von mindestens vier Milliarden Euro führen“, zitiert die „FAZ“ Johann-Magnus von Stackelberg, Vize des GKV-Spitzenverbands. 2010 hatten die Kassen den KVen 33,4 Milliarden

Euro überwiesen. Der zu erwartende Stellenzuwachs entspräche einem Plus von acht bis 13 Prozent. Die Frage lautet, ob die KVen diese Stellen überhaupt besetzen können, insbesondere weil in den nächsten Jahren Tausende niedergelassene Ärzte in den Ruhestand gehen.

Um besser zu planen, soll der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Verteilungsverfahren für Kassenärzte erarbeiten. Die bisherige Bedarfsplanung, die sich an den 412 Kreisen und kreisfreien Städten orientiert, hatte sich nicht bewährt. ck

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Ärzte wollen nicht ins Amt

Die öffentlichen Gesundheitsämter haben zunehmend Probleme, ihren Aufgaben vollumfänglich nachzukommen. Der Grund: Es gibt einen zunehmenden Mangel an Medizinerinnen bei den Ämtern. In der Folge gibt es teilweise eine Zunahme von Masernfällen, weil nicht mehr alle Kinder aus sozial schwachen Familien geimpft werden können, berichtet die „Berliner Zeitung“ in Berufung auf Amtsärzte und Gewerkschaften.

Man habe teilweise Probleme, Personal zu gewinnen, sagte der Geschäftsführer der Vereinigung

der kommunalen Arbeitgeberverbände, Hartmut Matiaske, dem Blatt. Circa 3000 Ärzte werden in den Gesundheitsämtern beschäftigt, aber deutlich schlechter bezahlt als in Kliniken. „Es wird zunehmend schwieriger, Mediziner für die Arbeit in den Gesundheitsämtern zu gewinnen und offene Stellen zu besetzen“, berichtete der Chef der Gewerkschaft dbb tarifunion, Frank Stöhr, der Zeitung. Viele wichtige Aufgaben wie Einschulungsuntersuchungen könnten deshalb nicht mehr rechtzeitig erledigt werden. eb

KBV zum Medizinerangel

Versorgungslücken werden größer

Die Kassenärzte dämpfen die Hoffnung auf schnelle Abhilfe gegen den Medizinerangel in ländlichen Regionen durch die jüngsten Reformen der schwarz-gelben Koalition. „Bis die Patienten Effekte spüren, das wird bis 2015 dauern“, sagte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler. Zu Jahresbeginn war das Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten, mit dem der Ärztemangel auf dem Land vermindert und die ärztliche Versor-

gung insgesamt verbessert werden soll. Köhler machte klar: „Erst müssen wir uns mit Kassen und Ländern auf Versorgungsziele einigen.“ Dabei gehe es etwa um das Angebot von Haus- und Fachärzten auf dem Land. „Dann müssen wir Konzepte entwickeln und umsetzen.“ Das Gesetz sieht unter anderem mehr Geld für niedergelassene Ärzte in Mangelregionen sowie eine reformierte Planung für die Arzt-sitze vor. Der KBV-Vorsitzende forderte: „Die Kassen müssen sich positionieren.“ Und auch die Länder müssten sich an den Verhandlungen über die Ärzteplanung beteiligen. Insgesamt verspricht sich Köhler von den neuen Regelungen „eine völlig neue Welt“. Er hob die Aufhebung der Residenzpflicht hervor, nach der Ärzte in Praxisnähe wohnen müssen. Zudem erwarte er Filialpraxen und Konzepte für mobile Mediziner. mg/dpa

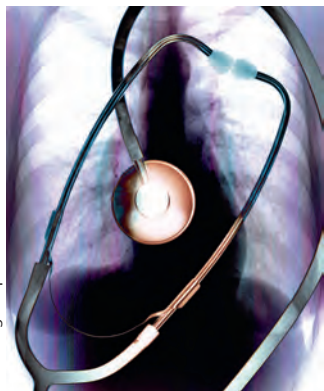


Foto: imageshop

Sterbehilfe**Gremium fordert klare Kriterien**

Unheilbar kranke Patienten, die weniger als ein Jahr zu leben haben, sollten auf ihren Wunsch von Ärzten tödliche Medikamentendosen erhalten dürfen. Das empfiehlt die unabhängige britische Kommission zur Sterbehilfe in ihrem aktuellen Bericht. Es gebe gute Gründe dafür, todkranken Patienten die Wahl zur Sterbehilfe zu geben, heißt es laut dem kanadischen Ärzteblatt „CMAJ“ im Report. Die aktuelle Gesetzeslage sei inadäquat und inkohärent. „Trotz hervorragender Sterbebegleitung und -pflege sieht es die Kommission als er-

wiesen an, dass es eine kleine Anzahl todkranker Personen gibt, die am Ende ihres Lebens so stark leiden müssen, dass es für sie eine Erleichterung wäre, ihr Leben beenden zu können oder zumindest zu wissen, dass sie ihren Todeszeitpunkt selbst bestimmen können“, schreibt das Komitee unter der Leitung des früheren Lordkanzlers und Labourpolitikers Charles Falconer. Die Kommission fordert deshalb ein gesetzliches Rahmenwerk, in dem klare Berechtigungskriterien auf Sterbehilfe festgelegt werden. Unter anderem soll ein Gutachten von zwei unabhängigen Medizinerinnen den Anspruch und die Notwendigkeit prüfen. Ein Arzt müsse zudem den Patienten und seine Familie über den ganzen Prozess begleiten. Den letzten Schritt, die Einnahme der Medikamente, gehe der Patient allein. eb



Foto: Fotolia.com - Sandor Kacso

Gehaltsreport Stepstone**Ärzte führen Lohntabelle an**

Deutsche Top-Verdiener leben vor allem in Bayern, Hessen und Baden-Württemberg. Dort liegt das Durchschnittsjahresgehalt jeweils über 50 000 Euro und damit deutlich über dem Durchschnitt der übrigen Bundesländer. Das berichtet der neue Gehaltsreport der Online-Jobbörse Stepstone. Und: Ärzte bleiben die unangefochtenen Spitzenverdiener. Die Bundesländer in Ostdeutschland liegen in der Gehaltsrangliste weit hinten – selbst Berlin, mit 39 900 Euro das Bundesland im Osten mit dem besten Durchschnittsverdienst – liegt weit hinter dem letzten

ehemals westlichen Bundesland, Schleswig-Holstein (42 100 Euro). Zu den lukrativsten Branchen zählen die Pharmaindustrie (57 700 Euro), die chemische Industrie (56 200 Euro) sowie die Fahrzeugbranche (55 700 Euro); Verlierer in puncto Gehalt sind die Bereiche Hotel und Gastronomie (30 900 Euro), Handwerk (33 100 Euro) sowie Bildung und Training (35 000 Euro). Generell gilt die Faustregel: Je größer das Unternehmen, desto besser sind auch die Gehaltschancen. Unternehmen mit 1 000 und mehr Mitarbeitern zahlen mit Abstand das meiste Geld. mg

Entfernung von PIP-Brustimplantaten**Kassen zahlen eingeschränkt**

Die Entfernung minderwertiger Brustimplantate zahlen Krankenkassen in Deutschland nur mit Einschränkungen. Das betrifft Frauen, die sich die Silikonkissen bei Schönheitsoperationen haben einsetzen lassen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) rät betroffenen Frauen, sich die aus Frankreich stammenden Implantate entfernen zu lassen. Denn auch ohne Risse könne gesundheitsgefährdendes Silikon austreten. „Wenn eine Gesundheitsgefahr besteht, hat ein Patient Anspruch gegenüber der Kasse, dass die Kosten übernommen werden“, sagte eine Sprecherin des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Das gelte grundsätzlich für Implantate, die aus medizinischen oder ästhetischen Gründen eingesetzt worden sind. „Nach dem Sozialgesetzbuch können die Kassen allerdings prüfen, wie der Patient im Einzelfall zu

beteiligen ist.“ Der GKV-Spitzenverband bestätigte, dass die Kosten übernommen werden. Er interpretierte die Passage im Sozialgesetzbuch aber anders: Seiner Meinung nach müssen Patientinnen, die die Implantate ausschließlich aus ästhetischen Gründen erhielten, an den Kosten beteiligt werden. Weltweit sollen zwischen 400 000 und 500 000 Frauen minderwertige Silikonkissen der französischen Firma Poly Implant Prothèse (PIP) erhalten haben. Ein Zusammenhang zwischen den Silikonkissen und Krebs wird befürchtet, doch bewiesen ist er nicht. eb/dpa



Foto: picture alliance

Pandemien**Versicherer sehen großes Risiko**

Pandemien, aber auch Währungskrisen, der Bankrott von Staaten und eine schärfere Regulierung stehen für die Versicherungsunternehmen einer aktuellen Studie zufolge ganz oben auf der Liste der bedrohlichsten Gefährdungen. Drei Viertel der Versicherer im deutschsprachigen Raum haben Vorkehrungen getroffen, um sich auf Pandemien bei Menschen vorzubereiten. Bei 54 Prozent gibt es besondere Strategien für den Fall von Währungskrisen oder Staatspleiten. Das zeigt der

neue Vertriebsmonitor für die Assekuranz, den der Deutsche Ring Krankenversicherungsverein in Zusammenarbeit mit dem Institut für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen erstellt hat. Auf der Gefährdungsskala an vierter Stelle rangieren Umweltkatastrophen wie beispielsweise Überschwemmungen mit 40 Prozent. Kritisch werden auch ein Umbau der sozialen Sicherungssysteme oder die organisierte Kriminalität gesehen. Für lediglich 14 Prozent ist Terrorismus eine Gefährdung. eb/ots

Großbritannien

Geldstrafen für Zahnarztpatienten

Die Haus- und Fachärzte in Großbritannien möchten jetzt dem Beispiel der Zahnärzte des Landes folgen: Die hatten Geldstrafen für Patienten eingeführt, die ihre Termine nicht einhalten. So ist es in britischen Zahnarztpraxen bereits üblich, Patienten, die – ohne abzusagen – nicht zum Praxistermin erscheinen, mit Geldbußen zu belegen. Finanzielle Strafen für schludrige Patienten seien wünschenswert, kommentiert ein Sprecher des britischen Gesundheitsministeriums das Verfahren. Jährlich verfallen in Großbritannien knapp sieben Millionen Arzttermine, weil Patienten nicht erscheinen.

Das kostet den staatlichen Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) umgerechnet mehr als 900 Millionen Euro. Allein im Londoner Guys and St. Thomas Hospital wurden im vergangenen Jahr knapp 150 000 gebuchte fachärztliche Konsultationen nicht in Anspruch genommen. Dagegen sind die britischen Zahnärzte bereits seit längerem dazu übergegangen, diese Patienten mit einer Geldstrafe zu belegen. Folge: Der Prozentsatz der nicht eingehaltenen Termine liegt in der Zahnmedizin deutlich unter der Quote bei der Allgemein- und der Gebietsmedizin. eb/ast

Psychisch Kranke

Versorgung optimierbar

Eine bessere Strukturierung der Therapieangebote für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen kann ihre Versorgung optimieren, belegt eine KBV-Studie der Universitäten Gießen und Heidelberg. KBV-Chef Andreas Köhler forderte ein besser vernetztes und ein niederschwelliges psychosomatisches beziehungsweise psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Darüber müsse man aufklären, um der mangelnden Kenntnis und Motivation des Patienten und seiner Stigmatisierungsangst im Zusammenhang mit der Erkrankung zu begegnen. Bei der Versorgung sei laut Köhler der

Hausarzt zentraler Ansprechpartner: Ein großer Teil der Patienten werde von somatisch tätigen Haus- und Fachärzten behandelt, also in der psychosomatischen Grundversorgung. Rund 70 Prozent der Patienten wenden sich demnach bei Schmerzen ohne körperliche Erkrankung zuerst an ihn, dies treffe auch für über die Hälfte der Patienten mit Symptomen einer Depression zu. ck/pm



Foto: picture alliance

Frühe Periodenblutung**Faktor für höheres Diabetesrisiko**

Je jünger Mädchen bei ihrer ersten Periodenblutung sind, umso höher ist ihr Risiko im Laufe des Lebens an Vorstufen von Diabetes oder auch Diabetes selbst zu erkranken. Zu diesem Ergebnis kamen Wissenschaftler des „Helmholtz Zentrum München“ bei der Auswertung von Daten der KORA-Kohorte. Mit den jetzt vorab online im Fachjournal *Diabetologia* veröffentlichten Erkenntnissen über den neuen Risikofaktor hoffen die Forscher, künftig Diabetes präventiv besser begegnen zu können. Frauen mit einem erhöhten Diabetesrisiko könnten künftig anhand ihrer ersten Regelblutung identifiziert

werden. Denn je früher diese eintritt, so haben Dr. Christine Meisinger, Dr. Doris Stöckl und ihre Kollegen jetzt herausgefunden, desto wahrscheinlicher treten im weiteren Leben Vorstufen von Diabetes oder auch Diabetes selbst auf. Zu diesem Ergebnis kamen die Forscher nach der Untersuchung von 1503 Frauen im Alter von 32-81 Jahren im Rahmen der KORA-F4-Studie, wobei das durchschnittliche Alter, in dem die erste Regelblutung auftrat, 13 Jahre betrug. Anders als bisher vermutet ist dieser Zusammenhang unabhängig vom BMI, den die Studienteilnehmer als Erwachsene haben. „Wir hoffen, dass es so möglich sein wird, Personen mit einem erhöhten Diabetes-Risiko frühzeitig zu erkennen und vorbeugende Maßnahmen zu treffen“, sagt Stöckl. Die Arbeitsgruppe untersucht nun, inwiefern der entdeckte Zusammenhang auf genetischen beziehungsweise sozialökonomischen Faktoren beruht. sf/pm



Foto: AOK Mediendienst

DGKN-Einschätzung**Wachkoma-Patienten kontaktfähig**

In Deutschland leben etwa 5 000 Wachkoma-Patienten, von denen viele kontaktfähiger sind als allgemein angenommen, meldet die Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN) unter Berufung auf neue Studien. Erfolgt die Diagnose des Bewusstseinszustands ohne spezielle Skalen, liegt die Rate der Fehldiagnosen laut DGKN bei rund 40 Prozent. Aktuelle Studien mithilfe hochauflösender Elektroenzephalografie (EEG)

und funktioneller Kernspintomografie (fMRT) zeigten zudem, dass Ärzte die Reaktionsfähigkeit häufig falsch einschätzen. Jeder fünfte Wachkoma-Patient weist etwa in speziellen EEG-Verfahren Hinweise für bewusste Reaktionen auf, die Standardverfahren nicht erkennen. Die DGKN fordert daher, funktionelle Bildgebungsverfahren sowie spezielle elektrophysiologische Verfahren bei der Beurteilung von Wachkoma-Patienten häufiger einzusetzen. eb/pm

Kuratorium perfekter Zahnersatz**Dissertationspreis 2012 ausgeschrieben**

Erstmals 1992 vergeben, hat sich der mit 2000 Euro dotierte Dissertationspreis des Kuratoriums perfekter Zahnersatz zu einer festen Größe im Dentalbereich etabliert. Die neue Bewerbungsrunde für den Preis 2012 ist nun gestartet. Prämiert werden alljährlich Dissertationen junger Zahnmediziner, die sich den Themengebieten



zahnärztliche Prothetik oder Werkstoffkunde widmen und den Fokus auf Zahntechnik gelegt haben. Bewerbungen werden ab sofort von der Pressestelle des Kuratoriums perfekter Zahnersatz entgegengenommen. Teilnehmen können alle Absolventen der Zahnmedizin, die ihr Promotions-

verfahren im Jahr 2011 erfolgreich abgeschlossen haben. Zu beachten gilt, dass aus jeder Abteilung einer Klinik oder eines Zentrums nur eine Dissertationsarbeit eingereicht werden kann.

Bis zur Einsendefrist am 31.05.2012 müssen vier gedruckte Exemplare der Arbeit und eine elektronische Version (als PDF auf CD) bei der Pressestelle des Kuratoriums in Marburg eingegangen sein. Bewerbern, die bei ihrer Universität keine gedruckten Exemplare vorlegen müssen, reichen vier anerkannte Belegexemplare plus elektronische Version ein. Die feierliche Preisverleihung findet im Rahmen des KpZ-Infotags im Herbst 2012 statt. eb/pm

Langzeitstudie**Sport hilft bei Osteoporose**

Gezieltes körperliches Training führt zu einer signifikanten Verbesserung der Knochendichte, zeigt die aktuelle Erlanger Fitness- und Osteoporose-Präventionsstudie (Efops). 137 Frauen nahmen an der Studie teil, die über zwölf Jahre dauerte und unter der Leitung von Prof. Wolfgang Kemmler stand. Die Teilnehme-

rinnen absolvierten ein viermaliges Training pro Woche mit Gehen, Laufen, Spielen und Aerobic. Zusätzlich ab dem sechsten Monat wurden ein Sprungtraining und Seilsprünge eingebaut. Ein Krafttraining und ein Stretchingprogramm führten sie ebenfalls durch, wie die Zeitschrift „Osteoporose“ berichtet. Der Wissenschaftler konnte mit seinem Team nachweisen, dass die Knochendichte der teilnehmenden Frauen deutlich verbessert wurde. Zudem werde die Gefahr von Knochenbrüchen minimiert. Das Risiko einer Fraktur konnte um 62 Prozent – verglichen mit der Kontrollgruppe – verringert werden, erklärte Kemmler. eb/pm

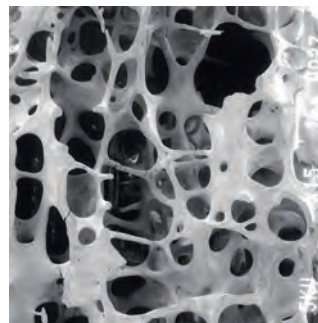
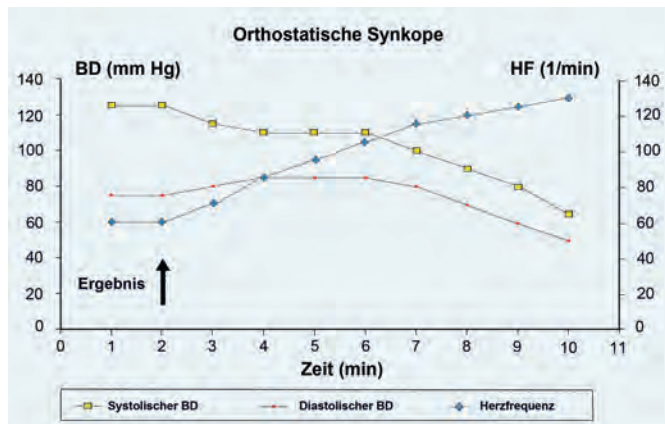


Foto: GSK GmbH & Co. KG München

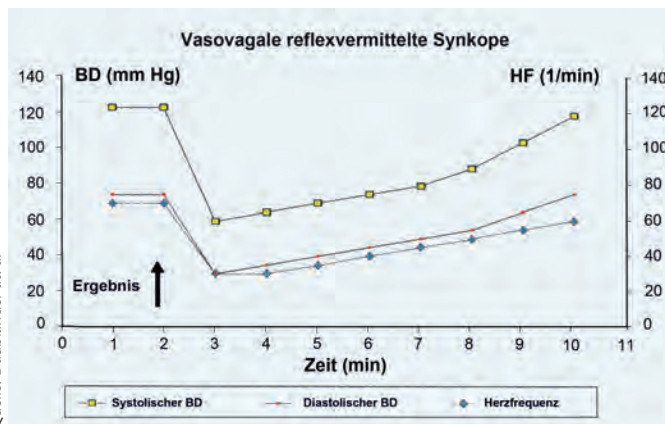
Erratum

Bei Drucklegung der zm 2 vom 16.1.2012 ist im Beitrag „Synkope“ auf Seite 48 ein Fehler aufgetreten. Die beiden Grafiken, die unterschiedliche Kreislaufdysregulationen zeigen sollen, sind vertauscht und da-

mit falsch dargestellt worden. Hier die korrekte Form. Die nächste Folge der neuen Serie „Trainieren im Team“ wird in der Ausgabe 4 vom 16.2.2012 erscheinen. zm



Bei dieser Form der kardiovaskulären Dysregulation werden ein meist langsamer Blutdruckabfall und eine Schrumpfung der Blutdruckamplitude bei gleichzeitigem Frequenzanstieg beobachtet. Die Patienten weisen weiterhin Zeichen der Zentralisation auf. Die auslösende Ursache (Pfeil) ist meist das plötzliche Aufstehen aus liegender Position.



Diese Synkope ist gekennzeichnet durch einen gleichzeitigen Abfall von systolischem und diastolischem Blutdruck sowie von einer Bradykardie. Die auslösende Ursache (Pfeil) ist meist in einer psychogenen Reaktion zu sehen.

Quelle: Daubländer et. al

Wünsche, Anregungen, Kritik? So erreichen Sie uns:
 Zahnärztliche Mitteilungen
 Tel.: 030/280179-52, Fax: 030/280179-42
 Postfach 080717, 10007 Berlin
 e-mail: zm@zm-online.de

Auf einem Bein

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr beginnt das neue Jahr mit einer Patienten-offensive: Zuerst stellt er mit Parteifreundin Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger das neue Patientenrechtegesetz vor, wenige Tage später die Pläne für die Pflege. Die Unterschiede sind beträchtlich. Während bei den Patientenrechten mehr oder weniger das zusammengekehrt wird, was an gesetzlichen Normen oder Richterrecht besteht, geht die Koalition bei der Verbesserung der Pflege einen mutigen Schritt nach vorn. Mutig schon deshalb, weil der 20-Milliarden-Euro-Etat der Versicherung um fünf Prozent aufgestockt wird. Dafür wird der Beitragsatz zur gesetzlichen Versicherung 2013 um 0,1 Punkte auf 1,9 (Kinderlose 2,3) Prozent des Monatseinkommens bis zu 3 825 Euro angehoben. Unter dem Strich bleiben dabei 1,1 Milliarden Euro hängen.

Gerne hätten die Politiker ein paar Hundert Millionen Euro draufgepackt. Die wegen der guten Beschäftigungslage hervorragende Finanzsituation der Pflegeversicherung hätte den Griff in die Kasse zugelassen. Aber das Kanzleramt ließ sich nicht erweichen und legte die Fachpolitiker auf den im November von den Parteichefs verabredeten Finanzrahmen fest. Gut so. Denn auch die Milliarde Euro will sinnvoll ausgegeben werden. In der Pflege scheint das der Fall zu sein. Das Geld soll vor allem den 500 000 Demenzpatienten direkt zugutekommen. 700 Millionen Euro sind für sie vorgesehen.

Gedächtnisverlust und Verwirrtheit werden im höheren Alter für immer mehr Menschen zur Plage. Sie gehen mit der wachsenden Unfähigkeit einher, einfachste Alltagsdinge zu verrichten. In einer älter werdenden Gesellschaft wird das Problem größer, eine Lösung dringender. Deshalb ist es richtig, hier einen Schwerpunkt der Hilfe der Pflegeversicherung zu legen, die als Teilkaskover-



Foto: Yuri Arcurs-Fotolia-Meinardus

sicherung nur einen Teil der Pflegekosten abdecken kann und soll. Diese Verbesserungen sind damit ein Vorgriff auf die noch in dieser Wahlperiode geplante Neudefinition dessen, wie Pflege künftig definiert (und bezahlt) werden soll. Dabei soll der Aufrecht-



Foto: privat

Die Pflegereform braucht ein zusätzliches Standbein in einer vom Staat gestützten Privatvorsorge, meint der Berliner FAZ-Korrespondent Andreas Mihm.

erhaltung eines selbstständigen Lebens mehr Gewicht eingeräumt werden. Ebenso richtig ist, die Hilfe auf die ambulante Pflege zu konzentrieren. Immerhin soll es 80 Millionen Euro extra geben, unter anderem für die bessere zahnärztliche Versorgung in den Heimen. Wer vom Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege spricht, der sollte auch danach handeln. Das tut die Koalition.

Pflegebedürftige wollen oft so lange wie möglich zu Hause bleiben. Die Stärkung der ambulanten Pflege hilft dabei. So soll es künftig zusätzliches Geld auch für Altersverwirrte geben, die wegen ihrer körperlichen Gebrechen noch keiner Pflegestufe zugeordnet sind. Für 70 bis 120 Euro im Monat lassen sich

einige Hilfen organisieren. Der Ansatz hilft auch den Beitragszahlern. Jede vermiedene und verzögerte Heimeinweisung spart Geld: Ein Drittel der 2,4 Millionen Hilfebezieher aus der Pflegeversicherung wird in Heimen betreut, dafür wird aber die Hälfte der Mittel aufgewandt. Im besten Fall gewinnen mit Bahr alle: Pflegebedürftige, Angehörige und Versicherte.

Viel schwerer als neues Geld auszugeben fällt es der Koalition aber, die Pflegeversicherung altersfest zu machen. Wie es aussieht, wird sie dieses Versprechen auch nicht halten. Statt eine verpflichtende kapitalgedeckte private Zusatzversicherung einzuführen, ist die Rede von einer freiwilligen, steuer-

lich geförderten Privatvorsorge. Noch ist unklar, ob die Regierung eine private Pflegezusatzversicherung bezuschussen will oder ob die Kosten bei der Steuer geltend gemacht werden dürfen. Es wäre hilfreich, wenn auch das bald geklärt wäre und im Zusammenhang mit der Pflegeverbesserung beschlossen würde. Auf einem Bein allein steht es sich bekanntlich schlecht.

Gesundheitsfonds und Strukturausgleich

Faktoren der Stabilität

Gesundheitsfonds der und morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleichs standen im Zentrum eines Symposiums der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen. Während Kassenvertreter beide Strukturelemente unterschiedlich bewerteten, hob der Präsident des Bundesversicherungsamts, Dr. Maximilian Gaßner, die notwendige ausgleichende Bedeutung von Fonds und Strukturausgleich für das GKV-System hervor.

Auf der Tagung am 13.01.2012 in Hamburg wurde deutlich, dass Fonds und Morbi-RSA (MRSA) nach wie vor nicht von allen Krankenkassen für gut befunden werden. So sieht die Techniker Krankenkasse (TK) etwa den MRSA eher skeptisch, währenddessen ihn die AOK begrüßt. Uwe Deh, geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbands: „Der Morbi-RSA ist leistungssteigernd für alle Kassenteilnehmer, weil gerechte Startbedingungen für einen echten Wettbewerb um die beste Lösung verschiedenen Wettkämpfern eine faire Chance bieten.“ Dagegen konterte Thomas Thierhoff, Bereichsleiter Finanzen bei der TK: Der Morbi-RSA schaffe falsche Anreize für Kassen und Leistungserbringer und führe somit zu steigenden Leistungsausgaben in der GKV. Als Beispiel nannte er manipulative Eingriffe bei der Kodierung von Krankheiten (Stichwort: die Höherkodierung von Krankheiten zum Zwecke der Krankheits-einstufung) oder den erhöhten administrativen Aufwand, der durch den Morbi-RSA entstanden sei und somit auch höhere Verwaltungskosten verursache.



Foto: MEV

Gesund hilft krank, Jüngere stützen Ältere – das Merkmal der Krankenversicherung hierzulande.

behandlung der Versicherten der GKV“. Beim Morbi-RSA stützte Gaßner sich auf die Definition des Bundesverfassungsgerichts: „Der RSA ist das organisatorische Pendant des interpersonalen Sozialausgleichs zwischen den Versicherten.“ Beide

Instrumente leisteten ihre zugewiesenen Aufgaben. Insgesamt gebe es für die Kassen mehr Stabilität bei der Liquidität, da das Einnahmerisiko beim Fonds liege und die Versicherer vor konjunkturellen Risiken besser abgeschirmt seien.

Der ohnehin schon schwierige systemimmanente Spagat zwischen Solidarität und Wettbewerb in der GKV sei, so Gaßner, auch nur mit dem RSA möglich, da er für eine höhere Ausgewogenheit Sorge als der alte Strukturausgleich. Schwierig und bislang unterschätzt sei der Zusatzbeitrag, den manche Kassen erheben würden, weil der zu starken Mitgliederverlusten bei Kassen mit Zusatzbeitrag führe.

Dass dabei Kassen in die Insolvenz gehen könnten, liege im System begründet. Auch wenn es keine konkrete Vorstellung über die optimale Kassengröße und die optimale Anzahl von Kassen auf dem Markt gebe, werde der Konzentrationsprozess fortschreiten. Gaßner: „Der Markt(-mechanismus) soll die optimalen Ergebnisse bringen.“

Dies berge allerdings die Gefahr, dass ein zu starker Konzentrationsprozess entsteht, bei

Gesundheitsfonds ist gleich einem Konto

Eine Klarstellung und Objektivierung über die beiden GKV-Elemente Fonds und Morbi-RSA fiel dem Präsidenten des Bundesversicherungsamts (BVA), Dr. Maximilian Gaßner, zu. Beides sei nicht etwa Teufelszeug oder aus dem Elementekasten des Kommunismus. Der Fonds sei lediglich ein Konto, eine veraltungstechnische und organisatorische „Manifestation der bundesweiten Gleich-

INFO

Stichwort Benachteiligung

Nicht nur einzelne Krankenkassen, auch ganze Bundesländer monieren bisweilen die Auswirkungen des Gesundheitsfonds. So beklagen sich besonders die Südländer Bayern und Baden-Württemberg immer wieder darüber, dass die Zuweisungen aus dem Fonds die beiden Bundesländer besonders belasten und andere Bundesländer bevorzugen würde. Der Präsident des BVA, Dr. Maximilian Gaßner, sieht dies anders. „Die zum Teil behaupteten milliardenschweren Belastungen einzelner Bundesländer durch den Gesundheitsfonds entsprechen nicht der Realität.“ Wie im Jahr 2009 hätten auch 2010 die Krankenkassen mit bayerischen Versicherten von der Einführung des Gesundheitsfonds profitiert. ■

dem die Marktmacht einzelner Kassen zu groß gerate und die Versicherten weniger Wahlmöglichkeiten hätten. Schon jetzt versorgten die 30 größten Krankenkassen rund 90 Prozent der Versicherten und die drei größten Kassen hätten rund ein Drittel der Versicherten unter ihren Fittichen. Gesetzt den Fall, so Gaßner, die TK müsse einmal Insolvenz anmelden, dürfte es dann nicht so einfach zu schultern sein, die hohe Versichertenanzahl auf andere Kassen zu verteilen. Der Ministerialdirigent aus dem Gesundheitsministerium (BMG), Dr. Ulrich Orłowski, zog bei der Tagung eine positive Bilanz über die Koalitionsarbeit, einschließlich der Auswirkungen des Fonds.

GKV derzeit mit gutem Finanzpolster

Orłowski unterstrich, dass sich die diversen Neuregelungen der Regierung in der Gesundheitspolitik nachhaltig positiv ausgewirkt hätten. Dies betreffe sowohl die Patientenversorgung als auch die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung. Schießlich lägen die Rücklagen der GKV derzeit bei einer Höhe von etwa fünf Milliarden Euro, wohingegen das Gesundheitssystem 2009 ein Defizit von acht Milliarden Euro aufwies.

Zusätzliche Reformen im Gesundheitswesen, wie etwa das GKV-Finanzierungsgesetz oder die Einführung des vom Gesetzgeber festgeschriebenen Versichertenbeitrags, hätten unter anderem dazu beigetragen, dass die GKV heute so gut da stehe wie schon lange nicht mehr.

Orłowski kündigte an, dass sich das BMG unter Minister Daniel Bahr (FDP) nach den geplanten Aktualisierungen der Rahmenbedingungen im Pflegebereich der Reformierung des Krankenhausesektors widmen möchte, einem weiteren großen Ausgabenanteil innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ob es für diese Legislaturperiode noch reicht, ließ er zwar offen, dämpfte allerdings Erwartungen, im Vor-Wahljahr werde noch „der große Knall“ kommen. „Alles, was bis Mitte 2012 noch nicht steht, dass wird dann auf die nächste Legislaturperiode warten müssen“, so Orłowski. sg

GKV und PKV

Streit um die Abwanderung

2010 haben mehr als 380 000 Menschen von der gesetzlichen Krankenkasse zur privaten Konkurrenz gewechselt – oder umgekehrt. Soviel steht fest. Nicht jedoch, wie die einzelnen Zahlen zu deuten sind. Laut „Spiegel“-Berichterstattung gibt es einen Trend hin zur GKV. Doch der Verband der Privaten Krankenversicherung widerspricht.

„Jedes Jahr wechseln deutlich mehr Menschen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Private Krankenversicherung als in umgekehrter Richtung“, sagt Volker Leienbach, Direktor des Verbands der Privaten Krankenversicherung. „Gegenteilige Behauptungen sind absurd und nachweislich falsch.“ Leienbach reagiert damit auf eine Berichterstattung des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“, die beschreibt, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine zunehmende Zahl von Privatpatienten registrieren würden, die wieder zu ihnen zurückkehren wollten. „Bei uns häufen sich die Anfragen von Privatversicherten, die zur AOK kommen wollen“, wird etwa der Chef der AOK Rheinland/Hamburg, Wilfried Jacobs, zitiert. Laut Bericht wechselten 2011 allein rund 27 600 Mitglieder zur Barmer GEK, neun Prozent mehr als im Vorjahr. Eine ähnliche Tendenz bestätigte auch die Techniker Krankenkasse dem Magazin: Dorthin wechselten im vergangenen Jahr 68 000 Versicherte, fast zwölf Prozent mehr. Hintergrund: Viele private Krankenversicherungen haben zum 1. Januar ihre Beiträge erhöht, laut „Spiegel“ teils um bis zu 50 Prozent. Gesetzlich vorgesehen ist der Austritt aus einer Privatkasse jedoch nur in Ausnahmefällen – für Privatversicherte, die arbeitslos werden oder deren Angestelltengehalt unter die Versicherungspflichtgrenze



Foto: CC

Wer ist wohin abgewandert? Fest steht: Für viele Privatversicherte wird die PKV zu teuer.

von 50 850 Euro sinkt, sowie für Selbstständige, die in eine ähnlich bezahlte Festanstellung wechseln.

Werbepild der PKV bröckelt

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sieht nun die privaten Kassen in der Pflicht. „Sie schöpfen noch längst nicht alle Möglichkeiten aus, den Versicherten günstigere Tarife anzubieten“, sagte er der in Bielefeld erscheinenden „Neuen Westfälischen Zeitung“. Zudem dürften keine Anreize geschaffen werden, das Kassensystem zu unterwandern und zur gesetzlichen Kasse zu wechseln.

„Es scheint sich langsam herumzusprechen, dass das schöne Werbebild der PKV von „stets besser und billiger“ der Realität nicht entspricht“, sagte Florian Lanz, Sprecher des GKV-Spitzenverbands. Ulrike Steckkönig, Gesundheitsexpertin der Zeitschrift „Finanztest“, sagte, wer sich mit Anfang 30 privat krankenversichere, müsse damit rechnen, dass sich seine Beiträge bis zum Eintritt ins Rentenalter mindestens verdreifachten. Leienbach beharrt stattdessen darauf, dass der Trend ein ganz anderer ist. „Tatsache ist: Der Saldo der Wanderungsbewegungen zwischen GKV und PKV zeigt Jahr für Jahr einen großen Abstand zugunsten der PKV“, sagt er. „Wenn einzelne Vertreter gesetzlicher Krankenkassen versuchen, einen anderen Eindruck zu erwecken, ist das nicht seriös“, da hierbei die Zahl derer verschwiegen werde, die im

selben Zeitraum in die Private Krankenversicherung wechselten. Auch wenn es noch keine abschließenden Zahlen für das Jahr 2011 gebe, zeigten Zwischenberichte, „dass der Vorsprung der PKV in der Wanderungsbilanz gegenüber dem Vorjahr sogar noch gewachsen ist. Von einem Abwanderungstrend kann also überhaupt nicht die Rede sein – das Gegenteil ist richtig“, argumentiert Leienbach und untermauert seine Behauptung mit Zahlen des Verbands. Diese seien „seit jeher starken Schwankungen unterworfen“, heißt es zwar „doch eines gilt für alle Jahre: Der Saldo zugunsten der PKV war immer eindeutig positiv.“

Abschließend kommentiert der Direktor des PKV-Verbands Andeutungen des „Spiegel“-Berichts, dass Vertreter gesetzlicher Krankenkassen wechselwilligen Versicherten Schlupflöcher zur Umgehung der gesetzlichen Schranken aufzeigten. „Wenn eine Krankenkasse als öffentlich-rechtliche Körperschaft Beihilfe zur Umgehung des Sozialgesetzbuches leisten sollte, wäre dies ein Skandal“, sagt er. „Die PKV steht jedenfalls für solche rechtswidrigen Praktiken nicht zur Verfügung.“

mg/dpa

Wanderbewegungen zwischen GKV und PKV (laut Verband der Privaten Krankenversicherung):

2010	2009	2008
Übertritte zur PKV: 227 700	Übertritte zur PKV: 288 200	Übertritte zur PKV: 244 900
Abgänge zur GKV: 153 200	Abgänge zur GKV: 146 500	Abgänge zur GKV: 151 000
Saldo: + 74 500	Saldo: + 141 700	Saldo: + 93 900

Quelle: PKV-Spitzenverband

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen

Chirurgische Leistungen

Die wichtigsten Änderungen der neuen GOZ analysiert und kommentiert der Vorsitzende des GOZ-Senats der Bundeszahnärztekammer, Dr. K. Ulrich Rubehn, systematisch in einer Artikelserie. In Teil 4 geht es um „Abschnitt D – Chirurgische Leistungen“, zusammen mit „Abschnitt L – Zuschläge zu bestimmten chirurgischen Leistungen“.



Foto: CC

Der Abschnitt D der neuen GOZ ist im Vergleich zur GOZ-alt nicht sehr stark verändert worden.

Der „Abschnitt D – Chirurgische Leistungen“ der GOZ 2012 gehört zu den am wenigsten veränderten Teilen der neuen Gebührenordnung. In den allgemeinen Bestimmungen wurde der Begriff „Primäre Wundversorgung“ mittels einer konkreten Auf-

däre Wundversorgung bleibt separat berechnungsfähig.

Klargestellt wurde, dass die Schaffung eines operativen Zugangs Bestandteil der Hauptleistung und damit nicht gesondert berechnungsfähig ist. Ferner sind bei den gesondert berechnungsfähigen Materialien zusätzlich die Knochenersatzmaterialien, die Membranen, das atraumatische Nahtmaterial und „nur einmal verwendbare“ Explantationsfräsen speziell aufgenommen worden.

Neu: OP-Zuschläge

Eine wesentliche Neuerung und Verbesserung gerade bei der Erbringung chirurgischer und implantologischer Leistungen sind die mit der GOZ 2012 eingeführten Zuschläge für bestimmte zahnärztlich-chirurgische Leistungen. Diese Zuschläge

gelten nur für ausgewiesene Leistungen und sind im Abschnitt L der GOZ unter den Nummern 0500 bis 0530 aufgeführt. Die vier Zuschlagspositionen sind nach der Höhe der Punktzahl der zuschlagsfähigen Hauptleistung gegliedert, sie sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechenbar und müssen in der Rechnung direkt nach der Hauptleistung aufgeführt werden.

Bei der Ausführung mehrerer zuschlagsberechtigter Leistungen wird die Hauptleistung mit der höchsten Punktzahl für die Wahl der entsprechenden Zuschlagsposition herangezogen.

Mehr als ein OP-Zuschlag darf je Behandlungstag nicht berechnet werden. Darüber hinaus sind einzelne chirurgische Leistungen für Zuschläge bei der Anwendung des Operationsmikroskops beziehungsweise bei der Anwendung eines Lasers geöffnet.

Zugriff auf GOÄ eingeschränkt

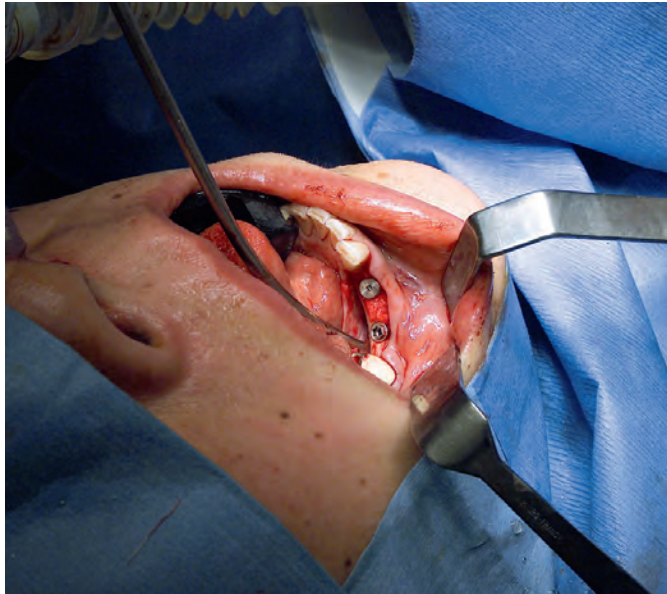
War bis 2011 für eine Reihe von chirurgischen Maßnahmen noch der Zugriff auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) möglich, ist dieser Weg jetzt eingeschränkt worden. Typisch zahnärztliche Leistungen, die bislang nur in der GOÄ zu finden waren, wurden jetzt in die GOZ aufgenommen. Damit ist der Zahnarzt auf die Anwendung der GOZ verwiesen. Das gilt beispielsweise für die operative Entfernung extrem verlagelter Zähne. Für diese Leistung wurde die Nummer 3045 (anstelle Ä 2650) geschaffen. Sofern bei dieser Leistung eine Nervverlagerung im Sinne der Schaffung eines neuen

Erratum

Im Kommentar zu GOZ-Abschnitt A (zm 24/2011, Seite 20-21) wurde irrtümlicherweise die Berechnung des Konturieren nach GOZ-Nr. 2320 bezeichnet. Das ist falsch. Richtig ist für diese Leistung die Nummer 2130. ■



zählung der eingeschlossenen Leistungen präzisiert. Bei der primären Wundversorgung sind nur „plastische Wundverbände“ inkludiert, starre Wundverbände wie Verbandplatten also nicht. Auch eine sekun-



Der Zugriff auf die GOÄ ist bei chirurgischen Leistungen eingeschränkt worden.



Kommentiert und erläutert die wichtigsten Änderungen der Novelle: Dr. K. Ulrich Rubehn, Vorsitzender des GOZ-Senats der BZÄK.

knöchernen Nervbettes erforderlich ist, bietet die GOZ keine Handhabe. Die entsprechende Leistung ist zwar in der GOÄ abgebildet, jedoch ist der betreffende Abschnitt der GOÄ der Anwendung durch Zahnärzte gemäß § 6 Absatz 2 GOZ nicht geöffnet. Daher verbleibt in diesem Fall nur die analoge Berechnung dieser Leistung. Auch die „Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung ...“ ist jetzt als Nummer 3100 in der GOZ beschrieben, während früher oft auf die Ä 2381 oder Ä 2382 zugegriffen wurde. Diese Nummer

kann dann zur Abrechnung kommen, wenn ein Wundlappen in eine neue Position verlagert werden musste. Das impliziert in aller Regel auch eine Periostschlitzung, die für sich allein nicht nach dieser Nummer berechnet werden kann. Insgesamt wurde die bislang recht unklare Zugriffsmöglichkeit auf die einzelnen Nummern der GOÄ – ausgelöst durch die Veränderungen in der GOÄ im Jahr 1996 – jetzt präzisiert, indem die geöffneten Abschnitte und Gebührennummern dezidiert aufgezählt sind.

INFO

Erläuterungen im Überblick

Die GOZ-Artikelserie bringt Erläuterungen der wesentlichen Änderungen im GOZ-Gebührenverzeichnis 2012. Hier eine Übersicht über die bereits erschienenen sowie kommenden Beiträge:

■ zm 24/2011: Abschnitt A: Allgemeine Leistungen

■ zm 1/2012: Abschnitt B: Prophylaktische Leistungen

■ zm 2/2012: Abschnitt C: Konservierende Leistungen

■ zm 3/2012: Abschnitt D: Chirurgische Leistungen

mit Abschnitt L: Zuschläge zu bestimmten chirurgischen Leistungen

■ zm 4/2012: Abschnitt E: Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

■ zm 5/2012: Abschnitt F: Prothetische Leistungen

■ zm 6/2012: Abschnitt G: KFO-Leistungen

mit Abschnitt H: Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

■ zm 7/2012: Abschnitt J: Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

■ zm 8/2012: Abschnitt K: Implantologische Leistungen

■ zm 9/2012: Änderungen im Allgemeinen Teil (Paragrafenteil)

Klarstellungen und Streichungen

Wissenschaftlich obsoleete Leistungen wurden gestrichen. Das betrifft die Trepanation des Kieferknochens der „Schröder'schen Lüftung“, die endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen und die „Knochenresektion am Alveolarfortsatz in Verbindung mit Extraktionen von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen“.

Bei den Zystenoperationen sind gebührenrechtlich noch die Zystektomien erwähnt. Die sicherlich selteneren Zystostomien können nach der GOÄ berechnet werden, wenn ihre Ausdehnung ein Gebiet von drei Zähnen übersteigt. Ansonsten bleibt für diese OP-Variante die analoge Berechnung. Die Vestibulumplastik nach Nummer 3240 ist jetzt in ihrem Umfang präzisiert. Diese Nummer betrifft nur kleine Plastiken (auch Gingivaextensionsplastik) bis zu einem Bereich von zwei nebeneinander liegenden Zähnen. Für größere Plastiken ist damit der Zugriff auf die Nummern Ä 2675, 2676 und 2677 klargestellt. Bei den Nachbehandlungen wurde festgeschrieben, dass sich eine Leistung auf eine Kieferhälfte oder ein Frontzahngebiet (bei 3290) beziehungsweise auf ein OP-Gebiet (bei 3300 und 3310) bezieht.

Dr. K. Ulrich Rubehn
Kaltenweide 84
25335 Elmshorn

Patientenrechtegesetz

Geteiltes Echo

Lange erwartet, jetzt ist er da – der Referentenentwurf zum Patientenrechtegesetz, vorgelegt vom Bundesjustizministerium (BMJ) und vom Bundesgesundheitsministerium (BMG). Politik und Verbände reagieren mit Pro und Contra. Die Zahnärzteschaft zeigt sich kritisch: Der Entwurf berücksichtigt die zahnmedizinischen Besonderheiten so gut wie gar nicht, die Vorschläge könnten zu erheblich mehr Bürokratie für die Zahnärzte führen.



Foto: TK-Pressefoto

Auf Augenhöhe mit dem Arzt – das neue geplante Gesetz wird die Rechte von Patienten in einer Vorschrift bündeln.

Der Entwurf orientiert sich im Großen und Ganzen an den bereits im vergangenen April von BMJ, BMG und vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung vorgestellten Eckpunkten. Bisher ist er noch nicht endgültig zwischen den beiden Ressorts abgestimmt und auch noch nicht vom Bundeskabinett beschlossen worden. Erstmals sollen jetzt alle Patientenrechte, die bereits in unterschiedlichen Rechtsbereichen in einer Vielzahl von Einzelvorschriften geregelt waren, im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) gebündelt werden. Hier die Kernpunkte:

■ **Behandlungsvertrag:** Die Vertragsbeziehung zwischen Arzt (auch anderen Heilberuflern) und Patient wird erstmals im BGB geregelt. Die Behandlung hat nach den bestehenden anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen.

■ **Informationspflichten:** Der Arzt muss dem Patienten Diagnose und Therapie in verständlicher Weise erläutern und ihn auch über eventuelle Behandlungsfehler in-

formieren. Er muss den Patienten auch über Kosten informieren, die nicht von der Kasse übernommen werden.

■ **Aufklärungspflichten:** Patienten müssen vor jedem Eingriff umfassend über die Folgen und Risiken aufgeklärt werden.

■ **Dokumentation:** Die Patientenakte muss vollständig sein, alle Fakten müssen aufgeführt werden. Der Patient kann Einsicht in die Akte verlangen.

■ **Beweislast:** Bei „einfachen“ Behandlungsfehlern muss der Patient den Fehler und dessen Ursachen nachweisen, bei „gro-

ben“ Behandlungsfehlern gibt es eine Beweislastumkehr: Der Arzt muss dem Patienten beweisen, dass er nicht Verursacher war.

■ **Krankenkassen:** Sie sind bei Behandlungsfehlern verpflichtet, Patienten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen.

■ **Krankenhäuser:** Dort ist künftig ein Risiko- und Fehlermanagement vorgeschrieben. Der G-BA muss außerdem binnen zwölf Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Richtlinie zur Verbesserung der Patientensicherheit verabschieden.

Versprechen eingelöst

Die Reaktionen auf den Gesetzesentwurf sind unterschiedlich. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, sieht in dem Vorschlag auf den ersten Blick eine Einlösung des Versprechens, das Gesetz nicht gegen die Ärzte zu formulieren. Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, verspricht sich eine dras-

tische Reduzierung ärztlicher Kunstfehler. Auch die Kassen begrüßen den Entwurf: Der vdek zum Beispiel betont, Versicherte bei Behandlungsfehlern unterstützen zu wollen. Kritische Stimmen kommen aus der Opposition. Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach spricht von einer klassischen Mogelpackung der FDP, weil sich nicht viel ändere. Verbraucherschützer monieren, dass die Rechte der Patienten nicht ausgeweitet würden.

Als positiv erachten BZÄK und KZBV, dass einer generellen Beweislastumkehr und einer verschuldensunabhängigen Haftung eine Absage erteilt wurde. Jedoch sehen sie den Gesetzesentwurf kritisch, da er die Besonderheiten der zahnmedizinischen Versorgung nicht berücksichtigt. Zwar unterstütze die Zahnärzteschaft von jeher die Stärkung der Patientensouveränität und fördere die Transparenz in der Patienten-Zahnarzt-Beziehung, wichtig sei jedoch, dass diese nicht durch zusätzliche, unnötige Bürokratie überfrachtet werde, erklärt BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. Vor allem in den Bereichen Einwilligung, Aufklärung und Dokumentation gibt es nach Ansicht der BZÄK erhebliche Verpflichtungen für niedergelassene Zahnärzte. Manches, was im Gesetzesentwurf gut gemeint sei, könne negative Wirkungen entfalten, befürchtet auch der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Beispielsweise sollen Krankenkassen künftig innerhalb von maximal fünf Wochen über die Bewilligung von beantragten Behandlungen entscheiden. Das sei einerseits begrüßenswert, bedeute aber andererseits, dass im zahnärztlichen Bereich ein seit Jahren bewährtes medizinisches Gutachterverfahren infrage gestellt werde. Die Krankenkasse müsse ihre Entscheidung ohne eine gegebenenfalls nötige körperliche Untersuchung, quasi im Blindflug treffen, weil ein Gutachten so kurzfristig kaum zu erstellen sei. Im Sinne des Patienten sei das nicht.

Die Verbändeanhörung zum Entwurf ist für den 15. März vorgesehen, am 16. Mai soll das Bundeskabinett beschließen. pr



Foto: picture alliance

„I hope I die before I get old“ sang Roger Daltrey von The Who einst im legendären „My Generation“. Einige seiner Musikkollegen machten dieses Schicksal wahr und schieden früh aus dem Leben, bevorzugt im Alter von 27 Jahren. Zufall oder mehr – dieser Frage ist ein Forscherteam nun wissenschaftlich nachgegangen.

Die britische Soulsängerin Amy Winehouse wurde im Juli 2011 das neueste Mitglied im sogenannten Club 27 – einer Riege von Musikern, die in eben jenem Alter verstorben sind. Dazu zählen unter anderen auch Jimi Hendrix, Jim Morrison, Kurt Cobain und Janis Joplin. Die Zahl der Musiker, die mit 27 starben, sei höchst bemerkenswert, schreibt der Cobain- und Hendrix-Biograf Charles R. Cross in einem Beitrag für die Onlinezeitung „Seattle P-I“. Doch hält der Mythos des Club 27 einer genauen Untersuchung stand?

So Why So Sad

Ein Forscherteam unter der Leitung von Adrian Barnett von der australischen Universität Queensland hat sich nun erstmals wissenschaftlich dem Phänomen genähert.

Die Forscher wollten herausfinden, ob es wirklich eine signifikante, statistisch nachweisbare Häufung von Todesfällen bekannter Musiker in besagtem Alter gibt. Dafür konzentrierten sie sich auf Künstler, die zwischen 1956 und 2007 mindestens einmal auf Platz eins der britischen Album-Charts standen – insgesamt 1 046 Personen. Ein besonderer Fokus wurde dabei auf jene 522 Musiker gelegt, die schon vor ihrem 27. Geburtstag zu Berühmtheit gelangt waren und so nach Ansicht der Wissenschaftler einem erhöhten Todesrisiko ausgesetzt gewesen sein müssten. Mit der Einschränkung des

Nummer-1-Albums fielen auch Hendrix, Joplin und Morrison aus der Untersuchung heraus, da sie nie an der Spitze der britischen Charts standen. Schlussendlich, nach der Auswertung der Todeszeitpunkte der Musiker, kommen die Forscher in ihrer im „British Medical Journal“ veröffentlichten Studie zu dem Ergebnis, dass es keine signifikante Häufung von Todesfällen im Alter von 27 Jahren gibt. Der Club 27 basiere auf einem Mythos, fassen die Forscher ihre Untersuchung zusammen.

Riders On The Storm

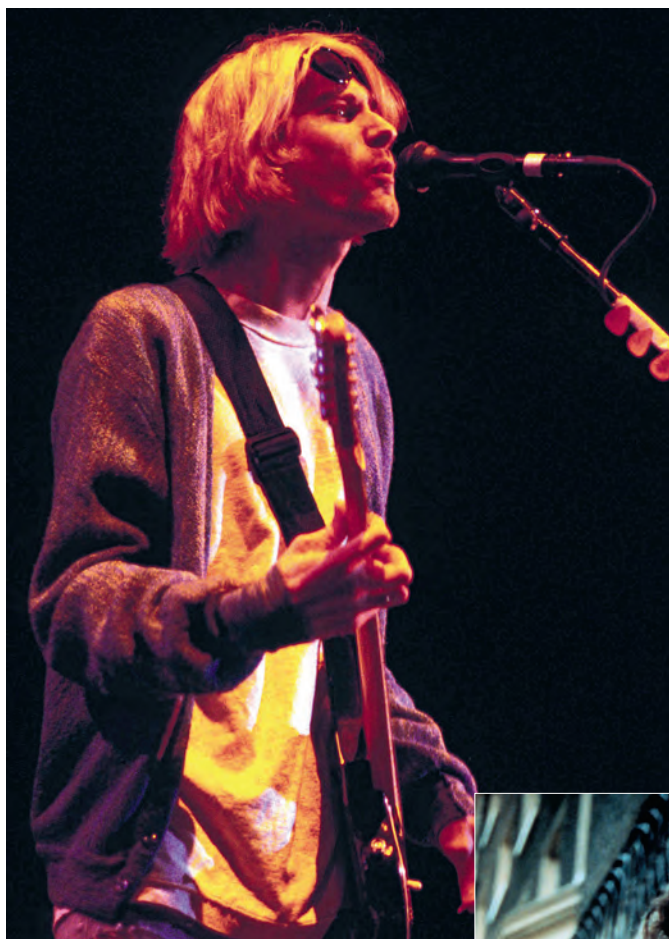
Doch die Wissenschaftler haben einige interessante andere Aspekte herausgefunden. Das Risiko, im Alter zwischen 20 und 40 Jahren zu sterben, liegt für einen Berufsmusiker zwei- bis dreimal höher als für die Durchschnittsbevölkerung. Die Forscher führen das auf den exzessiven „Rock-‘n’-Roll-Lebensstil“ mit viel Drogen und Alkohol zurück. „Die Sängerin, die Millionen Herzen gewann aber es nicht schaffte, von Drinks und Drogen zu lassen“, schrieb beispielsweise der britische „Independent“ in seinem Nachruf über Amy Winehouse.

Vor allem in den 1970er- und frühen 1980er-Jahren kam es gehäuft zu Todesfällen in der Altersspanne zwischen 20 und 40, während

Berühmte Mitglieder des Club 27

Musiker	Todesjahr	Band
Brian Jones	1969	The Rolling Stones
Jimi Hendrix	1970	The Jimi Hendrix Experience
Janis Joplin	1970	-
Jim Morrison	1971	The Doors
Kurt Cobain	1994	Nirvana
Richey Edwards	1995	Manic Street Preachers
Amy Winehouse	2011	-

Quelle: nme.com



Kurt Cobain machte mit seiner Band Nirvana Anfang der 1990er-Jahre Grunge zur dominierenden Rock-Spielart. Das Album „Nevermind“ verkaufte sich bis heute über 30 Millionen Mal. Cobain war als Kind hyperaktiv und wurde mit Ritalin behandelt. Später kämpfte er mit Depressionen und seiner Drogenabhängigkeit, er nahm unter anderem Heroin und Beruhigungsmittel. 1994 erschoss sich Cobain in seinem Haus in Seattle mit einer Schrotflinte. In seinem Abschiedsbrief zitierte er Neil Young: „It’s better to burn out than to fade away.“

heit.“ Eine Gefahr für die Musiker bestehe laut dem Pophistoriker aber immer noch, weil sie sich mit einem unmäßigen Interesse an ihrer Person konfrontiert sähen, mit vielen Terminen und Auftritten. Zudem sei der Konkurrenzdruck extrem hoch. Trotz der statistischen Widerlegung der gehäuften Musikertode im Alter von 27 wird der Mythos um den Club wohl weiterleben, weil Kunst und Tragik im Leben der Protagonisten so dramatisch zusammenfielen. Die Club-27-Mitglieder zeichneten sich durch die Intensität ihrer Musik, ihrer Performance und letztlich ihres Lebens aus, sagt Schatz. „Daher wird man nicht nur durch besagtes Zahlenspiel auf sie aufmerksam, sondern auch, weil in ihren Biografien künstlerische Größe, Erfolg, Sehnsüchte, Leidenschaft und die Tragik eines frühen Todes zusammenkommen – und das alles in nur 27 Jahren. Das ist es, was die Menschen an diesem Club fasziniert.“ eb

es in den späten 1980ern keine Todesfälle gab. Das hat laut dem Wissenschaftlerteam zwei mögliche Gründe: Zum einen wurden die Behandlungsmethoden bei Heroinüberdosen besser, zum anderen wurde Rock vom weniger ausschweifenden Pop als dominierendes Genre abgelöst.

You Know I’m No Good

Die Ergebnisse sollten international von Interesse sein, heißt es in der Studie. Musiker trügen in hohem Maß zur Lebensqualität vieler Menschen bei. Deshalb sollte man sie so lange wie möglich am Leben und Arbeiten halten. Der Pophistoriker und Autor Thorsten Schatz glaubt, dass heutzutage das Todesrisiko für junge Musiker wahrscheinlich gesunken ist: „Die jungen Stars sind sich sicherlich mehr als früher bewusst, was es heißt, Drogen zu nehmen, Alkohol eingeschlossen. Was bei exzessivem Konsum passiert, wissen die Musiker aus der Vergangen-



Jimi Hendrix gilt wegen seiner damals innovativen Spielweise als einer der einflussreichsten Rockmusiker. Das Magazin „Rolling Stone“ kürte ihn zum besten Gitarristen aller Zeiten. 1969 trat Hendrix beim Woodstock Festival auf, wo er seine legendäre Version der US-Nationalhymne „The Star-Spangled Banner“ spielte. Im Laufe der Jahre wurde Hendrix’ Drogenkonsum immer exzessiver, zudem litt er unter Depressionen. 1970 erstickte er in einem Londoner Hotelzimmer an seinem eigenen Erbrochenen infolge eines Cocktails aus Alkohol und Schlaftabletten.

Fotos: picture alliance

Zahnerhalt als Königsweg

Jürgen Fedderwitz

Aufgrund von knappen Ressourcen in der gesetzlichen Krankenversicherung steht die Zahnärzteschaft mehr denn je vor der Herausforderung, unter Berücksichtigung fachlicher und ethischer Gesichtspunkte dennoch die beste medizinische Versorgung zu ermöglichen. Mit Blick auf die Therapie parodontal geschädigter Zähne bedeutet das Zahnmedizin im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und individueller Lebensqualität.

„Ziele, die nicht der Steigerung der Lebensqualität dienen, sind nicht der Rede wert“, heißt es. Ein Credo, das auch bei der Therapie parodontal geschädigter Zähne Anwendung finden sollte.



Foto: Initiative ProDente e.V.

Patienten haben heutzutage hohe bis hehre Ansprüche an Medizin und Zahnmedizin. Einige schießen über das primäre Ziel des Heilens hinaus, etwa wenn es – vollmundigen Werbeversprechen folgend – um die Umsetzung spezifisch-ästhetischer Wünsche geht. Das Bedürfnis nach einer harmonischen Ästhetik, einem schmerzfreien Zustand und Funktionsfähigkeit ist legitim und nachvollziehbar. Schwieriger fällt oftmals die Entscheidung, welcher Therapieweg im Einzelfall zum Ziel führt.

Staatlich getragene Gesundheitsgüter sind stets knapp. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive gilt es deshalb, finanzielle Ressourcen und medizinische Möglichkeiten in Einklang zu bringen, gleichzeitig noch Qualität zu erzeugen und nach dem Gebot der Gerechtigkeit zu handeln. In der Gesundheitsökonomie spricht man an dieser Stelle vom „Magischen Viereck“ (Abbildung S. 33). Mit Blick auf eine individuelle Therapie ist es Aufgabe des Zahnarztes, den Nutzen einer Intervention mit den knappen Ressourcen

in Beziehung zu setzen. Kurz: eine Kosten-Nutzen-Relation zu erstellen.

Dabei ist die Perspektive entscheidend für das Ergebnis: Je nach Betrachtungsweise wird eine gesundheitsökonomische Analyse zu völlig unterschiedlichen Resultaten führen. Was für den Patienten von Vorteil ist (etwa eine niedrige Eigenbeteiligung), ist für den Kostenträger alles andere als erstrebenswert (Leistungspflicht). Und wiederum anders gelagert sind die Interessen des Zahnarztes (etwa eine adäquate Vergütung). Das

gilt selbstverständlich auch für die Parodontitis-Therapie und die Frage nach Erhalt oder Exzision parodontal geschädigter Zähne.

Ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich

De jure hat der Gesetzgeber im SGB V § 12 für alle Leistungsbereiche der GKV, also auch für die vertragszahnärztliche Versorgung, das Wirtschaftlichkeitsgebot festgeschrieben. Die Leistungen müssen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“. Und:

„Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Andererseits wird in § 2, Abs. 1, Satz 3 festgehalten, dass „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen sollen“.

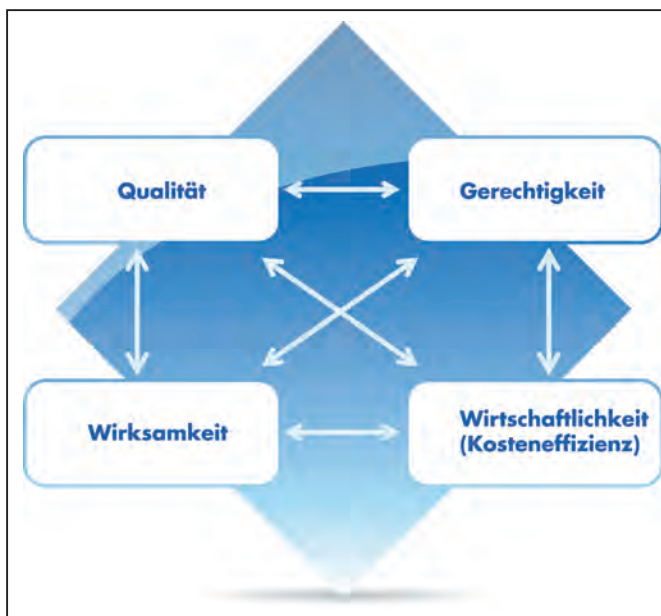
In der Praxis befindet sich der Zahnarzt in seiner Schlüsselposition bei der Disponierung von Finanzmitteln also in einem Zwiespalt: Gegenüber dem Patienten hat er die Verpflichtung, alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu treffen, die nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Heilung oder Linderung einer Erkrankung erforderlich sind. Gleichzeitig sollen dabei zulasten der GKV die geringstmöglichen Kosten entstehen. Was ist also zu tun?

Für den Zahnarzt bedeutet wirtschaftliches Behandeln zwischen medizinisch gleichwertigen Leistungen die insgesamt kostengünstigere zu wählen. Er meistert damit nicht nur den Spagat zwischen fachlichem Anspruch und gesundheitspolitischer Limitation, sondern tariert – quasi in einem zweiten magischen Viereck – zwischen

- moderner Zahnmedizin,
- fachlichem Anspruch und fachlichem Können,
- dem sorgsamem Umgang mit solidarisch finanzierten Mitteln und

■ der Berücksichtigung der individuellen Ausgangssituation des Patienten einschließlich ethischer Gesichtspunkte und der Frage nach Rentabilität.

Gerade bei der Parodontitistherapie hat der Faktor Lebensqualität (LQ) eine besondere Relevanz. Diese wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1993 so definiert: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.“



Komplexer Vierklang: Das „Magische Viereck“ beschreibt die abhängigen Variablen im Gesundheitssystem.

Eine für Zahnmediziner griffigere Definition bietet der klinische Ökonomiker Franz Porzsett (Ulm). Aus seiner Sicht ist „Lebensqualität die Differenz zwischen dem Soll- und dem Istwert, wobei der Sollwert die Ansprüche des Menschen ausdrückt und der Istwert die Realität. Ist die Differenz sehr groß, ist die Lebensqualität schlecht, ist die Differenz gering, ist die Lebensqualität gut.“ Wenn also die individuell divers geprägten Ansprüche der Menschen ein Kriterium bei der Beurteilung von Lebensqualität sind, dann definiert sich diese mehr subjektiv denn objektiv.

Das gilt auch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Diese beleuchtet drei Di-

mensionen: die somatische, die psychische und die soziale – je nach individuellem Krankheitsbild mit Gewichtungen und Wechselwirkungen.

Zähne sind gefühlte Lebensqualität

Auch die Mundgesundheit ist Gegenstand der LQ-Forschung. Die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) beschreibt schließlich das subjektive Erleben der Mundgesundheit durch den Patienten.

Wesentliche Parameter sind

- Funktionseinschränkungen des Kauystems,
- orofaziale Schmerzen,
- die dentofaziale Ästhetik und
- der psychosoziale Einfluss der Mundgesundheit

als komplementäre Information zu klinischen Indikatoren, etwa Indizes für Karies und Parodontopathien.

Die positive Wirkung von Zähnen und Zahnersatz konnte bereits mit der DMS III von 1997 bewiesen werden (Abbildung Seite 34).

In der Studie ist beiden Kohorten die hohe psychologische Verknüpfung von Lebensqualität und Kauystem gemein. Das Wohlbefinden rangiert direkt nach der Primärfunktion des „Kauens und Beißens“ auf Platz zwei. Mit höherem Lebensalter rückt

diese positive Wirkung dann noch stärker ins Bewusstsein der Studienteilnehmer.

Erlebte Krankheit – Kein stilles Leiden

Um MLQ zu messen, hat sich in der Wissenschaft ein spezifischer Fragebogen als anerkannter empirischer Königsweg etabliert – das ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP) [Slade/ Spencer, 1994]. Daraus wurden Kurzversionen erarbeitet, die methodisch vergleichbar aufgebaut sind. Hierzulande gilt der OHIP – G 14 als Standard (Abbildung Seite 35). Zahlreiche Arbeitsgruppen nutzen das OHIP. Mariko Naito et al. (Japan)

Quelle: Meinardus/zm

Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität		
Ausweis: „Zähne haben eine gute Wirkung auf ...“	Alterskohorten	
	35- bis 44-Jährige n = 655 (in Prozent)	65- bis 74-Jährige n = 1367 (in Prozent)
Kauen und Beißen	83,4	84,4
Wohlbefinden	73,2	75,2
Gesundheit allgemein	66,5	74,2
Lächeln und Lachen	63,5	66,7
Selbstvertrauen	61,8	69,3
Aussehen	60,6	72,7
Sprache	54,1	67,3
Atem	54,1	61,1
Beziehung zum Lebenspartner	53,2	57,3
Teilnahme am gesellschaftlichen Leben	46,9	55,4
Teilnahme an Freizeitaktivitäten	37,5	48,0
<i>Quelle: IDZ-Information 4/2000 nach der DMS III</i>		

haben im Jahr 2006 für ein systematisches Review 1726 Artikel aus den Jahren von 1973 bis 2004 identifiziert.

Aus dem Jahr 2010 stammt eine Studie von Bernabé und Marcenes (England) an 3122 Erwachsenen. Die britischen Forscher kommen zu dem Ergebnis: „Parodontalerkrankungen beeinflussen Lebensqualität. Und zwar unabhängig von sozio-demografischen Faktoren oder den anderen klinischen Gegebenheiten im Mund, also Anzahl der Zähne, Art des Zahnersatzes, Karies et cetera.“ Ergo: Jeder an einer Parodontitis erkrankte Mensch hat eine in unterschiedlichem Maße herabgesetzte Lebensqualität. Somit ist die Erkrankung in Wirklichkeit gar nicht, wie so häufig postuliert, ein „stilles Leiden“.

Vor diesem Hintergrund erstaunt die vergleichsweise geringe Zahl an über die GKV abgerechneten PAR-Behandlungen (Abbildung Seite 36). Konkret sind es nur 3,2 Prozent der für zahnärztliche Maßnahmen verwendeten Gelder.

Sein oder nicht sein – ist hier nicht die Frage

Wissenschaftlicher Neugier entspringt die Frage: Braucht der Mensch eigentlich Zähne? Müssen Zähne sein? Was die Bedeutung der Zähne für das ästhetische Erscheinungsbild angeht, ist dies laut Umfragen mit einem klaren Ja zu beantworten, wobei Frontzähne einen höheren Stellenwert besitzen als Seitenzähne. So ist der Erhalt von Zähnen im sichtbaren Bereich für Patienten noch bedeutsamer als im nicht sichtbaren Bereich [vergleiche Behr, 2003]. Dies gilt insbesondere für die westliche Welt, strebt hier ein Großteil der Menschen doch nach einem idealisierten Aussehen, das ein „schönes Lächeln“ mit einer symmetrischen, „orthodontischen“ Zahnstellung einschließt. Auch aus logopädischer Sicht ist die „Anwesenheit“ von Zähnen für Sprache und Lautbildung essenziell. Zwei Drittel aller Konsonanten und Vokale der deutschen Sprache sind nur unter Nutzung von Lippen, Gaumen und Zähnen sprachkorrekt

nutzbar. Zahnverlust beeinträchtigt die Funktionen von Ober- und Unterlippe und verändert die Funktionsräume der Zunge im Front- und im Seitenzahnbereich sowie die Erzeugung von Modulation und Resonanzen.

Und unbestritten gilt: Auch das Kiefergelenk braucht die Zähne mit ihrer Stützfunktion. Bei einem Zahnverlust verändern sich die Ernährungsgewohnheiten. Weiche, leicht zu kauende Nahrung dominiert. Mit zunehmendem Zahnverlust nimmt die Aufnahme von Ballaststoffen, Vitaminen und Mineralstoffen ab. Prothesenträger haben signifikant niedrigere Laborwerte für Vitamin A, C, B 6, Folsäure und Kalzium. Auch das hat Einfluss auf die Lebensqualität. Bei Zahnlosen sind Vitalität, Aktivität und Zufriedenheit mit dem Leben gegenüber Vollbezahnten offensichtlich signifikant reduziert. [Behr, 2003]

Die PAR-Therapie – eine individuelle Behandlung

Steht der behandelnde Zahnarzt im Praxisalltag vor der Entscheidung, einen (oder mehrere) parodontal geschädigte(n) Zahn (Zähne) zu erhalten oder zu extrahieren, gilt es eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen. Dazu zählen:

- die Therapiemöglichkeiten
- endogene/exogene Faktoren
- die Compliance des Patienten
- das Rezidiv-Risiko
- das Risiko für Zahnverlust
- die Bedeutung der UPT
- Parodontitis und Periimplantitis

Schließlich handelt es sich bei einer chronischen Parodontitis um eine multifaktorielle opportunistische Infektion [Socransky/Haf-fajee, 1992].

Belegt ist die genetische Komponente bei aggressiver Parodontitis. Demnach sind Patienten nicht gleichermaßen empfindlich für die Progression der Krankheit [Michalowitz et al., 2000; Haubek et al., 2008].

Wissenschaftlich anerkannt ist auch, dass eine suffiziente Therapie aus der aktiven Parodontaltherapie (APT) und notwendigerweise einer gleichwertigen individuell unterstützenden Therapie (UPT) besteht, um das

OHIP-G 14

Fragebogen zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität

Bitte prüfen Sie für jede der folgenden Aussagen, wie sehr die beschriebene Situation für Sie persönlich zutrifft. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage eine Zahl an.

Hatten Sie im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz ...	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
Schwierigkeiten bestimmte Worte auszusprechen?	4	3	2	1	0
das Gefühl, Ihr Geschmackssinn war beeinträchtigt?	4	3	2	1	0
den Eindruck, dass Ihr Leben ganz allgemein weniger zufriedenstellend war?	4	3	2	1	0
Schwierigkeiten zu entspannen?	4	3	2	1	0

Ist es im vergangenen Monat aufgrund von Problemen mit Ihren Zähnen, im Mundbereich oder mit Ihrem Zahnersatz vorgekommen, ...	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
dass Sie sich angespannt gefühlt haben?	4	3	2	1	0
dass Sie Ihre Mahlzeiten unterbrechen mussten?	4	3	2	1	0
dass es Ihnen unangenehm war, bestimmte Nahrungsmittel zu essen?	4	3	2	1	0
dass Sie anderen Menschen gegenüber eher reizbar gewesen sind?	4	3	2	1	0
dass es Ihnen schwergefallen ist, Ihren alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen?	4	3	2	1	0
dass Sie vollkommen unfähig waren, etwas zu tun?	4	3	2	1	0
dass Sie sich ein wenig verlegen gefühlt haben?	4	3	2	1	0
dass Ihre Ernährung unbefriedigend gewesen ist?	4	3	2	1	0

Hatten Sie im vergangenen Monat ...	sehr oft	oft	ab und zu	kaum	nie
Schmerzen im Mundbereich?	4	3	2	1	0
ein Gefühl der Unsicherheit in Zusammenhang mit Ihren Zähnen, Ihrem Mund oder Ihrem Zahnersatz?	4	3	2	1	0

Quelle: IDZ

Etabliertes Instrument: ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-Fragebogen)

Parodontale Risikobeurteilung (Periodontal Risk Assessment, PRA) für den klinischen Gebrauch vor. Das Risiko für Zahnverlust hängt ganz wesentlich von der regelmäßigen Teilnahme an einer strukturierten UPT ab. Wichtig hierbei ist die Erkenntnis, dass Hochrisiko-Patienten nach erfolgreicher APT mehr Zähne verlieren als Patienten aus moderater oder niedriger Risikogruppe [Eickholz, 2008].

Für den Zahnerhalt und damit gegen den Einsatz von Implantaten spricht das erhöhte Periimplantitis-Risiko bei Parodontitis-Patienten.

Implantate werden verwendet, um ein Ziel zu erreichen. Sie sind nicht das Ziel selbst.

*Prof. Tord Berglundh,
Universität Göteborg*

Behandlungsergebnis stabil zu halten. Bedeutsam sind in diesem Feld unter anderem die Grundlagenarbeiten von Knowles et al. [1979] und Lindhe/Nyman [1984].

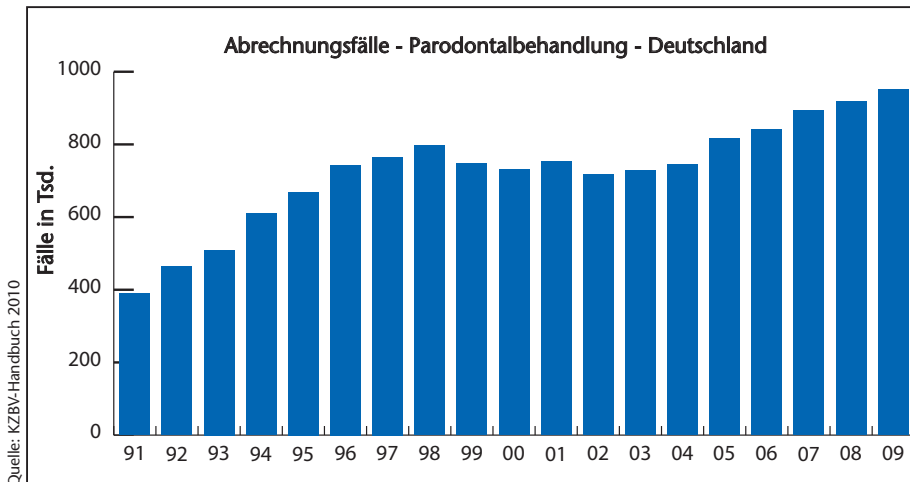
Der Faktor Mensch – Zünglein an der Waage

Hinzu kommt der Faktor Mensch: Die Compliance der Patienten ist neben anderen exogenen Faktoren, eine eminente Einflussgröße für eine verantwortbare Therapie. Unbefriedigend, aber wahr ist: Nur 50 Prozent der Patienten praktizieren nach drei Jahren noch die ihnen vermittelten instrumentellen Techniken [Johansson et al., 1981].

Und: Elf bis 45 Prozent der Patienten waren in der UPT-Phase non-compliant und fielen zum Teil in ihr prä-therapeutisches Verhalten zurück. Daher sind unterschiedliche UPT-Intervalle sinnvoll [Novaes et al., 2001]. Dieses Wissen hat zur Entwicklung eines multifaktoriellen Beurteilungsmodells geführt, das relevante Risikofaktoren berücksichtigt und eine Einschätzung der zukünftigen Progression der Parodontitis ermöglicht. Lang und Tonetti stellten 2003 die

Im Sinne einer Leitlinie haben international führende Parodontologen im Jahr 2008 auf einer Tagung im schweizerischen Ittingen ein „Consensus-Statement“ zum Thema „Implantat versus Zahnerhalt“ erarbeitet. Daraus geht hervor, dass die Überlebensrate von Zähnen mit sorgfältiger parodontaler Nachsorge höher ist als die von Implantaten. Ebenso konsentiert: Zähne zu extrahieren ist keine Option, um Knochen für (eine) spätere Implantation(en) zu erhalten. Die Wissenschaftler weisen in dem Papier darauf hin, dass Patienten mit parodontaler Vorerkrankung ein immerhin 30 Prozent höheres Risiko für weiteren Knochenabbau und eine höhere Implantat-Verlustrate aufweisen [Gotfredsen et al., 2008].

Als Entscheidungshilfe dient auch eine Überlebensstatistik für Zähne in Abhängigkeit von der initialen Prognose. Diese ist für die Frage „Zahnerhalt oder Extraktion“ in fünf Klassen eingeteilt. Bei Zähnen der Prognoseklassen „sehr gut“ bis „mäßig“ erscheint eine Extraktion allein aus parodontologischer Sicht laut den Studienergebnissen nicht gerechtfertigt. Denn „um die parodontalen Verhältnisse langfristig stabilisieren



Vergleichsweise gering: Der Anteil der PAR-Behandlungen lag im letzten GKV-Abrechnungszeitraum lediglich bei 952 000. Das entspricht 3,2 Prozent der Ausgaben.

zu können, muss eine Parodontitistherapie mit anschließender Nachsorge erfolgen. Bei Zähnen mit fraglicher Prognose erscheint ein Vorgehen sinnvoll, bei dem die strategische Bedeutung des Zahnes im Vordergrund steht. Hat der Zahn eine hohe prothetische Wertigkeit, und soll er beispielsweise als Pfeilerzahn für eine Restauration dienen, so erscheint es aufgrund der unsicheren parodontalen Prognose des Zahnes und somit der Gesamtkonstruktion nicht gerechtfertigt, diesen zu erhalten. Hier ist eine Extraktion des Zahnes sinnvoller. Hat der Zahn allerdings keine prothetische Wertigkeit, ist der Zahnerhalt als kosteneffektives Vorgehen durchaus in Betracht zu ziehen. Bei Zähnen mit infauster Prognose ist die Extraktion das Mittel der Wahl“ [Beikler/Flemmig, 2006].

Paternalismus ade – gemeinsam entscheiden

Schließlich muss – in Zeiten von partizipativer Entscheidungsfindung – auch der Patient in die Therapieentscheidung einbezogen werden. In den letzten Jahren hat sich zunehmend die Auffassung durchgesetzt, dass ihm dieses Recht zugestanden werden muss. Neudeutsch spricht man hier von „Shared Decision Making“. Der gerade veröffentlichte erste Referentenentwurf zum geplanten Patientenrechtgesetz nimmt dieses Thema unter anderem ganz aktuell auf.

Zusätzlich ist es im Einzelfall erforderlich, nach dem Vorbild der vier Prinzipien der klinischen Ethik (Klinisch-Ethische Fallanalyse Seite 44) im Sinne eines Werteausgleichs die Interessen zu gewichten, um die individuelle Entscheidungsfindung zu erleichtern.

Lohnenswerter Aufwand

Auch die Frage, ob denn nun der finanzielle Aufwand von APT und UPT zum Erhalt parodontal geschädigter Zähne gerade unter den hiesigen GKV-Systembedingungen ver-

antwortbar ist, muss gestellt werden. Eine Antwort gibt der Frankfurter Parodontologe Peter Eickholz. Er beschäftigt sich seit Längerem intensiv mit der Messung von Arbeitsaufwand und Kosten der Parodontitistherapie. In einer Studie, die in Zusammenarbeit mit den Heidelberger Kollegen um Hans-Jörg Staehle entstanden ist, kommen die Wissenschaftler zu einem eindeutigen Ergebnis: Die Kosten für die Therapie und den Erhalt von parodontal geschädigten Zähnen fallen im Vergleich zu den Alternativkosten für die verschiedenen Möglichkeiten des Zahnersatzes vergleichsweise niedrig aus.

So bleibt noch festzuhalten: Durch das Krankenversicherungssystem bedingte Limitationen spielen solange keine wesentliche Rolle bei der Therapieempfehlung und gemeinsamen Entscheidungsfindung, solange die fachlichen Dimensionen stets am Einzelfall anhand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse beurteilt werden, die Prognose günstig ist, Mitwirkungsrechte, aber auch Mitwirkungspflichten des Patienten berücksichtigt werden und sich der einzelne Kollege fachlich nicht überschätzt.

■ Über die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) wird ab Seite 74 in dieser Ausgabe berichtet.

INFO

Der Zehn-Punkte-Check – Erhalt oder Extraktion?

Um die Frage „Parodontal geschädigte Zähne extrahieren oder erhalten?“ zu beantworten, sollten folgende Aspekte geprüft werden:

- Ist die Erhaltungswürdigkeit der Zähne geprüft?
- Ist die Erhaltungsfähigkeit der Zähne bewertet?
- Wurden die Möglichkeiten der Therapie und die Prognose auch hinsichtlich der individuellen Ausgangssituation des Patienten (Compliance, Therapieeinschränkungen) eingeschätzt?
- Wurde die strategische Bedeutung der Zähne (etwa zum Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe) und ihre prothetische Wertigkeit als Pfeilerzähne erfasst?

- Wurden die individuellen Bedürfnisse und Ansprüche des Patienten (zum Beispiel die Lebensqualität) berücksichtigt?
- Wurde der Patient über die Kosten informiert?
- Wurden dem Patienten Versorgungsalternativen aufgezeigt?
- Wurde seine eigenverantwortliche Entscheidung eingefordert?
- Wurde das Wirtschaftlichkeitsgebot mit seinen Haftung- und Gewährleistungsrichtlinien, seinen zeitlichen Erfolgserwartungen und seinen möglichen Regressverpflichtungen nicht vergessen?
- Wurden die vier Prinzipien der klinischen Ethik beachtet?

Sjögren-Syndrom

Autoimmun bedingte Xerostomie

Markus Hullmann, Martin Gosau, Florian Weber, Torsten E. Reichert



Fotos: Hullmann et al.

Abbildung 1: Deutlich verstärktes Oberflächenrelief der Lippen bei chronischer Xerostomie

Eine 50-jährige Patientin wurde uns durch den behandelnden zahnärztlichen Kollegen aufgrund einer seit mehreren Jahren bestehenden Xerostomie bei bekannter rheumatoider Arthritis vorgestellt. Neben einer Austrocknung der Mundschleimhäute mit entsprechenden Sprech- und Schluckbeschwerden gab die Patientin ein Fremdkörpergefühl im Bereich der Augen an.

Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich das Oberflächenrelief der Lippen und der Zunge infolge der verminderten Speichelsekretion vergrößert (Abbildung 1). Die Zähne wiesen eine starke Abrasion okklusar beziehungsweise inzisal auf. Zusätzlich fanden sich Zahnhalsfüllungen im Seitenzahngelände als Zeichen einer erhöhten Karies-

anfälligkeit (Abbildung 2). Eine Schwellung oder Druckdolenz der großen Speicheldrüsen ließ sich nicht nachweisen. Ein Speicheltest objektiviert die reduzierte Sekretionsleistung der Speicheldrüsen mit einer Speichelfließrate unter 0,7 ml/min (Normwert > 1 ml/min), nachdem die Patientin angehalten worden war, fünf Minuten auf einem Paraffinstück zu kauen und den gebildeten Speichel in einen Messbehälter zu geben. Mithilfe von pH-Indikatorstreifen konnte außerdem eine niedrige Pufferkapazität nachgewiesen werden (normaler pH unter Stimulation kleiner 7,0 bis 7,2). Unter Verwendung des Schirmer-Tests konnte die verminderte Sekretionsleistung der Glandulae lacrimales nachgewiesen werden. Aufgrund der Symptomkombination aus Keratokonjunktivitis sicca und Xerostomie wurde ein Sjögren-Syndrom angenommen. Zur Objektivierung der Diagnose erfolgte die Exstirpation von drei Glandulae labiales mit dem Ziel der histopathologischen Aufarbeitung über eine vertikale Schnittführung im Bereich des Unterkiefervestibulums (Abbildungen 3 und 4).



Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.

Im histopathologischen Bild ließ sich eine Fibrose des Interstitiums des Speicheldrüsenparenchyms mit kleinfokalen, lymphoplasmazellulären, periduktal akzentuierten Infiltraten erkennen (Abbildung 5). Der pathologische Befund einer chronischen, lokal sklerosierenden Sialadenitis war gut mit einer Autoimmun-Sialadenitis vereinbar.

Die Therapie erfolgte symptomorientiert mit Augentropfen und Speichlersatz. Zusätzlich wurden frühzeitige präventive zahnärztliche Maßnahmen empfohlen, um eine Progredienz der Zahnabrasionen und weiteren Kariesbefall zu verhindern.

Diskussion

Das Sjögren-Syndrom stellt eine chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung der Bindegewebe mit einer Prävalenz von 0,2 Prozent in der erwachsenen europäischen Bevölkerung dar [Hansen und Dörner, 2010]. 90 Prozent der Erkrankten sind Frauen. Für das Erkrankungsalter werden zwei Erkrankungsgipfel – einmal zwischen dem 20. und dem 40. und nach dem



Abbildung 2: Vergrößerung des Oberflächenreliefs der Zunge in Folge der Mundtrockenheit



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

Internationale Klassifikationskriterien für das Sjögren-Syndrom

I.	Augensymptome – notwendig ist eine positive Antwort auf eine der folgenden Fragen: 1. Litten Sie an täglicher, andauernder und störender Augentrockenheit über mehr als drei Monate? 2. Verspüren Sie ein wiederkehrendes Fremdkörpergefühl in den Augen? 3. Benutzen Sie Tränenersatzmittel mehr als dreimal am Tag?
II.	Orale Symptome – notwendig ist eine positive Antwort auf eine der folgenden Fragen: 1. Hatten Sie ein Gefühl der Mundtrockenheit über mehr als drei Monate? 2. Hatten Sie wiederkehrende oder anhaltende Schwellungen der Speicheldrüsen als Erwachsener? 3. Müssen sie häufig trinken, um trockene Speisen schlucken zu können?
III.	Augensymptome – objektiver Nachweis einer Augenbeteiligung bei positivem Ergebnis eines der nachfolgenden Tests: 1. Ohne Anästhesie durchgeführter Schirmer-Test (< 5 mm in fünf Minuten) 2. Bengalosatest oder andere färberische Augentests (< 4 gemäß dem Bijsterveld-Bewertungssystem)
IV.	Histopathologie: fokale lymphozytäre Sialadenitis in kleinen Speicheldrüsen (aus nicht entzündlich veränderter Mundschleimhaut gewonnen) durch einen erfahrenen Histopathologen befundet mit einem Fokusscore > 1. Dieser wird durch die Anzahl lymphozytärer Foci auf 4 mm ² Drüsengewebe definiert.
V.	Speicheldrüsenbefall – objektiver Nachweis der Speicheldrüsenbeteiligung bei positivem Ergebnis eines der nachfolgenden Tests: 1. Unstimulierter Speichelfluss (< 1,5 ml in 15 Minuten) 2. Sialografie der Parotis mit Nachweis einer diffusen Sialektasie ohne Nachweis einer Obstruktion des Ausführungsgang 3. Speicheldrüsenszintigrafie mit Nachweis eines verzögerten Uptakes, einer reduzierten Konzentration und/oder einer verzögerten Exkretion des Tracers
VI.	Autoantikörper (Nachweis eines der folgenden Autoantikörper im Serum): 1. Antikörper gegen Ro(SSA)- oder La(SSB)-Antigen

50. Lebensjahr – beschrieben [Kassan und Moutsopoulos, 2004]. Charakteristisch für das Krankheitsbild ist eine lymphozytäre Infiltration der Gewebe exokriner Drüsen. Dies führt zu einer Dysfunktion der Speichel- und der Tränendrüsen mit einer daraus resultierenden Hyposekretion und Ausbildung einer Keratokonjunktivitis sicca und einer Xerostomie. Bei einem Drittel der Patienten

findet sich zusätzlich eine extraglanduläre Manifestation. Hierzu gehören die Autoimmunhepatitis, die interstitielle Pneumonie und die interstitielle Nephritis [Hansen und Dörner, 2010].

Das Sjögren-Syndrom kann isoliert oder mit anderen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (beispielsweise rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes) assoziiert



Abbildung 3: Abrasionsgebiss und zervikale Füllungen als Zeichen der verminderten Resistenz des Zahnschmelzes



Abbildung 4: Schnittführung im Bereich der Unterlippenmukosa zur Gewinnung der Glandulae labiales

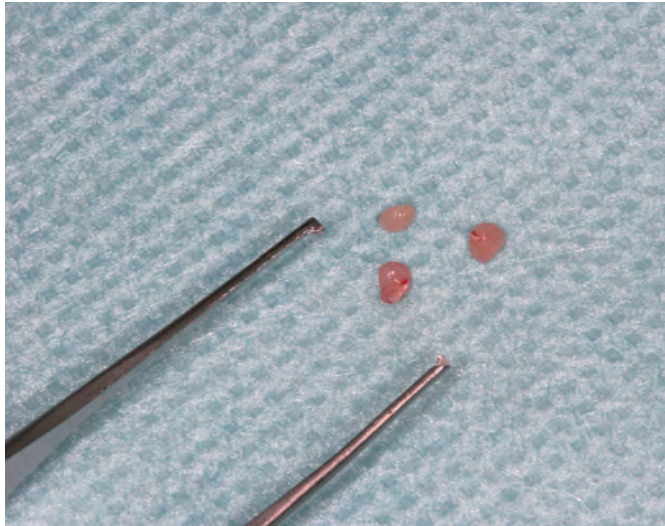


Abbildung 5:
Die entnommenen
Speicheldrüsen

auftreten. Das klinische Erscheinungsbild ist durch eine Vergrößerung der Glandula Parotis oder der submandibulären Drüsen in 20 bis 30 Prozent der Fälle bei gleichzeitiger Reduktion des Speichelflusses gekennzeichnet. Zusätzlich werden Arthralgien und Fatigue beobachtet. Eine Raynaud-Symptomatik mit Minderperfusion der Akren kann ebenfalls auftreten [Kassan und Moutsooulos, 2004]. Intraoral findet sich eine vermehrte Neigung zur Karies insbesondere im Bereich des Zahnhalses, der Schneidekanten und der Zahnhöcker. Aufgrund der Mundtrockenheit bestehen ein erhöhtes Risiko einer Candidainfektion und oftmals Probleme beim Schlucken und Sprechen.

Patienten mit Sjögren-Syndrom weisen ein 18-fach erhöhtes Risiko zur Ausbildung eines Non-Hodgkin-Lymphoms gegenüber der Normalpopulation auf [von Bültzingslöwen et al., 2007]. Die Ursache hierfür wird in einer chronischen Antigen-Stimulation gesehen, die zur lymphoiden Entartung insbesondere der B-Zellreihe führt [Zenone, 2011].

Als mögliche Trigger des Erkrankungsausbruchs werden Östrogendefizite und Infektionen mit dem Epstein-Barr-Virus oder HCV diskutiert [Mariette und Gottenberg, 2010].

Die Diagnose stützt sich auf eine ausführliche Anamnese, die Klinik sowie spezifische Laborparameter und schließlich den histopathologischen Befund. Dazu gehören die subjektiven Symptome Mundtrockenheit und trockene Augen sowie die objektivierbaren Parameter Speichelflussrate, Tränensekretionsrate, Biopsie der Speicheldrüsen (hierfür bieten sich die kleinen Speicheldrüsen der Unterlippe aufgrund der guten Erreichbarkeit und des geringen Risikoprofils an), Testung auf Autoantikörper gegen das Sjögren-Syndrom-assozii-

Therapieoptionen beim Sjögren-Syndrom [Hansen und Dörner, 2010]

Indikation	Therapie	Bemerkung
Keratokonjunktivitis sicca	Allgemeinmaßnahmen	Luftbefeuchtung, Brillen tragen
	Tränenersatzmittel	Polyvidon, Hyaluronsäure, Carbomer
	Punctum-lacrimale-Plugs	reversibler Verschluss durch Silikon
	Kortikosteroide, lokal	kurzfristig, Cave: Glaukom, Katarakt
	Serumaugentropfen	wie 50-prozentig, individuell anzufertigen
	Ciclosporin A, lokal	als 0,05-prozentige Augentropfen
Stomatitis sicca	Speichelersatzmittel	wie Hydroxyäthylzellulose, Speiseöl
	Pilocarpin, oral	bis viermal 5 mg/Tag, einschleichend
Rhinitis sicca	Nasenöl	keine abschwellenden Nasentropfen
Tracheobronchitis sicca	Bromhexin, oral	maximal drei bis viermal 8/12 mg/Tag
Dyspareunie	Östrogene, lokal	als Salben oder Cremes
Parotisschwellung	Kortikosteroide, oral	über etwa vier Wochen, ausschleichend
Gelenkbeteiligung	nichtsteroidale Antirheumatika oder Coxibe	Beachtung der Kontraindikationen
	Hydroxychloroquin	2 bis 3 mg/kgKG/Tag
Raynaud-Syndrom	Allgemeinmaßnahmen	Handschuhe, Taschenwärmer
	Kalziumantagonisten, Nitrate	unter Blutdruckkontrolle
Interstitielle Nephritis	Natriumhydrogencarbonat	dreimal 1 bis 2 g/Tag
Schwere Organbeteiligung	Kortikosteroide	Ggf. kombiniert mit Immunsuppression
	B-Zell-gerichtete Therapie	in klinischer Prüfung
B-Zell-Lymphom	Therapieprotokolle entsprechend Subentität und Stadium	

ierte Antigen-A (anti-SS-A, anti-Ro) oder Antigen-B (anti-SS-B, anti-La) (Tabelle 1). Neue Ansätze der Therapie stützen sich auf die Hemmung der Typ-I-Interferon-Sekretion oder eine Hemmung der B-Zellaktivität, sind aber noch nicht zur klinischen Anwendung gereift [Mariette und Gottenberg, 2010]. Die bislang etablierten Verfahren sind vor allem symptomorientiert (Tabelle 2). In der Behandlung der oralen Symptome steht eine regelmäßige Kontrolle des Zahnstatus bei erhöhter Kariesneigung und verstärkter Parodontalschädigung aufgrund des Verlusts der Spülfunktion, des Säurepuffers und der antimikrobiellen Eigenschaften des Speichels im Zentrum. Als Intervall zur zahnärztlichen Kontrolle werden drei Monate angegeben [Fox und Liu, 2006]. Präventive Maßnahmen, wie eine regelmäßige Fluoridierung des Zahnschmelzes, sind wesentlich.

Neben handelsüblichen fluoridhaltigen Zahnpasten können bei fortgeschrittener Hyposalivation Fluoridgele und höher konzentrierte Fluoridpasten mit einem Gehalt von 0,4 bis 1,25 Prozent verwendet werden. Die Patienten sollten initial dazu angehalten werden, schleimhautreizierende Substanzen wie Kaffee, Alkohol oder Nikotin zu meiden. Mundtrockenheit verursachende Medikamente (beispielsweise Histamine, Anticholinergika) sollten reduziert oder abgesetzt werden [Thanou-Stavraki und James, 2008]. Wichtig zur Prävention oraler Infek-

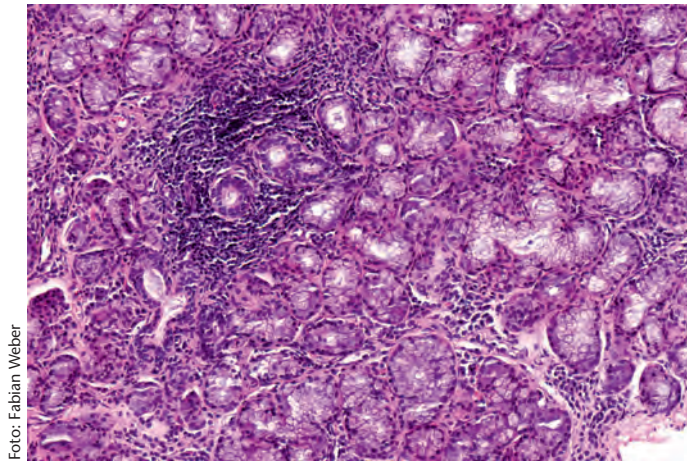


Foto: Fabian Weber

Abbildung 6:
Histopathologisches
Präparat in HE-
Färbung der Gl.
labiales mit deutlich
erkennbarem fokalem
lymphoplasmazellulärem
Infiltrat und Anschnitten der
Drüsenazini

tionen und zur Verbesserung des Patientenbefindens ist die Applikation von Speichelsubstituten, die als Sprays, Mundspülungen oder Gele angeboten werden. Eine regelmäßige Flüssigkeitszufuhr mit zucker- und säurefreien Getränken kann bereits eine deutliche Verbesserung der Xerostomie erreichen. Daneben ist eine Stimulation der Restfunktion der Speicheldrüsen entscheidend. Dies kann über einfache Mittel wie zuckerfreie Kaugummis oder komplexere Methoden wie eine Elektrostimulation erfolgen [Mavragani und Moutsopoulos, 2007]. Als medikamentöse Supportiva stehen verschiedene cholinerge Agonisten zur Verfügung (Pilocarpin und Cevilmeline), die eine erhöhte Salivation bewirken können. Pilocarpin wirkt dabei über eine Stimulation der muskarinergen M3-Acetylcholinrezeptoren und fördert neben dem Speichelfluss auch die Sekretionsleistung der Tränen- und Schweißdrüsen. Die Applikation erfolgt dabei systemisch durch orale Gabe von Pilocarpin in einer Dosis von 5 mg viermal/Tag. Nebenwirkungen der Behandlung sind direkt auf den cholinergen Effekt des Medikaments zurückzuführen und umfassen Nausea, Kopfschmerzen, verstärktes Schwitzen, Bauchschmerzen, erhöhten Harndrang und Palpitationen [Porter et al., 2004].

Im Falle einer auftretenden Candidainfektion ist eine topische antifungale Therapie indiziert. Diese kann mithilfe von nystatinhaltigen Lutschtabletten oder antifungalen Spüllösungen durchgeführt werden. Die Applikation sollte zunächst auf eine Woche beschränkt sein und bei Bedarf verlängert

werden. Als Wirkstoffe in Lösungsform stehen Ketoconazol (200 bis 400 mg/Tag), Fluconazol (50 bis 100 mg/Tag) und Itraconazol (100 mg/Tag) zur Verfügung [Pedersen et al., 2005]. Neben dem Befall der oralen Mundschleimhaut muss bei weiblichen Patienten immer auch eine mögliche vaginale Manifestation durch verminderte Sekretion berücksichtigt werden, die sowohl zu einer Dyspareunie als auch zu einer vaginalen Candidiasis führen kann. Hier kann eine lokale Therapie mittels Östrogenpräparaten oder Antimykotika Linderung verschaffen [Hansen und Dörner, 2010].

Eine Heilung des Autoimmunleidens ist bislang nicht möglich.

Dr. Markus M. Hullmann
Prof. Dr. Dr. Martin Gosau
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg
markus.hullmann@klinik.uni-regensburg.de

Florian Weber
Institut für Pathologie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg

zm Leser
service

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

Fazit für die Praxis

- Bei anhaltender Mundtrockenheit sollte eine Vorstellung des Patienten beim Facharzt zum Ausschluss einer Autoimmunsialadenitis erfolgen.
- Patienten mit Xerostomie bedürfen einer guten zahnärztlichen Betreuung, um der erhöhten Kariesneigung und reduzierten Abrasionsfestigkeit des Zahnschmelzes entgegenzuwirken.
- Die Erkrankung kann weitere extraorale Manifestationen zeigen, die eine rheumatologische, ophthalmologische und gynäkologische Mitbetreuung notwendig machen.

Die klinisch-ethische Falldiskussion

Abgebrochene Feile im Wurzelkanal

Dominik Groß, Johannes Mente, Paul Schmitt, Hans-Jörg Staehle

In diesem Fall geht es um den Umgang mit einer (zunächst) erfolglosen Wurzelbehandlung, um die Frage der Aufklärung über eine abgebrochene Feile und um die grundsätzliche Frage der Kollegialität unter Behandlern.

Es gilt zu beachten, dass es sich bei den Kommentatoren um Zahnärzte handelt, die ein besonderes Interesse für den Bereich Klinische Ethik oder eine diesbezügliche Vorbildung mitbringen. Die Kommentatoren bemühen sich im Rahmen ihrer Fallanalyse um die Abklärung bedeutsamer juristischer Hintergründe des jeweiligen Falles, sind aber keine Juristen. Dementsprechend handelt es sich bei den Kommentaren um persönliche Meinungsäußerungen aus ethischer Perspektive und nicht um rechtsverbindliche Stellungnahmen. Widerspruch, konstruktive Kritik und Zustimmung sind ausdrücklich erwünscht.

Der Fallbericht:

Die gesetzlich versicherte Patientin AG stellt sich bei ihrem Zahnarzt Dr. GS mit persistierenden Zahnschmerzen an Zahn 37 vor. Der Zahnarzt empfiehlt aufgrund der klinischen und der radiologischen Befunde eine endodontische Behandlung. Da im betreffenden Seitenzahnbereich die Zähne 35, 36 und 38 fehlen, misst GS dem Erhalt des Zahnes (Pfeilerzahn bei einem fest-sitzenden Zahnersatz) eine hohe Bedeutung bei. Die Patientin stimmt dem Eingriff nach der üblichen, korrekt und vollständig durchgeführten Aufklärung zu, und der Zahnarzt beginnt mit der Darstellung und

Aufbereitung der Kanäle. Trotz mehrerer medikamentöser Einlagen will sich der Zahn in den nachfolgenden Wochen nicht beruhigen, so dass GS die Patientin schließlich nach einem kurzen Beratungsgespräch an einen gut bekannten Kollegen, den Spezialisten für Endodontologie Dr. MA, verweist. GS ruft persönlich in der Praxis seines Kollegen an und vereinbart einen kurzfristigen Termin.

Bereits zwei Tage später stellt sich die Patientin bei MA vor. Dieser entfernt die medikamentöse Einlage und inspiziert den Zahn. Nach einiger Zeit glaubt er in einem der drei Wurzelkanäle das Endstück einer

abgebrochenen Hedström-Feile zu erkennen und fertigt ein Röntgenbild an, das diesen Verdacht bestätigt. GS hatte weder ihm noch der Patientin gegenüber eine diesbezügliche Andeutung gemacht. Obwohl MA bezweifelt, dass die abgebrochene Feile die Ursache der persistierenden Beschwerden darstellt, hält er es für angebracht, die Patientin über den unerwarteten Befund aufzuklären.

Er wählt hierfür sachliche Worte, doch die Patientin reagiert erregt und empört. Sie erklärt ihr Unverständnis, dass GS sie nicht früher an seinen Kollegen verwiesen hat, weil er doch offensichtlich mit ihrem Fall überfordert gewesen sei, und kündigt an, diesen bei der zuständigen Zahnärztekammer anzuzeigen und ihm für die verblich investierte Behandlungszeit und für etwaige Spätfolgen haftbar machen zu wollen. MA gelingt es nicht, sie zu beschwichtigen. Als die Patientin die Praxis verlässt, ringt MA mit Fragen:

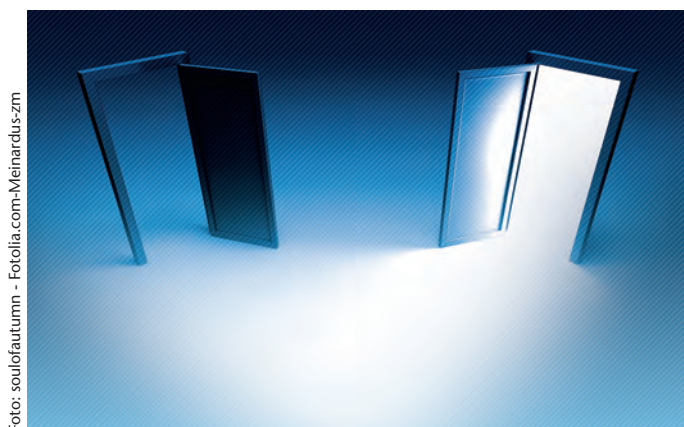


Foto: soulofautumn - Fotolia.com-Meinardus-zm

In ein schiefes Licht gerückt: Der Spezialist für Endodontologie hat durch eine unglückliche Gesprächsführung bei der Patientin den Verdacht eines Behandlungsfehlers durch den Hauszahnarzt aufkeimen lassen.

1. Hat er sich unkollegial verhalten?
2. War es ethisch verantwortlich, die Patientin zeitnah aufzuklären, oder wäre es nicht korrekter gewesen, zuerst mit dem Kollegen Rücksprache zu halten beziehungsweise diesen zu bitten, ein derartiges Aufklärungsgespräch zu führen?
3. Hätte es überhaupt einer Aufklärung bedurft, wenn die Feile doch wahrscheinlich

nicht einmal ursächlich für die Beschwerden war?

4. Hat er den Kollegen (unwillentlich und unmerklich) diffamiert und somit die Patientin zu dieser heftigen Reaktion provoziert?
5. Was hätte er insgesamt anders machen sollen oder können?

Dominik Groß, Aachen

Kommentar 1

Bei endodontischen Eingriffen kann es zu Problemsituationen (wie persistierenden Zahnschmerzen) und Komplikationen (etwa Instrumentenfrakturen) kommen, ohne dass sich hieraus automatisch ein Behandlungsfehler ableiten lässt. Der erstbehandelnde Zahnarzt hat insofern korrekt gehandelt, als er die Patientin an einen Spezialisten für Endodontologie überwies, nachdem die Schmerzsymptomatik für ihn nicht beherrschbar war. Nach einem endodontischen Eingriff besteht die Verpflichtung, alle Aufbereitungsinstrumente auf Unversehrtheit zu überprüfen. Ob der erstbehandelnde Zahnarzt dieser Verpflichtung nachgekommen ist, ist nicht bekannt. Falls er einen Hinweis auf eine Instrumentenfraktur gehabt hätte, hätte er dies sowohl der Patientin als auch dem Kollegen mitteilen müssen. Aber auch die Vorgehensweise des Spezialisten für Endodontologie lässt einige Fragen offen. In der hier beschriebenen Situation hätte man zunächst eine umfassende Anamnese und Befunderhebung (einschließlich der Anfertigung eines Ausgangs-Röntgen-

bildes) erwartet und nicht die sofortige Manipulation an einem vorbehandelten und offenbar komplexen Kanalsystem. Durch eine erst nachfolgend hergestellte Röntgenaufnahme kann er unter Umständen selbst in Bedrängnis geraten (Wurde das Instrument womöglich von ihm selbst frakturiert?). Dass er die Patientin nach Erkennen des frakturierten Instruments (über dessen Größe wir nichts erfahren) sofort aufgeklärt hat, war richtig, da er sich sonst selbst dem Vorwurf einer mangelnden Aufklärung ausgesetzt hätte. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass man bei anderer Vorbereitung und Gesprächsführung den Unmut der Patientin besser hätte steuern können. Bei Anfertigung eines Ausgangsröntgenbildes hätte der Spezialist ein frakturiertes Instrument vermutlich noch vor jeglicher Intervention am Zahn bemerkt und den Überweiser frühzeitig anrufen können, um eine Abstimmung vorzunehmen. Aus der vorgegebenen Datenlage ist nicht erkennbar, ob einer der beiden behandelnden Zahnärzte gegen einzelne der

vier Prinzipien ethischer Entscheidungen [Beauchamp/Childress, 2009] verstoßen hat (Kasten). Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen lassen sich die Fragen wie folgt beantworten:

1. Der Zweitbehandler hat sich nicht unkollegial verhalten.
2. Es war ethisch verantwortlich und aus juristischer Sicht auch notwendig, die Patientin noch am Tag der Identifikation des Instrumentenfragments aufzuklären.
3. Es hätte der Aufklärung in jedem Fall bedurft, auch wenn das frakturierte Instrument möglicherweise nicht Ursache für die Beschwerden war.
4. Ob der überweisende Kollege durch eine „ungeschickte“ Gesprächsführung unwillentlich diffamiert wurde, lässt sich nicht hinreichend beantworten, da der Gesprächsablauf nicht genau bekannt ist.
5. Der Spezialist für Endodontologie wäre gut beraten gewesen, vor jeglichen Manipulationen am Kanalsystem des betroffenen Zahnes eine umfassende Ausgangsdiagnostik zu betreiben (einschließlich der Sichtung

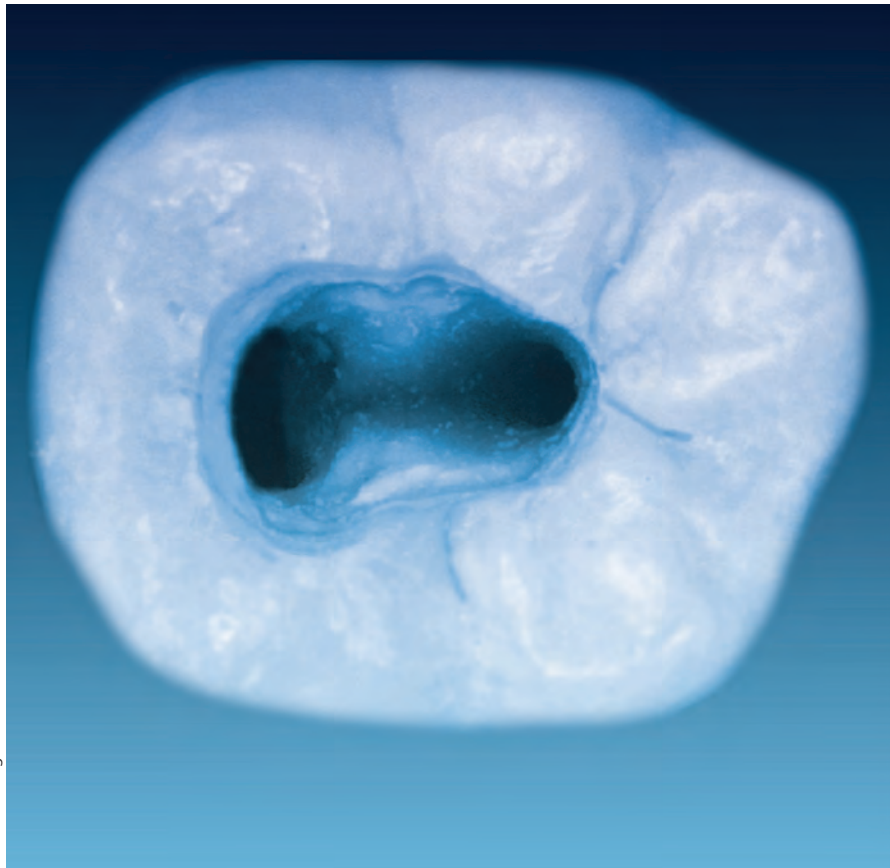


Foto: DentImages-zm

Mit bloßem Auge nicht eindeutig sichtbar: Der Spezialist wäre gut beraten gewesen, im Rahmen einer umfassenden Anamnese auch ein Ausgangs-Röntgenbild anzufertigen.

aller vorhandenen Röntgenbilder, außerdem Neuanfertigung zumindest eines Röntgenbildes vom vorbehandelten Zahn). Nach der unerwartet entrüsteten Reaktion der Patientin war der Versuch einer Deeskalation und Beschwichtigung angemessen. Anzuraten wäre auch die zeitnahe Information des Überweisers. Es ist möglich, dass die Instrumentenfraktur vom Überweiser entweder nicht verursacht oder nicht bemerkt wurde (eventuell sehr kleines, schwer erkennbares Fragment). Ansonsten hätte man erwartet, dass er eine entsprechende Aufklärung sowohl der Patientin als auch des Kollegen betrieben hätte. Die Tatsache, dass er die Patientin überhaupt an einen Spezialisten überwiesen hat, ist angesichts der in Deutschland wenig etablierten Überweiskultur als vorbildlich einzustufen. Dass sich die Situation dann doch so negativ entwickelte, erscheint äußerst bedauerlich, da der erstbehandelnde Kollege aus dieser Erfahrung möglicherweise bei einem ähnlich gelagerten Fall in der Zukunft von einer Überweisung Abstand nehmen wird.

Hans-Jörg Staehle, Johannes Mentz

Kommentar 2

Im vorliegenden Fall ist entscheidend, wie mit dem unerwünschten Zwischenfall einer Instrumentenfraktur bei der endodontischen Behandlung (Zahn 37) im Kontext einer Überweisung umgegangen wurde. Es kommt maßgeblich darauf an, dass der Patientin klar vermittelt wird, dass ein solcher Zwischenfall keineswegs als Behandlungsfehler oder gar als ein grober „Kunstfehler“ anzusehen ist, sondern dass dieser selbst sehr erfahrenen, ausgewiesenen Spezialisten unterlaufen kann. So wirbt ein namhafter Instrumentenhersteller für sein „Endo-Rescue-Kit“ explizit mit der Begründung, die Frakturnrate habe im Zeitalter maschineller Aufbereitung zugenommen – ein deutlicher Hinweis auf das nach wie vor bestehende Risiko einer abgebrochenen Endodontie-Feile.

In diesem Fall ist dem Erstbehandler nicht aufgefallen, dass eines seiner Instrumente

im Kanal gebrochen war. Das sollte nicht vorkommen, wenn man sorgfältig arbeitet und jedes Instrument wiederholt auf seine Länge prüft. Dies ist dem Erstbehandler hier also durchaus vorzuwerfen: Er hätte den Bruch sofort erkennen und der Patientin auch mitteilen müssen.



Foto: [M] Nona L. Vendel-Meinardus

Die Überweisung zum Spezialisten ist des ungeachtet als eine gute Entscheidung im Sinne einer verantwortungsbewussten, „befundadäquaten“ Behandlung anzusehen, wie sie letztlich einem jeden Patienten zusteht: Der Hauszahnarzt hatte wohl erkannt, dass er den Zahn nicht hinreichend aufbereiten konnte und daraus die richtige Konsequenz gezogen (und damit auch auf GKV-Umsatz verzichtet).

Die Entscheidung des Hauszahnarztes, zunächst eine Aufbereitung zu versuchen, war richtig. Er hätte die Instrumentenfraktur allerdings bemerken müssen. Die idealtypische, fachlich korrekte und ethisch verantwortliche Vorgehensweise hätte danach folgendermaßen ausgesehen:

Die Patientin wäre zunächst – möglichst anhand einer Röntgenaufnahme – aufgeklärt worden. Hierbei hätte der Zahnarzt auf seine initiale Aufklärung über die Risiken der

INFO

Medizinethik

Die vier Prinzipien ethischer Entscheidungen nach Beauchamp/Childress:

■ **Respekt vor der Patientenautonomie (Autonomieprinzip)**

■ **Prinzip der Non-Malefizienz (Nichtschadensgebot)**

■ **Benefizienz-Prinzip (Gebot des ärztlichen Wohltuns)**

■ **Gebot einer gerechten Behandlung (Gerechtigkeitsprinzip)**

endodontischen Behandlung Bezug nehmen können, da zu dieser auch die Aufklärung über einen möglichen Instrumentenbruch gehört. Zugleich hätte er deutlich machen können, dass man derartige Fragmente oftmals gut entfernen kann. Danach wäre eine Überweisung – zur Fragmententfernung und Weiterbehandlung – unter Beigabe des Röntgenbildes sinnvoll gewesen.

So aber sieht der Hauszahnarzt möglicherweise einer juristischen Auseinandersetzung entgegen. Hierbei könnte sich zeigen, dass nicht die Fraktur als Fehler einzustufen ist, sondern der Umstand, dass diese nicht bemerkt und nicht kommuniziert worden ist. Das kann Schmerzensgeldforderungen nach sich ziehen, die in aller Regel von der Haftpflichtversicherung getragen werden. Vor diesem Hintergrund sind die konkreten Fragen folgendermaßen zu beantworten:

1. Ja, das Verhalten des Endodontie-Spezialisten kann als wenig kollegial angesehen werden.

2. Es wäre ratsam gewesen, zunächst Rücksprache mit dem Hauszahnarzt zu halten – auch um zu klären, ob diesem die Instrumentenfraktur tatsächlich nicht aufgefallen war oder ob er diesen heiklen Punkt nicht anzusprechen wagte.

3. Eine Patientenaufklärung ist in solchen Fällen ohne Alternative, und sie muss zudem zeitnah erfolgen.

4. Der Spezialist hat zwar nicht „diffamiert“, aber seinen Kollegen durch eine offensichtlich unglückliche, nicht hinreichend sensible Gesprächsführung in ein schiefes Licht gerückt. Insofern hat er auch die heftige Reaktion der Patientin mitverursacht. Er hätte den Verdacht eines „Behandlungsfehlers“ des Hauszahnarztes gar nicht erst aufkommen lassen sollen.

5. Er hätte erst den Hauszahnarzt kontaktieren sollen, um dann die Patientin zu informieren, dass hier ein Instrumentenbruch vorgefallen sei, der niemals ganz ausgeschlossen werden könne.

Derartige Fälle landen leider immer öfter vor Gericht. Häufig beanstandet das Gericht eine mangelnde Aufklärung (wobei im vorliegenden Fall allerdings von einer initialen Aufklärung über die Risiken der endodontischen Behandlung berichtet wird) und gewährt unter Umständen ein Schmerzensgeld, ohne das Verhalten jedoch als Behandlungsfehler einzuordnen.

Paul Schmitt, Frankfurt

Korrespondenzadressen:

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil.
Dominik Groß
Institut für Geschichte, Theorie und
Ethik der Medizin
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Wendlingweg 2
52074 Aachen
gte-med-sekr@ukaachen.de

Dr. med. dent. Paul Schmitt
Liederbacher Str. 17
65929 Frankfurt am Main
dr.paul_schmitt@web.de

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Hans Jörg Staehle
Dr. med. dent. Johannes Mente
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
MZK-Klinik des Universitätsklinikums
Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg
hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de
johannes.mente@med.uni-heidelberg.de

Perfekte Rehabilitation dank Prothetik

Wie besonders schwierige Behandlungsfälle gelöst werden können, zeigen die folgenden zwei Fallbeispiele. Beide Patienten wurden von jungen Kollegen während ihrer Ausbildung zum „Spezialisten Prothetik“ behandelt und im Rahmen der Prüfung präsentiert. Diese Beiträge sind ein Beleg für die vielfältigen Herausforderungen der modernen prothetischen Zahnmedizin.



**Verantwortlich für den
Fortbildungsteil:**

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

Neueste Daten des aktuellen statistischen Jahrbuches der Bundeszahnärztekammer belegen, dass bis zu 15 Prozent der Frauen und zehn Prozent der Männer mit den Zähnen knirschen. Den Betroffenen ist das jedoch häufig nicht bewusst, da Bruxismus nicht zwangsläufig mit Beschwerden einhergeht. So bleibt eine zunehmende Attrition oft lange Zeit unbemerkt oder die Betroffenen lehnen mangels Leidensdruck lange Zeit eine Kausaltherapie oder zumindest eine „Schutzmaßnahme“ in Form einer Knirscherschiene ab. Kommen zu diesen Schäden weitere Schäden wie eine parodontale Erkrankung und/oder Zahnverlust hinzu, ist die prothetische Rehabilitation extrem aufwendig. Dabei geht es dann nicht mehr nur um den Ersatz verloren gegangener

einzelner Zähne. Vielfach müssen sämtliche Zähne und Kauflächen rekonstruiert werden. Aufwendige Vorbehandlungen und auch die endgültige prothetische Versorgung sind sehr zeit- und kostenintensiv. Beides wollen oder können Patienten nur in begrenztem Maße investieren, so dass in solchen Fällen ein tragfähiger Kompromiss gefunden werden muss.

Eine weitere Schwierigkeit in der täglichen Praxis ist die Zunahme an kiefer-gesichtsversehrten Patienten. Diese benötigen eine schnelle Rehabilitation zur Wiederherstellung der Sprech-, Kau- und Schluckfunktion. Immer kürzere stationäre postoperative Betreuungszeiten bieten kaum die notwendige Zeit, eine solche prothetische

Maßnahme abschließend vor Ort zu leisten. Hinzu kommt, dass gerade in solchen Fällen eine stetige Nachsorge notwendig ist, die vor allem dann schwierig wird, wenn die räumliche Nähe zu einer spezialisierten Einrichtung nicht gegeben ist. Hier sind Hauszahnärzte gefordert, diese Behandlungen, zumindest aber die Nachbetreuung zu übernehmen.

*PD Dr. Anne Wolowski
Oberärztin der Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
1. Vors. AK Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK
Universitätsklinikum Münster – Zentrum ZMK
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W30
Anfahrtsadresse: Waldeyerstr. 30
48149 Münster
wolowsk@uni-muenster.de*



Dr. Anne Wolowski

Foto: privat

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

Foto: Initiative proDente e.V.

Orale Rehabilitation eines Abrasionsgebisses

Stefan Heßling, Bernd Rademacher

Die Rehabilitation eines Patienten mit Abrasionsgebiss und myoarthropathischen Beschwerden stellt eine große Herausforderung in der täglichen Routine dar. Eine umfangreiche prätherapeutische Planung ist Grundvoraussetzung für den erfolgreichen Behandlungsabschluss.



Im hier vorliegenden Fallbericht soll Schritt für Schritt das prothetische Vorgehen zur Rehabilitation eines Abrasionsgebisses mit kombiniert fest-sitzend-herausnehmbaren Zahnersatz beschrieben werden. Vorgestellt werden soll die Problematik einer solch umfangreichen Versorgung – insbesondere in Hinblick auf die bestehende funktionelle Problematik. Es werden Hinweise, besonders bezogen auf die Vermeidung möglicher Risiken und Komplikationen, die sich im Rahmen einer solchen Behandlung einstellen können, gegeben.

Einleitung

Zahnhartsubstanzverlust hat verschiedene Ursachen. Der Begriff Attrition bezeichnet Substanzverluste durch mechanischen Abrieb im direkten Kontakt zwischen den Zähnen, während der Begriff der Abrasion mechanische Abriebserscheinungen durch äußere Kräfte beschreibt. Für gewöhnlich findet in der täglichen Routine der Zahnarztpraxis keine wissenschaftliche Trennung der Formen und Begrifflichkeiten statt, so dass der Begriff Abrasionsgebiss, für Fälle in denen starke Zahnhartsubstanzverluste – verursacht durch besagte Phänomene – vorliegen, verwendet wird. Häufig steht die Entstehung eines Abrasionsgebisses in enger Beziehung zum Bruxismus. Im nicht oder schlecht versorgten Lückengebiss älterer Patienten sind die verbliebenen Zähne, die noch antagonistische Kontakte haben und nicht prothetisch-restaurativ versorgt sind, besonders dem Substanzverlust unterworfen. Ziele der Rehabilitation sind



Abbildungen 1a, 1b, 1c: Beim Zubiss zeigt sich die geringe vertikale Kieferrelation bedingt durch hochgradig abradierete Zähne (besonders im Unterkiefer).



Fotos: Heßling

die Wiederherstellung einer gesicherten Okklusion in korrekter vertikaler Dimension, die Verbesserung der Ästhetik sowie gegebenenfalls das Aufheben etwaiger Zwangsbisslagen. Der Weg zur Rehabilitation eines Abrasionsgebisses führt in jedem Fall über eine diagnostische und therapeutische

Phase mit Stabilisierungsschiene. Ein regelmäßiges Recall und der Einsatz einer Schiene mit Schutzfunktion nach Abschluss der Behandlung sind für ein längerfristig gutes und stabiles Resultat unerlässlich [Mericske-Stern et al., 2007] (Abbildungen 1a, 1b, 1c, 2, 3a, 3b).

Anamnese

Ein 64-jähriger Patient, dessen allgemeinmedizinische Anamnese unauffällig war, berichtet im Rahmen der Erstuntersuchung über starke Kiefer-Gesichtsschmerzen seit mehreren Monaten. Man erfährt, dass er auf ein massives Kiefergelenkknacken immer wieder angesprochen wird und seine Frau ihn offensichtlich schon seit Jahren auf ein extremes nächtliches Knirschen hinweist. Er habe selbst auch bemerkt, dass er die Zähne vermehrt aufeinanderpresse und zu starkem Knirschen neige. Das Öffnen und Schließen des Mundes falle ihm zunehmend schwerer und sei ebenfalls mit Schmerzen verbunden. Im Bereich der Musculi masseter, der Musculi temporales sowie der Mundbodenmuskulatur verspüre er starke Verspannungsgefühle. Eine Schienentherapie habe bisher jedoch keine Linderung herbeigeführt. Auffällig war, dass dem Patienten nicht bewusst war, dass seine Zähne Attritionen aufwiesen.

Befund

Im Rahmen der intraoralen Befunderhebung wurde festgestellt, dass die Gingiva insgesamt gerötet und ödematös war. Die Messung der Taschentiefe ergab einen durchschnittlichen Wert von fünf mm. Der

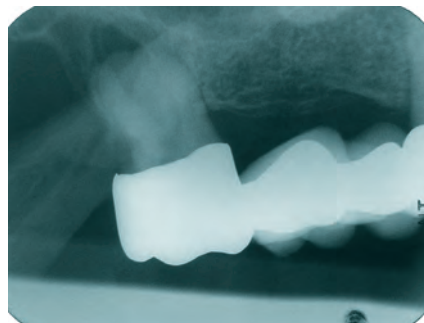


Abbildung 2: Orthopantomogramm vom 29.04.2008

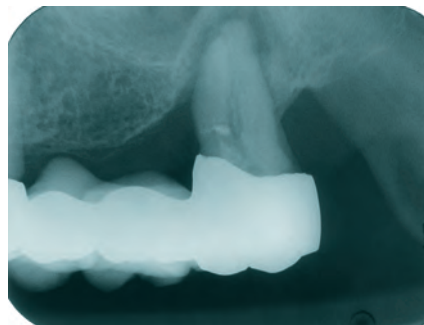
ermittelte PSI (in Bezug auf die Sechstanten) ergab die Werte 4, 2, 4, 3, 2, 2. Pusaustritt konnte in regio 17 und in regio 27 festgestellt werden, so dass der Erhalt dieser Zähne fraglich war. Im Oberkiefer lag ein prothetisch versorgtes Lückengebiss der Kennedy-Klasse III2 vor. Die Zähne 18, 16, 15, 11, 25, 26 und 28 fehlten. Die prothetische Versorgung bestand aus einer Brücke 17 bis 14 zum Ersatz von 16 und 15, einer Brücke 13 bis 23 zum Ersatz von 11 und einer Brücke 24 bis 27 zum Ersatz von 25 und 26. Sämtliche Brückenanker wiesen Randundichtigkeiten und Sekundärkariesbildung auf. An 21 konnte eine großflächige Keramikabplatzung festgestellt werden. 17 und 27 reagierten im Perkussionstest stark positiv. Im Rahmen einer Sensibilitätsprüfung mittels CO₂-Schnee reagierten die Zähne 17, 22 und 27 negativ. Im Unterkiefer lag ein Gebiss der Kennedy-Klasse II3 vor. Die Zähne 38, 36, 34, 44, 45, 47 und 48 fehlten. Die Zähne 37, 42, 46 waren mit Füllungen versorgt, die erhebliche Undichtigkeiten aufwiesen. 46 reagierte im Kältetest negativ. Alle Unterkieferzähne wiesen starke Attritionen auf. Diese Zähne 33 bis 43 sowie 37 und 35 reagierten im Kältetest stark schmerzhaft (Abbildungen 4, 5).

Funktionsbefund

Im Rahmen der Erhebung des Funktionsbefunds entsprechend der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) konnten Druckdolenz-



Abbildungen 3a, 3b: Zahnfilmaufnahmen der regionen 17 und 27 vom 29.04.2008



im Bereich des rechten und des linken Kiefergelenks sowie im Bereich der Musculi masseter, der Musculi temporales sowie der Mundbodenmuskulatur nachgewiesen werden. Ein beidseitiges, in der Intensität leichtes, terminales Knacken bei Mundöffnung sowie ein initiales Knacken bei Mundschluss ließen sich feststellen. Die maximale, schmerzfreie Öffnung lag bei einem Schneidekantendistanzwert von 51 mm. Für die passive Kieferöffnung ließ sich ein Wert von 56 mm ermitteln. Die Öffnungs- und Schließbewegung erfolgte symmetrisch. Die Laterotrusion betrug rechts acht mm, links sieben mm. Für die Protrusion wurde ein Wert von sieben mm ermittelt. Die Protrusion stellte sich, ebenso wie die Laterotrusion nach rechts und nach links gruppengeführt dar.

Die vertikale Kieferrelation war zu niedrig. Eine durchgeführte Differenzmessung ergab eine Differenz von sechs mm zwischen der Ruhelage des Unterkiefers und der Schlussbissposition. Der interokklusale Sprechabstand konnte klinisch-visuell auf einen Wert von etwa acht mm geschätzt werden.

In habitueller Okklusion lag eine gleichmäßige, flächige Vielpunktstützung auf allen verbliebenen Front- und Seitenzähnen vor.

Röntgenbefund

Auf dem vor Anfertigung des Zahnersatzes angefertigten OPG sowie den angefertigten Zahnfilmen der regionen 17 und 27 waren generalisierte horizontale Knochenverluste im Bereich aller verbliebenen Zähne erkennbar. Die Zähne 17 und 27 wiesen zudem

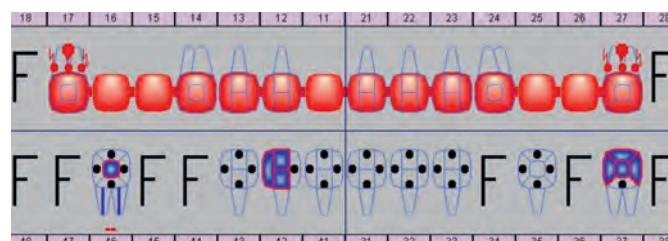


Abbildung 4: Schematisierter, grafischer Ausgangsbefund (HighDent Plus, Systema Deutschland GmbH)

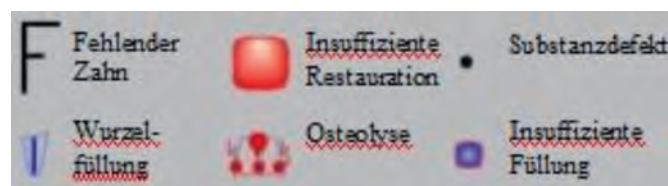


Abbildung 5: Legende zum schematisierten Ausgangsbefund

Abbildung 6:
Schematisierte,
grafische Planung
(HighDent Plus,
Systema Deutsch-
land GmbH)

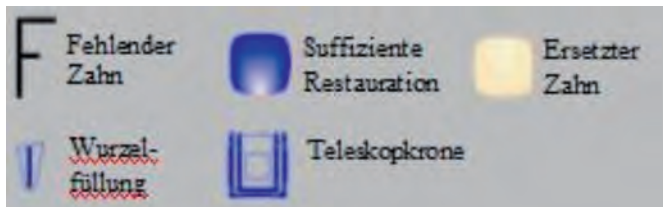
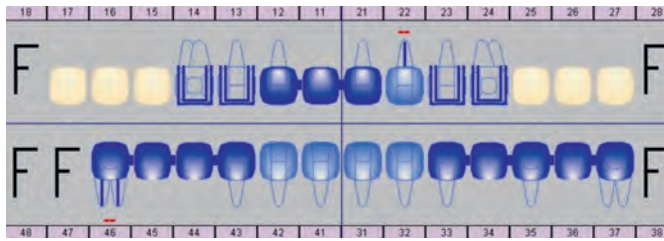


Abbildung 7:
Legende zur schema-
tisierten Planung

vertikale Knocheneinbrüche auf. Eine radiologische Furkationsbeteiligung ließ sich in beiden Fällen nachweisen. Der Zahn 47 war wurzelkanalgefüllt.

Obwohl der Zahn 47 eine radiologisch nicht vollständig bis zum radiologischen Apex reichende Wurzelfüllung aufwies, wurde auf eine Revision der Wurzelfüllung aufgrund einer seit mehr als 15 Jahren bestehenden Beschwerdefreiheit des Patienten und vollständiger Symptomlosigkeit des Zahnes verzichtet [Peak et al., 1994]. Der Patient wurde über diese Sachverhalte ausführlich aufgeklärt und erklärte sich mit dem Belassen der Wurzelfüllung einverstanden.

Diagnosen

Es wurde folgende Diagnostik gestellt:

- Konservierend und prothetisch insuffizient versorgtes Lückengebiss (OK: Kennedy-Klasse III2 / UK: Kennedy-Klasse II3)
- Zu geringe vertikale Kieferrelation bedingt durch Attritionen/Abrasionen
- Chronisch generalisierte Parodontitis mit mittlerem Schweregrad und lokalem schweren Schweregrad
- Myoarthropathische Beschwerden (Disluxation mit Reposition / Myopathie)

Behandlungsplanung

Mit dem Patienten wurden verschiedene Therapiealternativen diskutiert. Durch die werkstofftechnischen Rahmenbedingungen und die finanziellen Vorgaben entschlossen wir uns dazu, im Unterkiefer eine festsit-

zende Versorgung mittels zweier vollverblender VMK-Brücken von 37 bis 35 und von 43 bis 46 sowie vier vollverblender VMK-Einzelkronen (32 bis 42) anzustreben. Im Oberkiefer erfolgte die Planung im Sinne einer kombiniert feststehend-herausnehmbaren Versorgung: vollverblendete VMK-Brücke 12 bis 21, vollverblendete VMK-



Abbildung 8: Laborgefertigte Registrierbehelfe nach intraoraler Verschlüsselung

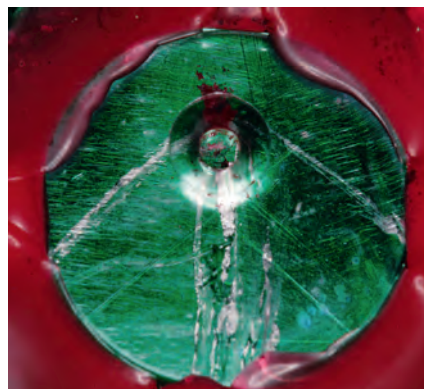


Abbildung 9: Verschlüsselung im Adduktionspunkt

Einzelkrone 22, Extraktion von 17 und 27, teleskopierend verankerte partielle Prothese mit den Pfeilerzähnen 14, 13, 23 und 24 (Abbildungen 6, 7, 8, 9, 10a, 10b, 11).

Behandlungsablauf

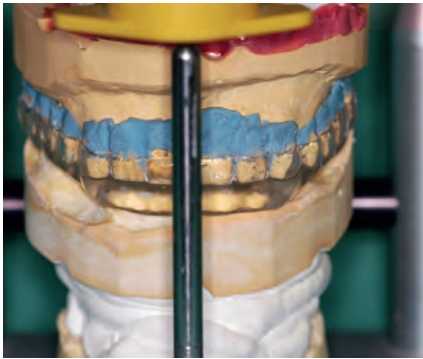
Die Behandlung erfolgte in zwei Phasen. Initiales Therapieziel war die Behandlung der akuten parodontalen und dentalen Befunde sowie die Therapie der myoarthropathischen Beschwerden. In der zweiten Phase sollte nach Beschwerdefreiheit die prothetische Umsetzung folgen (Abbildung 12).

Nach einer fünf Monate dauernden Funktionstherapie mit Stabilisierungsschiene und initial begleitender manueller Therapie wurde aufgrund der vollständigen Beschwerdefreiheit mit den weitergehenden Behandlungsmaßnahmen begonnen. Zunächst wurde die Schiene im Bereich der Zähne 11/12 in zwei Teile separiert. Die Zähne des IV-Quadranten wurden mittels dentinadhäsiver Aufbaufüllungen rekonstruiert und – bei im II-Quadranten eingesetzter Schiene – reokkludiert. Nach Abschluss dieser Maßnahme wurde die Dentition im III-Quadranten auf die gleiche Weise aufgebaut und reokkludiert. Durch dieses Vorgehen war es möglich die Schienenokklusion, bei gleichzeitiger Anfertigung von dentinadhäsiven Aufbaufüllungen im Unterkiefer, auf diese zu übertragen, so dass der Patient auch ohne Schiene in identischer horizontaler und vertikaler Kieferrelation abgestützt war. Nach einem Zeitraum von 14 Tagen bestand noch immer vollständige Beschwerdefreiheit, so dass beschlossen wurde, mit der Behandlung fortzufahren.

In der folgenden Sitzung wurden Versorgungsabformungen des Ober- und des Unterkiefers unter Verwendung eines A-Silikons angefertigt. Danach wurden alle verblockten Kronen sowie die Brücken im Oberkiefer entfernt. Die Zähne 14, 13, 12, 21, 22, 23 und 24 wurden exkaviert und mittels dentinadhäsiver Füllungen aufgebaut, danach präpariert. Im Anschluss wurden die Zähne 17 und 27 extrahiert. Da im vorliegenden Fall für den Zeitraum der Wundheilung sowie für die zur Anfertigung des Zahnersatzes notwendige Zeitspanne keine



Abbildungen 10a, 10b: Okklusal adjustierte Stabilisierungsschiene



herausnehmbaren Provisorien gewünscht wurden und klare finanzielle Vorgaben gesetzt waren, wurde ein chairside gefertigtes, direktes Kunststoffprovisorium mithilfe der zuvor erstellten Versorgungsabformung im Sinne einer Anhängerbrücke 15 bis 25 angefertigt und mittels provisorischen Zements eingegliedert.

In den beiden nächsten Sitzungen wurden die Zähne des Unterkiefers präpariert. Zuerst der III-Quadrant. Die Anfertigung der Provisorien (verblockte Provisorien 31 bis 32 und 33 bis 37) erfolgte in gewohnter Weise mittels der bereits vorhandenen und ausgeschnittenen Versorgungsabformung unter Verwendung eines Autopolymerisats auf Bis-Acrylat-Basis. Die Brückengliedanteile 34 und 36 wurden chairside individuell ausgestaltet. Eingesetzt wurden die provisorischen Kronen mit einem Zement auf Zinkoxid-Eugenol-Basis. Ein Reokkludieren war aufgrund der korrekten horizontalen und vertikalen Kieferrelation zum Zeitpunkt der Erstellung der Versorgungsabformungen nicht erforderlich.

In der nächsten Sitzung wurde das identische Vorgehen für den IV-Qua-



Abbildung 11: Nach Eingliederung der Stabilisierungsschiene zeigt sich deutlich die Diskrepanz zwischen aktueller und ermittelter vertikaler Kieferrelation.

dranten gewählt. Um ein adäquates Ferrule-Design zu erzielen wurden alle Präparationsgrenzen nach subgingival gelegt. Da es bedingt durch diese Lage zu leichten Blutungen im Bereich der marginalen Gingiva kam, wurden die Abformungen erst nach einem Abheilungszeitraum von 14 Tagen vorgenommen. Der Patient wurde angewiesen, in dieser Zeit dreimal täglich eine chlorhexidinhaltige Mundspüllösung zu verwenden, da durch die Verblockung der provisorischen Kronen und Brücken eine interdentale Mundhygiene nur eingeschränkt möglich war.

Die Abformungen des OK und des UK erfolgten als Korrekturabformung unter Verwendung eines A-Silikons. Zur Darstellung

der subgingival liegenden Präparationsgrenzen wurden mit Adstringentien getränkte, geflochtene Retraktionsfäden in die Sulci aller Zähne eingelegt. Eine adäquate Trocknung der abzuförmenden Bereiche wurde durch die Verwendung von Kompressions-Wattekappen, die auf den einzelnen Zähnen platziert wurden, durch Parotispflaster sowie durch eine konstante Absaugung erreicht. Um ein möglichst langes Verarbeitungsintervall zu erzielen, wurde das verwendete Silikon zuvor im Kühlschrank gelagert [Wöstmann et al., 1992; Wöstmann et al., 1999]. Nach erfolgter Abformung wurde ein Gesichtsbogen zur individuellen Übertragung des Oberkiefermodells in den Artikulator angelegt, danach wurden die

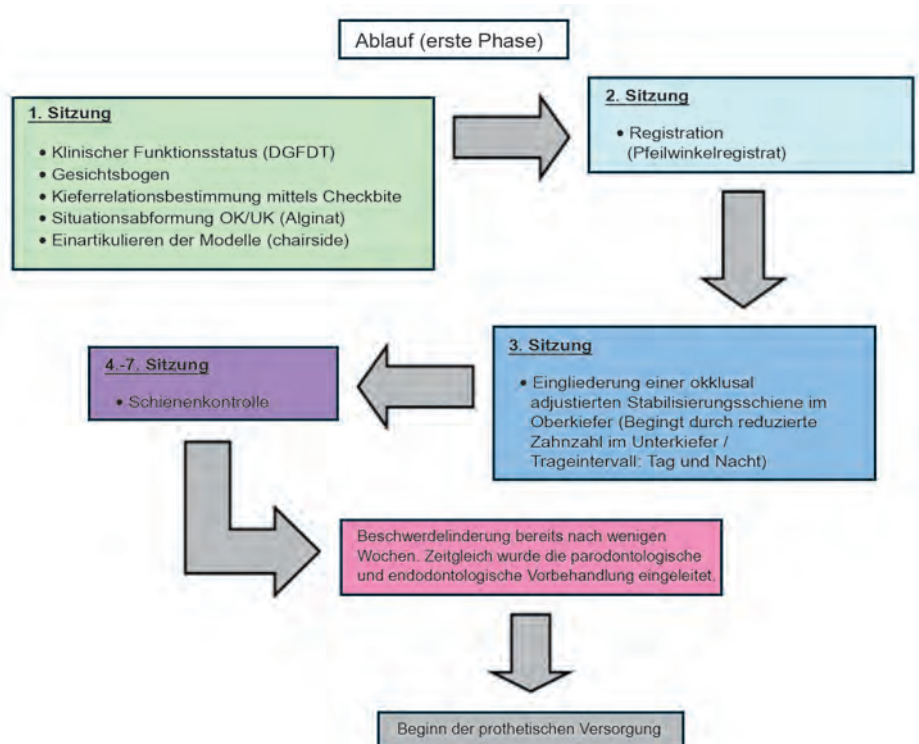
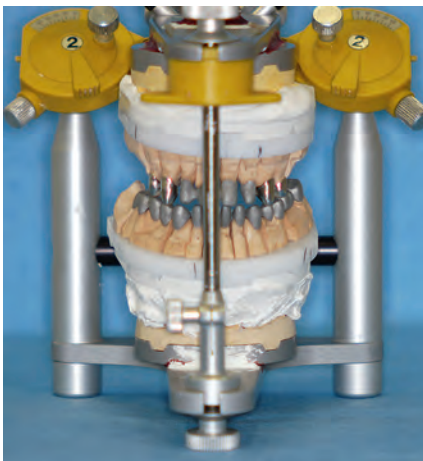


Abbildung 12: Flussdiagramm (Schientherapie und Vorbehandlung)



Abbildungen 13a, 13b, 13c: Gerüste (Nichtedelmetalllegierung)



Provisorien des I- und IV-Quadranten wieder befestigt. Nun wurden partielle interokklusale Registratschlüssel mithilfe eines intraoral anwendbaren Autopolymerisats im Bereich des II- und III-Quadranten angefertigt und beschliffen. In einem zweiten Schritt wurden die Provisorien im I- und IV-Quadranten entfernt und die partiellen interokklusalen Registratschlüssel des II- und III-Quadranten eingesetzt. In dieser Position wurden nun ebenfalls Registratschlüssel im I- und IV-Quadranten angefertigt und beschliffen. Durch dieses Vorgehen war es möglich, die im Rahmen der Registration ermittelte Position – unter Einbeziehung der prä-

parierten Zahnhartsubstanz – auf die Modell-situation des Arbeitsmodells zu übertragen. Abschließend erfolgte die Farbauswahl.

Die Arbeitsmodelle wurden mithilfe des zuvor angelegten Gesichtsbogens und der erstellten Registratschlüssel in einen teiljustierbaren Artikulator übertragen. Im Labor erfolgte die Herstellung der Nichtedelmetall-Gerüste der Einzelkronen 22, 32, 31, 41 und 42, die der Brücken 12 bis 21, 35 bis 37 und 43 bis 46 sowie die der Nichtedelmetall-Primärkronen 13, 14, 23 und 24.

In einer weiteren Sitzung erfolgten die Gerüstanproben der angefertigten Restaurationen. Alle Provisorien im Ober- und im Unterkiefer wurden entfernt und die präparierte Zahnhartsubstanz versäubert. Danach wurde die Passgenauigkeit der hergestellten Gerüste am Patienten überprüft. Dies erfolgte unter Verwendung einer Häckchen-

die Beurteilung der Okklusion der Wachs-aufstellung in Relation zu den angefertigten Kronen und Brücken.

In der darauf folgenden Sitzung wurden alle Kronen und Brücken sowie die teleskopge-tragene, partielle obere Prothese für einen Zeitraum von sieben Tagen zum Probetragen mittels eines Zements auf Zinkoxid-Eugenol-Basis eingegliedert. Dem Patienten sollte durch das Probetragen der Restaurationen beziehungsweise des angefertigten Zahnersatzes die Möglichkeit gegeben werden, sowohl die Funktion beim Essen und Sprechen als auch die Ästhetik im sozialen Umfeld zu testen. Ein erneutes Entnehmen der Restaurationen wäre – für den Fall notwendiger Korrekturen – somit ohne Weiteres möglich gewesen. Da der Patient sowohl die Funktion als auch die Ästhetik betreffend keine Änderungswünsche vorbrachte und



Abbildung 14: Gerüstanprobe

sonde sowie eines niedrigviskosen Silikons. Zudem wurden die mechanische Stabilität, die Friktion und die technische Gestaltung überprüft.

Nach durchgeführter Verblendung und Anfertigung des Sekundärgerüsts der partiellen oberen Prothese sowie Anfertigung einer separaten Wachs-aufstellung wurden die Kronen und Brücken erneut anprobiert, um etwaige Änderungen die Farbe der Restaurationen betreffend vor dem Glasurbrand durchführen zu können. Zudem wurde die Sekundärkonstruktion der partiellen oberen Prothese auf ihre Passgenauigkeit hin überprüft. In einem letzten Schritt erfolgte dann

auch keine neuerlichen Beschwerden aufgetreten waren, konnten die Restaurationen nach besagtem Tragezeitraum von sieben Tagen entnommen, gesäubert und mittels eines Gasionomerezements definitiv befestigt werden. Im Anschluss wurden erneut Situationsabformungen der Kiefer genommen und der Patient erhielt nach erneutem Checkbiss-Registrierat, eine okklusal adjustierte Stabilisierungsschiene im Unterkiefer. Diese dient der Therapie der beschriebenen Bruxismusproblematik und gewährleistet einen langfristigen Erfolg der eingegliederten prothetischen Restaurationen (Abbildungen 13a, 13b, 13c, 14, 15a, 15b, 15c).

Diskussion

Wird rückblickend der Behandlungsablauf im vorliegenden Fall betrachtet, so wird ersichtlich, wie hilfreich eine ausführliche Dokumentation – insbesondere bei der Planung und Behandlung komplexerer prothetischer Behandlungssituationen – sein kann. Zu einer solchen Dokumentation gehören neben der kontinuierlichen Fotodokumentation auch das Anfertigen von Planungsmodellen sowie das Erheben eines



Abbildungen 15a, 15b, 15c: Vollständig verblendete und mit Glasurbrand versehene Kronen und Brücken sowie fertiggestellte partielle obere Prothese vor der definitiven Fixierung



vollständigen Funktionsstatus der DGFDT. Im beschriebenen Fall wurde der Funktionsstatus primär aufgrund der beschriebenen und beklagten funktionellen Problematiken erstellt. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass die Anfertigung von derart umfangreichem Zahnersatz immer eine funktionelle Komponente beinhaltet, deren Tragweite für den Patienten im Vorhinein klar abgewogen werden muss. Aber auch die forensische Komponente eines solchen Befundbogens sollte, ebenso wie die Bedeutung der Planungsmodelle und der Fotodokumentation nicht unberücksichtigt bleiben. Sie bietet zusätzliche Sicherheit, nicht nur beim Abwägen der eigenen Vorgehensweise, sondern bietet auch Möglichkeiten der Visualisierung, die dem Patienten die für ihn nicht immer nachvollziehbaren Planungszusammenhänge verständlicher machen.

Im vorliegenden Fall fanden sich neben dem beidseitigen, schmerzlosen Knacken – das als Variation der Norm gilt und keiner weiteren Therapie bedarf [Reissmann et al., 2007; Türp et al., 2005] – zudem massive durch Attritionen und Abrasionen verursachte Zahnhartsubstanzdefekte, die über Jahre zu einem Verlust der vertikalen Kieferrelation führten [Bartlett et al., 2005].

Die aufgrund der ermittelten Befunde angefertigte Stabilisierungsschiene diente zum einen als Mittel, um den Patienten an die neue vertikale Kieferrelation zu gewöhnen, zum anderen wurde die therapeutische Komponente in Bezug auf die bestehenden myoarthropathischen Beschwerden genutzt. Die Schiene ist hierfür das Mittel der ersten Wahl, da es sich um ein temporäres, reversibles Behandlungsmittel handelt [Alvarez-Arenal et al., 2002; DGFDT-Stellungnahme, 2005].

Als Methode für die Montage der Modelle zur Modellanalyse wurde das Checkbiss-Registriergerät mittels einer Beauty-Pink-Platte und Aluwachs angewendet. Die Montage der Modelle zur Herstellung der okklusal adjustierten Stabilisierungsschiene erfolgte mittels des intraoralen Pfeilwinkelregistriergeräts. Statistisch zeigen sich zwischen den einzelnen Registrierungsverfahren keine signifikanten Unterschiede [Utz et al., 2002]. Da es sich jedoch im vorliegenden Fall um einen

Patienten mit reduzierter Dentition handelt, bietet das intraorale Pfeilwinkelregistrar unter Verwendung laborgefertigter Registrierbehelfe eine praktikable, reproduzierbare und sichere Methode.

Die neue vertikale Kieferrelation wurde aufgrund der ermittelten Distanz bei der Differenzmessung und dem Ergebnis des interokklusalen Sprechabstands (dieser beträgt durchschnittlich zwei bis drei mm [Meier et al., 2003]) ermittelt.

Unter Berücksichtigung der Fragestellung nach der zu wählenden Abformtechnik stellte sich uns die Frage, ob die Korrekturabformung aufgrund der geringfügig ungenaueren Stumpfdimensionierung für den vorliegenden Fall die geeignete Technik darstellt. Wir haben uns jedoch bewusst für das besagte Verfahren entschieden, da bei der Abformung multipler Zähne ein weniger den Gesetzen des Zufalls unterworfenen Ergebnis resultiert [Marxkors et al., 2007]. Zudem werden subgingival gelegene Ränder deutlich zuverlässiger und eindeutiger wiedergegeben und das Entstehen von Fließfalten kann nahezu vollständig ausgeschlossen werden. Es bleibt in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass weder die Korrektur- noch die Doppelmischabformung klinisch als die qualitativ exaktere beziehungsweise vorteilhaftere bestimmt werden konnte [Gountenoudis et al., 2002].

Bei der für die Herstellung der partiellen oberen Prothese sowie der Einzelkronen und Brücken verwendeten Nichtedelmetalllegierung handelte es sich um eine Kobalt-Chrom-Legierung. Kobalt-Chrom-Legierungen haben in Deutschland den größten Marktanteil der Nichtedelmetalllegierungen. Ihre Zusammensetzung beruht auf 54 bis 70 Prozent Kobalt, 20 bis 31 Prozent Chrom sowie Molybdän, Mangan, Silizium, Wolfram oder Eisen.

Findet eine der besagten Legierungsformen in der Teilprothetik Verwendung, so ist in der Regel Kohlenstoff in minimalen Anteilen enthalten. Dies

führt über die Bildung von Karbiden zu einer Steigerung der Festigkeit. Nichtedelmetalllegierungen zeichnen sich durch eine extrem

hohe Härte und Festigkeit aus. Verschiedene Faktoren beeinflussen diese individuellen Werkstoffeigenschaften. So ändert Kobalt

beim Erstarren in einer Umwandlungsphase (Beginn bei 417 °C) seine kristalline Form. Es kommt zur Ausbildung und Verkeilung feiner Nadelstrukturen. Zudem werden Chromatome in die Struktur



Abbildungen 16a, 16b, 16c, 16d, 16e:
Abschlussbefund (definitiv befestigte Kronen und Brücken sowie eingegliederte partielle obere Prothese)



Fotos: Heßling

eingelagert, was ebenfalls zu einem Zuwachs der mechanischen Festigkeit führt. Die chemische Beständigkeit wird durch eine Passivierungsschicht hervorgerufen, die durch die Oxidation von Chrom entsteht. Selbst bei einem kurzzeitigen Entfernen der Schicht durch Abschleifen, resultiert keine Schädigung, da sich die Schicht extrem schnell neu ausbildet [Strietzel et al., 1998]. Die Oxidschicht des Chroms bleibt im feuchten Mundmilieu weitgehend erhalten. Dies erklärt

die extrem hohe Korrosionsbeständigkeit und Widerstandsfähigkeit des Materials. Wird anstelle von Molybdän Wolfram verwendet, benötigt man in etwa die doppelte Menge, um vergleichbare Eigenschaften zu erzielen [Geis-Gerstorfer et al., 2000; Gundlach et al., 2000; Rudolph et al., 1999]. Kobalt-Chrom-

Legierungen enthalten in der Regel einen Zusatz von fünf Prozent Molybdän, der die Legierung vor Aufkohlung beim Gießen schützt. Es kommt zur Bildung von Karbiden mit den Kohlenstoffatomen. Zusätzlich wird durch Molybdän die Dehnbarkeit erhöht [Hohmann et al., 2003]. Dies ist insbesondere bei der Herstellung von Kronen und Brücken relevant. Mangan wirkt als Antioxidationsmittel und verbessert die Verarbeitbarkeit, während Silizium das leichtere Ausgießen der Schmelze begünstigt [Siebert et al., 1989]. Kobalt-Chrom-Legierungen weisen in der Literatur Verbundfestigkeitswerte zwischen 37,8 und 59,2 MPa auf [Lenz et al., 1995; Schwickerath et al., 1985; Strietzel et al., 1999].

Die in diesem Zusammenhang zu erwähnenden Nickel-Chrom-Legierungen wurden entwickelt, um aufbrennfähige NEM-Legierungen zu erhalten und somit eine Alternative zu den kostenaufwendigeren EM-Legierungen zu haben. Die Legierungen enthalten Chrom in einer Größenordnung von 15 bis 20 Prozent. Der Nickelgehalt liegt bei 70 Prozent, des Weiteren sind Molybdän, Aluminium, Silizium und Mangan enthalten [Geis-Gerstorfer et al., 2000; Siebert et al., 1989]. Nickel ist als Allergen bekannt [Hohmann et al., 1998], liegt jedoch der Chromgehalt über 20 Prozent und der Molybdängehalt bei mindestens vier Prozent gilt – laut Literatur – bei diesen Legierungen eine gute Korrosionsresistenz als gesichert [Strietzel et al., 2000; Strietzel et al., 1998]. Die Verbundfestigkeitswerte von Nickel-Chrom-Legierungen liegen im Bereich von 38 bis 54 MPa [Schwickerath et

al., 1985; Strietzel et al., 1999; Vita Zahnfabrik – Produktinformation, 2000], so dass als Resultat all dessen aus werkstofftechnischen Gründen nichts gegen die Verwendung dieser Legierungen spricht [Cortellini et al., 2006]. Aus unserer Sichtweise besteht jedoch kein Bedarf – unter Berücksichtigung einer möglichen allergischen Komponente – auf eine Nickel-Chrom-Legierung zurückzugreifen.

Abschließend kann somit festgehalten werden, dass durch die gewählte Restaurationsform sowie durch die Art der technischen Umsetzung ein funktionell und ästhetisch sehr gutes Ergebnis erreicht werden konnte. Die Prognose des angefertigten Zahnersatzes ist bei entsprechender Compliance des Patienten sowie aufgrund der guten werkstofftechnischen Eigenschaften über einen Zeitraum von vielen Jahren als sehr gut einzustufen (Abbildungen 16a, 16b, 16c, 16d, 16e).

*Dr. med. dent. Stefan Heßling, MOM
Dr. med. dent. Bernd Rademacher, MOM
Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude: W30
48149 Münster
heslings@uni-muenster.de*



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



Dr. med. dent. Stefan Heßling, MOM

2006 Approbation, 2007 Promotion, 2008 Anerkennung des Tätigkeitsschwerpunkts Restaurative Zahnheilkunde, 2008 Anerkennung des Tätigkeitsschwerpunkts Funktionsdiagnostik und -therapie, 2009 Anerkennung des Tätigkeitsschwerpunkts Parodontologie, 2009 Anerkennung des Prüfarztstitels zur Durchführung klinischer, wissenschaftlicher Studien (Klinik/Praxis), 2011 Master of Oral Medicine in Implantologie

Prothetische Rehabilitation nach operativer Tumortherapie

Britta Leubecher

Die prothetische Rehabilitation von Patienten nach operativer Resektion von Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich stellt den Behandler vor mehrere Herausforderungen. Aufgrund ausgedehnter Kiefer- und Weichteildefekte ist es oftmals unmöglich, den Patienten konventionell prothetisch zu versorgen. Kieferabschnitte, die im Zuge der Rekonstruktion mit Transplantaten äußerer Haut versorgt worden sind, können nicht als Prothesenlager herangezogen werden. Die häufig durchgeführte tumortherapeutische Strahlentherapie birgt weitere Risiken und bedarf besonderer Beachtung seitens des Behandlers.

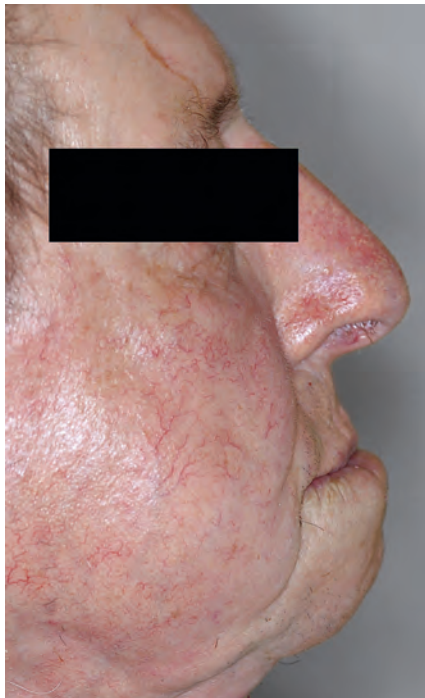


Abbildung 1: Ausgangssituation: Portraitaufnahme des Patienten



Abbildung 2: Ausgangssituation: Profilsicht des Patienten

Für die Rehabilitation nach der chirurgischen Therapie sind Implantate zur Verankerung und Abstützung des Zahnersatzes oft zwingend erforderlich [wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK, 2002].

Bei der Gestaltung des Zahnersatzes ist es wichtig, folgende Aspekte zu berücksichtigen: Mit dem Zahnersatz muss häufig im Defektbereich eine große vertikale Distanz rekonstruiert werden, so dass eine Reinigung von feststehendem Zahnersatz, insbesondere

der lingualen Anteile, stark erschwert wird. Aus diesem Grund ist es sinnvoller, die Versorgung kombiniert feststehend-herausnehmbar zu gestalten und die häusliche Mundhygiene dadurch zu erleichtern. Die Verwendung von Doppelkronen bietet neben der guten Reinigbarkeit zahlreiche Vorteile wie die Erweiterbarkeit bei Implantatverlust, eine sichere sekundäre Verblockung der Implantate und eine leichte Handhabung für den Patienten [Lehmann et al., 2001 und 1996]. Des Weiteren können Abweichungen von der idealen Implantatposition kompensiert werden. Die Sekundärkonstruktion wird so konstruiert, dass eine breitflächige Abdeckung des Teguments vermieden wird, da dies zu massiven Gingivahyperplasien führen kann [Ciocca et al., 2008]. Um die Gefahr einer Periimplantitis zu verringern, sollten die periimplantären Gewebe grundsätzlich freigehalten und der Zahnersatz in diesen Bereichen unterspülbar gestaltet werden [Schaudig et al., 2009].

Ausgangssituation

Der 74-jährige Patient (Abbildungen 1 und 2) stellte sich im Juni 2008 zur prothetischen Versorgung vor. Allgemeinanamnestisch liegt bei dem Patient eine Allergie gegen Kobalt- und Nickelsulfat vor. Der Patient leidet an Diabetes und erkrankte 2002 an Tuberkulose, die aber vollständig ausgeheilt ist. Anfang 2005 wurde bei dem Patienten ein Plattenepithelkarzinom des linken Mund-

bodens unter Beteiligung des Alveolarfortsatzes und der Zunge diagnostiziert (Abbildung 3). Nach Tumor-Radikal-OP mit Teilresektion des Unterkiefers und der Zunge sowie Neck dissection erfolgte die Rekonstruktion mit Beckenknochen und einem Radialislappen (Abbildung 4). Eine tumortherapeutische Bestrahlung und eine Chemotherapie wurden nicht durchgeführt. 2007 konnten in den rekonstruierten Knochen sechs Brånemark-Implantate inseriert werden (Abbildung 5). Anschließend erfolgten eine Mundbodenplastik und eine chirurgische Mobilisierung der resezierten Zunge. Im Frühjahr 2008 wurden die geschlossen eingehheilten Implantate freigelegt.



Abbildung 3: OPG von 2004 vor Tumor-OP

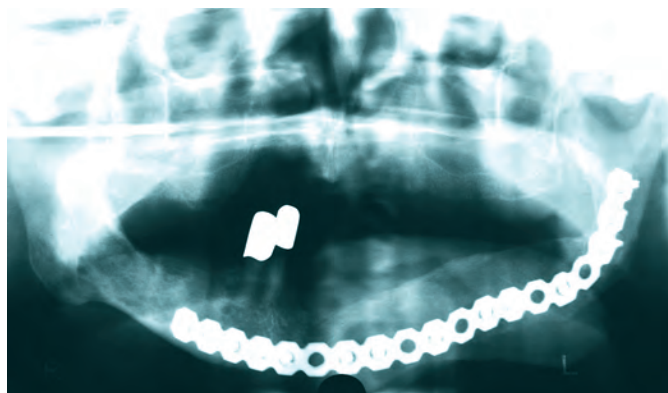


Abbildung 4: OPG von 2005 nach Tumor-OP und Rekonstruktion mit Beckenkamm

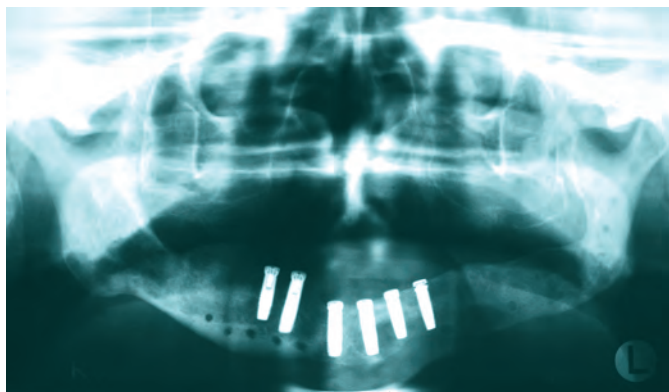


Abbildung 5:
OPG von 2007 nach
Implantation

Der Oberkiefer war bereits vor der Tumorerkrankung zahnlos, die im Unterkiefer verbliebenen Zähne 43 und 44 wurden nach der Rekonstruktion des Defekts extrahiert. Vor seiner Tumorerkrankung trug der Patient eine Totalprothese im Oberkiefer, der Unterkiefer war mit einer Teleskopprothese versorgt. Nach der jahrelangen Rekonvaleszenzzeit soll der Patient wieder prothetisch versorgt werden.

Bei der Befundung zeigte sich ein zahnloser, gut ausgebildeter Oberkiefer (Abbildung 6). Im Unterkiefer sind die sechs Implantate mit



Abbildung 6: Ausgangssituation Oberkiefer

Abheilpfosten versehen und stellen sich bei der Sondierung reizlos dar (Abbildung 7). Die Unterkieferspange sowie die Zunge sind nach der Resektion stark verkleinert und die Zunge ist in ihrer Mobilität massiv eingeschränkt.

Therapieplanung

Die Planung sah die Anfertigung einer Totalprothese im Oberkiefer vor. Im Unterkiefer wurde eine rein implantatgetragene Versorgung auf den bereits inserierten sechs Implantaten angestrebt. Der Zahnersatz sollte herausnehmbar gestaltet werden, um eine adäquate Reinigung zu ermöglichen. Die periimplantären Gewebe und die Schleimhaut sollen dabei nicht abgedeckt werden, um das Weichteiltransplantat zu schützen und die Gefahr einer Periimplantitis zu verringern. Diese Anforderungen werden durch eine über Marburger Doppelkronen auf den Implantaten verankerte Teilprothese erfüllt.

Klinisches Vorgehen

Abformung

Nach den Situationsabformungen erfolgten die definitiven Abformungen mit individuellen Löffeln. Nach der Funktionsabformung im Oberkiefer wurden die Implantate im offenen Verfahren mit einem additionsvernetzenden Silikon (Aquasil Ultra Monophase, Dentsply DeTrey GmbH) abgeformt (Abbildung 8). Anschließend wurden noch eine orientierende Bissnahme sowie eine Gesichtsbogenübertragung des Oberkiefers vorgenommen.

Abutments und Kieferrelationsbestimmung

Nach Herstellung der Meistermodelle und dem schädelbezüglichen Einartikulieren wurden konfektionierte Titanabutments zu Primärkronen beschliffen (Abbildung 9). Es wurden Bissnahmeplatten im Ober- und im Unterkiefer angefertigt. Anschließend konnten die Abutments am Patienten anprobiert und die Kieferrelation mithilfe



Abbildung 7: Ausgangssituation Unterkiefer: Die sechs Implantate (Bränemark) wurden bereits freigelegt und mit Einheilkappen versorgt.



Abbildung 8: offene Implantatabformung (Aquasil Monophase, Dentsply) mit individuellem Löffel im Unterkiefer



Abbildung 9: Anprobe der zu Primärkronen gefrästen Abutments: Die Einbringhilfe dient zusätzlich zur Kontrolle einer korrekten Implantatabformung.



Abbildung 10: vorbereitete Bisschablonen im Artikulator für die folgende Kieferrelationsbestimmung



Abbildung 11: Gerüst- und Wachsenprobe, Ansicht von frontal: Das Sekundärgerüst zeigte eine gute Passung sowie eine funktionelle und ästhetische Zahnaufstellung.

von Bisschablonen bestimmt werden (Abbildung 10).

Gerüst- und Wachsenprobe

Nach der Kieferrelationsbestimmung wurde das Sekundärgerüst für den Unterkiefer im zahntechnischen Labor gefräst, und eine Wachsauflage für den Ober- und Unterkiefer erfolgte.

Die Anprobe am Patienten ergab eine gute Passung des Sekundärgerüsts und eine funktionelle und ästhetische Aufstellung der Prothesenzähne (Abbildungen 11 und 12).

Fertigstellung des Zahnersatzes und Eingliederung

Anschließend wurde der Zahnersatz fertig gestellt und am Patienten eingegliedert (Abbildungen 13 bis 16). Die zu Primärkronen beschliffenen Abutments wurden mit dem empfohlenen Drehmoment (32 Ncm) eingesetzt und die Schraubkanäle mit Komposit verschlossen. Der Patient wurde in Reinigung und Handhabung des Zahnersatzes eingewiesen.

Nachkontrollen

Die nachfolgenden Kontrollen zeigen reizlose periimplantäre Verhältnisse sowie eine stabile Okklusion. Die Mundhygiene sowie die Compliance des Patienten sind gut. Die Schluckfunktion hat sich jedoch nicht verbessert, so dass der Patient weiterhin nur Flüssigkeiten zu sich nehmen kann. Um das Schlucken durch ein besseres Anlegen der verkleinerten Zunge an den Gaumen zu erleichtern, wurde die palatinale Kontur der Totalprothese mit Kunststoff aufgebaut, so dass die Zunge die Palatinalfläche der Prothese leichter erreichen kann. Es zeigte sich, dass das Schlucken mit der optimierten Totalprothese erleichtert werden konnte und der Patient nun auch breiförmige Speisen zu sich nehmen kann.

Die regelmäßigen Kontrollen sind ohne auffällige Befunde. Auch im Recall nach zwei Jahren ist die Versorgung funktionstüchtig, und die Schleimhautverhältnisse stellen sich reizlos dar (Abbildung 17 und 18). Das OPG (Orthopantomogramm) (Abbildung 19) zeigt regelgerecht osseointegrierte Implantate mit nur minimalem Knochenabbau im



Abbildung 12: Gerüst- und Wachsenprobe, Aufsicht Unterkiefer



Abbildung 13: Einbringen der konfektionierten Titanabutments, die zu Primärkronen gestaltet wurden: Die Schraubkanäle wurden im Anschluss mit Komposit verschlossen.



Abbildung 14: eingegliedert Zahnersatz, Ansicht von frontal



Abbildung 15: eingegliedert Zahnersatz, Ansicht von lateral rechts

Bereich der Implantatschulter der beiden Implantate Regio 31 und 41.

Im Recall nach drei Jahren fiel bei der Überprüfung der Kieferrelation eine enorme Seitabweichung des Unterkiefers nach links auf.



Abbildung 16: eingegliedert Zahnersatz, Ansicht von lateral links

Bedingt durch Narbenzüge und Umbauvorgänge durch die Teilresektion und der nachfolgenden Rekonstruktion ist es zu einer Änderung der Bisslage gekommen. Nach der Registrierung der neuen Zentrik und dem schädelbezüglichen Umsetzen in den Artikulator (Abbildung 20) wurde der Zahnersatz vorerst massiv eingeschliffen und wieder eingegliedert (Abbildung 21).

In den darauffolgenden Wochen musste der Biss nochmals leicht korrigiert und eingeschliffen werden. Die weiteren Kontrollen werden erst zeigen, ob sich die Position des Unterkiefers stabilisiert und größere Umstellungen des bestehenden Zahnersatzes sinnvoll erscheinen.

Diskussion

Die prothetische Rehabilitation von Patienten nach Operationen von Kiefertumoren ist oftmals nicht ohne Implantate zu lösen. Die Insertion von vier bis sechs Implantaten ermöglicht einen rein implantatgetragenen Zahnersatz und verhindert die mechanische Belastung transplantiertes Gewebe.

Der Zahnersatz im Unterkiefer wurde auf Doppelkronen verankert, weil diese im Vergleich zu einer Stegkonstruktion leichter zu reinigen sind und eine einfache Erweiterbarkeit bei Implantatverlust bieten. Die



Abbildung 17: Unterkieferversorgung im Recall zwei Jahre nach Eingliederung: Im Frontbereich ist es zu einer Volumenabnahme des äußeren Hauttransplantats gekommen.



Abbildung 18: Titanabutments im Recall zwei Jahre nach Eingliederung: Die Implantate weisen keine erhöhten Sondierungstiefen auf.

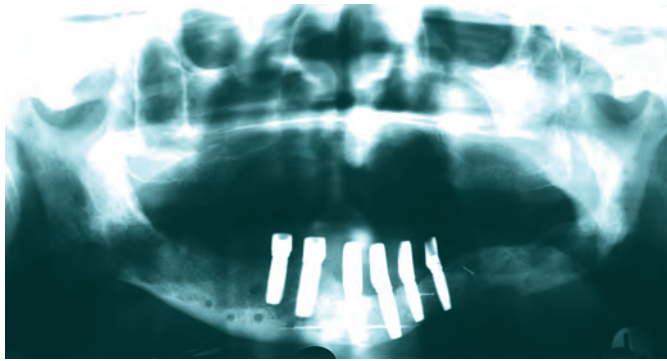


Abbildung 19: OPG im Recall zwei Jahre nach Eingliederung: Die Implantate zeigen eine gute Osseointegration und nur minimalen Knochenabbau Regio 31/41.

einer vierfach geringeren Plaqueadhäsion als an Titan vor [Schade, 2005]. Zusätzlich zeigten In-vitro-Studien, dass die Korrosionsströme zwischen einem Implantat und einem CoCrMo-Abutment um den Faktor fünf bis zehn geringer sind als zwischen einem Implantat und einem Titanaufbau [Gente et al., 2008; Taher et al., 2003; Venugopalan, 1998]. Da der Patient im beschriebenen Fall eine Allergie gegen Kobalt- und Nickelsulfat vorweist, wurden



Abbildung 20: Ansicht der Versorgung im Artikulator nach Zentrikregistrat im Recall drei Jahre nach Eingliederung: Eine deutliche Lateralverschiebung des Unterkiefers nach links wird deutlich.

Abutments wurden direkt zu Primärkronen gefräst, da der Verzicht auf eine separate Primärkrone einen periimplantär ungünstigen Zementspalt verhindert und die Laborkosten gering hält.

Die Gestaltung des herausnehmbaren Zahnersatzes nach dem Prinzip der Marburger Doppelkronen bietet Vorteile. Die Marburger Doppelkrone ist eine Doppelkrone mit Spielpassung, die an strategisch wichtigen Pfeilern über ein Halteelement verfügt (TK Snap, Sitec). Dies gewährleistet



Abbildung 21: Nach Registrierung der neuen Kieferrelation wurde der Zahnersatz eingeschliffen und wieder eingliedert.

eine leichte Handhabung ohne Verkantungen oder Verkeilungen zwischen Primär- und Sekundärkrone sowie eine gleichbleibende Retention auch nach jahrelanger Tragezeit.

Klassischerweise werden sowohl die Primärkronen als auch die Sekundärkonstruktion aus einem Legierungstyp, einer CoCrMo-Legierung, im Einstückguss- oder im Fräsverfahren hergestellt. Primärkronen und Sekundärgerüst aus einer CoCrMo-Legierung weisen eine hohe mechanische Festigkeit bei gleichzeitig guter Biokompatibilität [Kulmburg et al., 2006; Ludwig, 2005] und

alle Metallanteile des Zahnersatzes aus Titan gefertigt.

In den Nachuntersuchungen zeigt sich nach drei Jahren, dass die Kieferrelation nach den ausgedehnten Kieferresektionen und Rekonstruktionen nicht stabil war und durch Einschleifmaßnahmen angepasst werden musste. Der herausnehmbare Zahnersatz auf Doppelkronen ermöglicht hierbei eine gute Korrigierbarkeit der Aufstellung sowie eine leichte Erweiterbarkeit.

Dr. med. dent. Britta Leubecher
 Universitätsklinikum Gießen und Marburg
 GmbH, Standort Marburg
 Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund- und
 Kieferheilkunde
 Abteilung für Orofaziale Prothetik und Funk-
 tionslehre, Bereich für Propädeutik und Kiefer-
 Gesichtsprothetik
 Georg-Voigt-Str. 3
 35039 Marburg
 b.leubecher@web.de

Dr. Britta Leubecher

1999 – 2004 Studium der Zahnmedizin in Würzburg,
 2004 Approbation,
 2005 bis 2007 Vorbereitungsassistentin in einer Gemein-
 schaftspraxis in Fulda,
 seit 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung
 für Orofaziale Prothetik und Funktionslehre in Marburg,
 2008 Promotion,
 2011 Ernennung zur Spezialistin für Prothetik der DGPro



Foto: privat

zm Leser service

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

Rauchloses Rauchen

Die E-Zigarette – derzeit in aller Munde

Auch das „elektronische Rauchen“ könnte bald passé sein: Derzeit formiert sich massiver Widerstand gegen die E-Zigarette. NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) hält die elektronische Variante der Tabakzigarette keinesfalls für gesundheitlich unbedenklich und ausreichend geprüft.

Bereits Ende des vergangenen Jahres verlangte Steffens daher die Einstufung als Arzneimittel. Seitdem bewegt die E-Zigarette die Gemüter.



Foto: zagorskiid – Fotolia.com

Raucher haben es in unserer Gesellschaft zunehmend schwer: Vom diskriminierenden Verschlag auf Bahnhöfen und Flughäfen abgesehen, gibt es kaum noch öffentliche Orte, an denen sie ungeniert ihrem Laster frönen und den Qualm ihrer glimmenden Zigarette in die Luft pusten dürfen. Was also liegt näher, als eine Zigarette zu entwickeln, mit der sich Raucher mit dem für sie notwendigen Nikotin versorgen, das Gefühl der Zigarette in der Hand beibehalten können, ohne dabei jedoch die Umwelt zu verpesten, wie es ihnen gebetsmühlenartig von Nichtrauchern vorgeworfen wird? Die elektronische Zigarette existiert bereits und wird aktiv von verschiedenen Herstellern im Internet feilgeboten – so aktiv, das man bei Google unter dem Suchbegriff „E-Zigarette“ von Händlerangeboten regelrecht erschlagen wird. Wie aber funktioniert die elektronische Zigarette, auch elektrische Zigarette oder kurz E-Zigarette genannt?

Nikotin zum Verdampfen bringen

Ähnlich wie Tabakzigaretten enthalten E-Zigaretten üblicherweise Nikotin, das in der rauchlosen Zigarette in flüssiger Form vorliegt, beim „Rauchen“ verdampft und anschließend inhaliert wird. Die elektronische Variante der Tabakzigarette ist so konstruiert, dass sie einer „echten“ Zigarette täuschend ähnlich sieht. Sie ist an ihrer Spitze sogar mit einer LED-Leuchte versehen, die während des Vorgangs der Inhalation aufleuchtet und damit das Glühen der Tabakzigarette imitiert.

Im Wesentlichen besteht die elektronische Zigarette aus einem Vernebler, also einer Verdampfereinheit, die wie eine Art Nebelmaschine funktioniert und von einigen Herstellern auch als „Atomizer“ bezeichnet wird, sowie einer kleinen mit flüssigem Nikotin, Propylenglykol und Aromastoffen – Hersteller sprechen auch einfach vom so-

genannten „Liquid“ oder „Aroma-Fluid“ – gefüllten Kartusche und einem kleinen Akku. Zieht der „Raucher“ am Mundstück der Zigarette, so schaltet er die E-Zigarette damit praktisch ein. Ein kleiner Stromfluss wird erzeugt, der eine Heizspirale erhitzt, die ihrerseits das nikotinhaltige „aromatische Fluid“ zum Verdampfen bringt. Es wird inhaliert und mit dem Ende des Zuges an der Zigarette diese quasi wieder abgeschaltet. Wie lange die E-Zigarette arbeitet, hängt davon ab, wie oft sie benutzt wird und vor allem wie stark der jeweilige Akku ist.

Sauberer oder schonender

Es sind in dieser Hinsicht verschiedene Modelle verfügbar, wobei das „aromatische Fluid“ nachfüllbar ist.

Von den Verfechtern der E-Zigarette wird als Vorteil hervorgehoben, dass der in den elektrischen Zigaretten erzeugte „Dampf“

wesentlich sauberer sei als Zigarettenrauch. Denn er ist frei von Ruß- und Verbrennungsrückständen und damit anders als bei den Tabakzigaretten auch frei von Teerstoffen. Zudem entsteht kein Nebenstrom, so dass das Thema Passivrauchen keine Rolle mehr spielt. Die E-Zigarette funktioniert – so die Herstellerwerbung – geruchsneutral. Durch die enthaltenen Aromastoffe werde der Rauchgeschmack für den Raucher „verblüffend echt“ nachgeahmt, die Umwelt jedoch nicht belastet, das Rauchen selbst werde schonender, so heißt es.

Bereits Ende des vergangenen Jahres hat sich hierzu die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeldet und öffentlich vor den elektronischen Zigaretten gewarnt, weil Dosis und Wirkung der Aromastoffe in den Kartuschen nicht bekannt und vor allen hinsichtlich ihrer Unbedenklichkeit nicht ausreichend untersucht seien. Angesichts der zunehmenden Verbreitung von elektrischen Zigaretten warnte die Direktorin der BZgA, Prof. Dr. Elisabeth Pott: „Der Konsum von E-Zigaretten ist mit gesundheitlichen Risiken verbunden, denn die benutzten Kartuschen enthalten häufig neben dem Suchtstoff Nikotin auch andere

gesundheitsschädigende Substanzen. Deshalb ist vom Konsum der E-Zigarette abzuraten.“

Foto: Piotr Marcinski – Fotolia.com



Glimmstängel in der Hand, Nikotin im Körper, aber kein Rauch in der Luft – das soll die Lösung sein?

Potenzielle Gesundheitsgefahren

Der über E-Zigaretten eingeatmete Dampf besteht nach Angaben der BZgA zu rund 90 Prozent aus Propylenglykol. Zwar ist die Substanz – eine klare, farb- und nahezu geruchslose Flüssigkeit – als Lebensmittelzusatzstoff (E1520) in der EU zugelassen und wird auch zur Herstellung von Zahnpasten und Kaugummis verwandt, bekannt ist laut Pott aber auch, dass Propylenglykol akute Atemwegsreizungen auslösen kann. „Bislang völlig unbekannt sind die gesundheitlichen Auswirkungen bei dauerhafter und wiederholter Inhalation“, so Pott. In den E-Zigaretten sind zudem Substanzen wie Ethanol, Glycerin und Aromastoffe enthalten, und die amerikanische Kontrollbehörde Food and Drug Administration (FDA) hat in einigen Kartuschen auch toxische Substanzen wie beispielsweise krebserregende Nitrosamine nachweisen können, so eine Mitteilung der BZgA. „Aufgrund der bislang unzureichenden Deklaration der Inhaltsstoffe in den Flüssigkeiten werden Verbraucher über mögliche Gesundheitsrisiken im Unklaren gelassen. Auch der Dampf, der über den Konsum von E-Zigaretten in die Raumluft gelangt, ist bisher nicht wissenschaftlich auf seine Unbedenklichkeit hin untersucht“, heißt es. Barbara Steffens hält die E-Zigaretten ebenfalls für problematisch: „Was derzeit auf dem Markt ist, ist nicht zugelassen und nicht überprüft“, mahnt die Gesundheitsministerin Nordrhein-Westfalens. In einer Pressemitteilung bezieht sich das Ministerium unter anderem auf das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), das schon 2008 zur Emission von elektronischen Zigaretten und zu möglichen Gesundheitsgefahren Stellung genommen und zum vorsichtigen Umgang mit der E-Zigarette geraten hat. Die Begründung: Auch ohne zusätzliche Substanzen gefährde Nikotin die Gesundheit. Das Bundesinstitut rät insbesondere, die nikotinhaltigen Kartuschen unbedingt außerhalb der Reichweite von Kindern zu lagern, da sie verschluckt oder die nikotinhaltige Lösung leicht herausgelutscht werden könnte.

Nach Ansicht des BfR sollten für die Nutzung der elektronischen Zigarette in Innenräumen keine anderen Vorschriften gelten als bei herkömmlichen Zigaretten, da bislang nicht geklärt sei, wie viel Nikotin nach dem Ausatmen des Inhalats in die Umgebung abgegeben wird. Bei elektronischen Zigaretten mit Tabakerhitzung würden zudem Schadstoffe wie Formaldehyd frei, zitiert das NRW-Gesundheitsministerium die Bewertung.

Forderung: Einordnung als Arzneimittel

Es gibt somit, so Gesundheitsministerin Steffens, auch keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, „dass der bei der Nutzung der elektrischen Zigarette entstehende Dampf für Personen, die sich im gleichen Raum wie die Nutzerin oder der Nutzer der E-Zigarette befinden, ungefährlich ist“. Steffens führt weiter an, dass das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg bei einer Konferenz zum Thema Tabakkontrolle im November des vergangenen Jahres ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass bei der elektronischen Zigarette der Verdacht auf eine Belastung der Innenraumluft durch atemwegreizende sowie allergieauslösende Substanzen bestehe. Da die Liquids in den E-Zigaretten zudem so hohe Mengen an Nikotin enthielten, dass sie als Arzneimittel einzustufen seien, fordert Steffens konsequent, dass sie unter das Arzneimittelgesetz fallen sollten.

Davon ganz abgesehen: Wer glaubt, mithilfe der elektronischen Glimmstängel vom Rauchen loskommen zu können, irrt laut Elisabeth Pott: „Für einen auf Dauer erfolgreichen Rauchstopp ist eine Verhaltensänderung nötig, die mit dem Konsum von E-Zigaretten aber nicht erreicht wird.“

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Repetitorium

Hämostase und Antikoagulation

Es gibt in jüngster Zeit Neuerungen bei der Antikoagulation, die durchaus auch in der Zahnarztpraxis Relevanz haben dürften. Die neuen Wirkstoffe setzen an unterschiedlichen Stellen der Gerinnungskaskade an und versprechen Fortschritte bei der Gerinnungshemmung im venösen wie auch im arteriellen Schenkel.

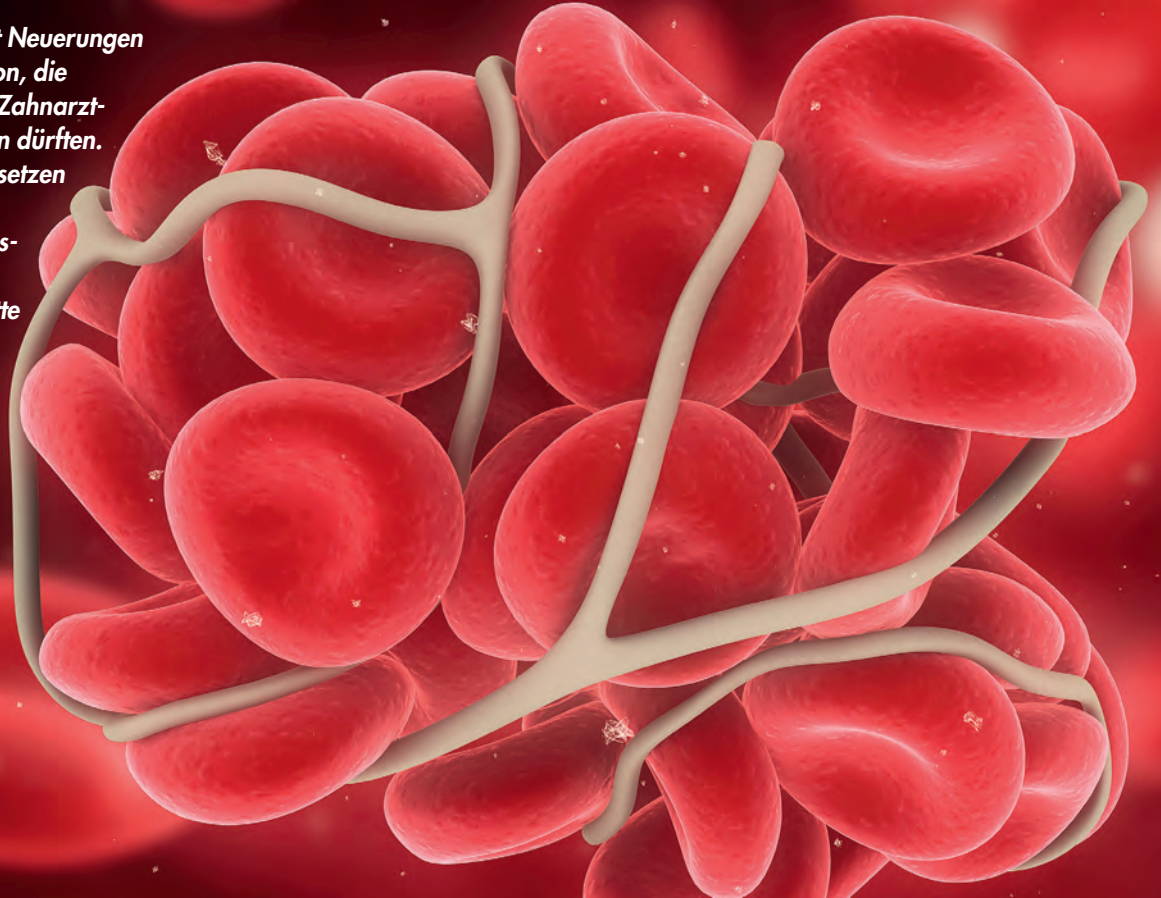


Foto: Sebastian Kaulitzki/Fotolia.com

Der Begriff der Hämostase leitet sich von den griechischen Bezeichnungen für Blut sowie Stauung und Stockung ab und charakterisiert somit einen Stillstand des Blutflusses infolge der Blutgerinnung. Diese ist bekanntlich ein lebenswichtiger Prozess, der die Basis der Wundheilung darstellt und folglich den Menschen davor bewahrt, schon bei kleinen Verletzungen zu verbluten.

Die Blutgerinnung kann jedoch andererseits Thrombosen und in deren Folge eine lebensbedrohliche Lungenembolie verursachen und ebenso einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Dies signalisiert bereits, dass

das Gerinnungssystem sehr komplex reguliert werden muss, damit ein optimales Gleichgewicht herrscht, da sowohl eine erhöhte Gerinnungs- wie auch eine erhöhte Blutungsneigung fatale Konsequenzen haben können.

Die Gerinnungskaskade

Bei der Hämostase sind zwei Teilprozesse zu unterscheiden, die primäre sowie die sekundäre Blutgerinnung. So kommt es zunächst – initiiert durch eine Verletzung im Bereich eines Blutgefäßes – zur Aktivierung von Thrombozyten, die eine Schlüsselrolle bei der Hämostase spielen. Sie setzen vasoconstringierende Botenstoffe frei, die eine Verengung des Blutgefäßes bewirken, heften sich an die Wand des verletzten Blutgefäßes und aggregieren miteinander, so

dass eine Art Pfropf über der Gefäßläsion entsteht und den Austritt von Blut verhindert. Parallel zu dieser Thrombozytenaggregation, die quasi als Notfallmaßnahme der Blutstillung fungiert, kommt es zur Aktivierung der plasmatischen Gerinnung, also der sekundären Hämostase. Diese führt dazu, dass der lose Verbund der Thrombozyten gefestigt wird. An diesem Prozess sind verschiedenste Plasmaproteine, die sogenannten Gerinnungsfaktoren, beteiligt, deren Funktion wie in einer Kaskade reguliert und aufeinander abgestimmt ist.

Plasmatische Hämostase

Die plasmatische Gerinnung wird in drei Phasen unterteilt, die Aktivierungsphase, die Koagulations- und die Retraktionsphase. Gestartet werden kann der Prozess über

Repetitorium

In Sachen Blutgerinnung und Gerinnungshemmer gibt es Neuerungen.

diesem Reaktionsschritt besteht eine positive Rückkopplung, so dass relativ geringe Mengen an Faktor Xa einen regelrechten „Thrombin-Burst“ induzieren können.

Thrombin bewirkt seinerseits die Spaltung von Fibrinogen zu Fibrin und dessen Polymerisation. Der Prozess tritt damit in die Phase der Koagulation ein und es kommt zur eigentlichen Thrombusbildung, bei der sich die Fibrinfäden durch kovalente Bindungen zu einem dichten Netz verknüpfen und somit den Thrombus, in dem Erythrozyten praktisch gefangen sind, stabilisieren. Thrombin führt ferner zu einer Kontraktion des Aktin-Myosin-Skeletts in den Thrombozyten, wodurch sich das Fibrinnetz und damit die Wundränder zusammenziehen und die eigentliche Wundheilung eingeleitet wird.

Es gibt verschiedenste Indikationen für eine Gerinnungshemmung. Diese ist zum Beispiel angezeigt zur Prophylaxe venöser Thrombosen nach operativen Eingriffen sowie arterieller Thrombosen, beispielsweise in Form der Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern und auch zur Thrombo-
setherapie, wenn es darum geht, einen sich bildenden Thrombus wieder aufzulösen.

Thrombozyten-Aggregationshemmer

In die Blutgerinnung eingreifen lässt sich mit sogenannten Thrombozytenaggregationshemmern, also mit Wirkstoffen, die die zelluläre Hämostase beeinflussen. Bekanntester Vertreter ist die Acetylsalicylsäure (ASS), die die Bildung von Cyclooxygenase, ein Enzym, das für die Bildung von Thromboxan benötigt wird, unterbindet.

Die Aggregation der Thrombozyten lässt sich ferner durch Clopidogrel inhibieren, ein Wirkstoff, der durch eine irreversible Rezeptor-Blockierung die ADP-abhängige Thrombozytenaktivierung verhindert. Mit Abciximab gibt es eine weitere Substanz, die als Thrombozytenaggregationshemmer fungiert, wobei der rekombinante monoklonale Antikörper das Glykoprotein IIb/IIIa der Thrombozyten blockiert und dadurch deren Verklumpung hemmt.

Herkömmliche und moderne Antikoagulantien

Neben den Thrombozytenaggregationshemmern gibt es Hemmstoffe der plasmatischen Gerinnung, die sogenannten Antikoagulantien. Die Gerinnungshemmer kommen in verschiedenen Situationen zum Einsatz: Sie dienen beispielsweise der Thromboseprophylaxe wie auch der Thrombo-
setherapie. Sie finden damit routinemäßig Anwendung zum Beispiel im Rahmen der Thromboseprophylaxe bei Patienten mit erhöhtem Thromboserisiko bei operativen Eingriffen mit längerer Immobilität oder zur Schlaganfallprophylaxe

Bestimmung des Gerinnungsstatus

Ob das Gerinnungssystem im Gleichgewicht ist, lässt sich durch die Messung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes überprüfen. Dabei wird im Labor üblicherweise der sogenannte Quickwert oder neuerdings eher der sich daraus ableitende INR-Wert (International Normalized Ratio) bestimmt. Anhand der ermittelten Werte lässt

sich insbesondere feststellen, ob im individuellen Fall eine erhöhte Blutungsneigung besteht.

So wichtig die Blutgerinnung für einen guten Wundverschluss ist, so gefährlich ist sie für Menschen mit einem erhöhten Thrombose- oder Embolierisiko. Dieses kann zum Beispiel vorliegen, wenn gerinnungshemmende Faktoren, die ebenfalls an der Regulation beteiligt sind, fehlen. Zu solchen Inhibitoren gehört das Antithrombin und sein Kofaktor Heparin, der von Endothelzellen und vor allem von Mastzellen gebildet wird und auch als Antikoagulant, also als Gerinnungshemmer, medizinisch angewandt wird.

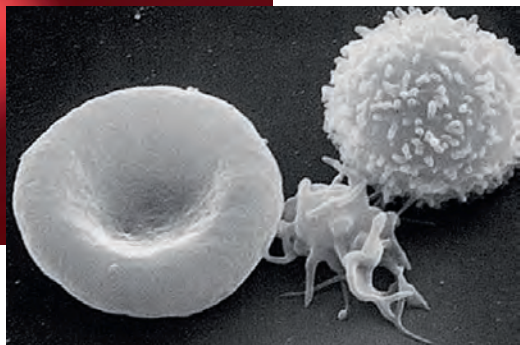
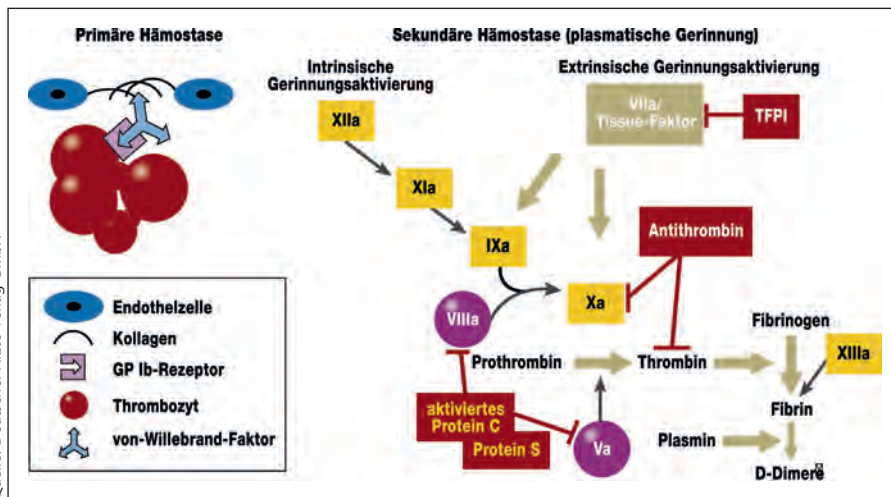


Foto: NCI-Frederick/Wikipedia

Die Blutzellen von links nach rechts: Erythrozyt, Thrombozyt, Leukozyt

eine Aktivierung der Gerinnungsfaktoren XII und XI (intrinsischer Weg) oder über die Freisetzung des Gewebefaktors (Tissue Factor) Thromboplastin (extrinsischer Weg). Dieser bildet einen Komplex mit dem Gerinnungsfaktor VII, der dadurch in seine aktive Form übergeht. Es bildet sich als Konsequenz Thrombin und dadurch ein Komplex der Faktoren IX und VIII, der auch als Aktivator-Komplex bezeichnet wird, da er Faktor X in die aktive Form Faktor Xa (a steht für aktiviert) übergehen lässt.

Faktor Xa nimmt eine Schlüsselrolle in der Gerinnungskaskade ein. Der Gerinnungsfaktor spaltet den Faktor II, auch Prothrombin genannt, so dass Thrombin entsteht. Bei



Schematische Darstellung der primären und sekundären Hämostase

bei Patienten mit künstlicher Herzklappe sowie bei Patienten mit Vorhofflimmern. Die Antikoagulantien greifen mehr oder weniger direkt in die Gerinnungskaskade ein. Sie zeichnen sich durch eine hohe klinische Effektivität aus. Ihre Anwendung ist jedoch nicht unproblematisch, da jede Antikoagulation praktisch mit einer erhöhten Blutungsneigung verbunden ist. Das erfordert bei einigen Wirkstoffen regelmäßige Kontrollen des Gerinnungsstatus und macht zudem besondere Vorkehrungen bis hin zum Absetzen der Medikation erforderlich, wenn operative Eingriffe oder beispielsweise eine Zahnextraktion geplant sind.

Heparine

Etabliert ist insbesondere die Behandlung mit Heparinen, wobei früher vor allem unfraktioniertes Heparin zum Einsatz kam, inzwischen aber mit den moderneren niedermolekularen Heparinen (NMH) behandelt wird. Die Wirkung des Heparins ist an Antithrombin III gebunden, wobei der sich bildende Heparin/Antithrombin-Komplex Faktor IXa, Xa, XIa und XIIa inaktiviert. Heparine führen somit zu einer indirekten und unselektiven Hemmung der Bildung von Faktor Xa und Thrombin und reduzieren dadurch effektiv die Rate thromboembolischer Ereignisse.

Allerdings ist die Anwendung mit Limitationen behaftet. So müssen Heparine sub-

kutan verabreicht werden und bergen das Risiko einer Heparin-induzierten Thrombozytopenie (HIT).

Vitamin-K-Antagonisten

Zur dauerhaften Thromboembolie-Prophylaxe sind die Heparine damit nicht geeignet. Diese Indikation war bislang die Domäne der Vitamin-K-Antagonisten. Es handelt sich um Cumarinderivate, die bekanntesten Vertreter sind das Phenprocoumon, bekannter unter dem Warenzeichen Marcumar[®] sowie das international eher gebräuchliche Warfarin. Die Wirkstoffe verhindern die Reduktion von Vitamin K in der Leber und sorgen so dafür, dass das Vitamin funktionslos bleibt. Verschiedene Gerinnungsfaktoren aber benötigen Vitamin K als Kofaktor, so dass durch eine Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten die normalen Abläufe der Gerinnungskaskade blockiert und die Blutgerinnung somit unterbunden wird.

Die Vitamin-K-Antagonisten sind oral verfügbar, haben aber das Problem einer hohen intra- und interindividuellen Variabilität und einer nur geringen therapeutischen Breite, was ein regelmäßiges Monitoring der Blutgerinnung notwendig macht. Erschwerend kommt hinzu, dass es zahlreiche potenzielle Interaktionen mit anderen Pharmaka und auch mit Nahrungsmitteln gibt, die bei der regelmäßigen Einnahme

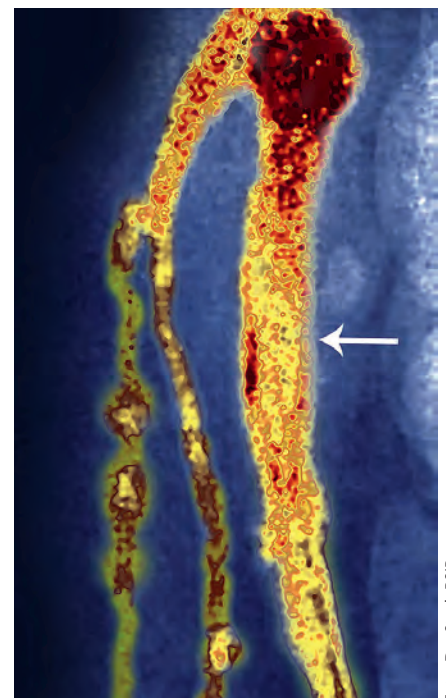
von Vitamin-K-Antagonisten von Arzt und Patient zu beachten sind.

Faktor-Xa-Hemmung

Bereits seit Jahren wird mit dem synthetischen Pentasaccharid Fondaparinux eine weitere Möglichkeit der Gerinnungshemmung genutzt: Der Wirkstoff verhindert die durch Antithrombin vermittelte Bildung des Gerinnungsfaktors Faktor Xa. Allerdings muss auch dieser indirekte Faktor-Xa-Hemmer subkutan injiziert werden.

Mit dem Wirkstoff Rivaroxaban ist vor rund drei Jahren auch ein direkter oraler Faktor-Xa-Hemmer verfügbar geworden. Der innovative Gerinnungshemmer greift direkt an einer Schlüsselstelle der Gerinnungskaskade an, indem er die Bildung von Thrombin unterbindet und damit auch die positive Rückkopplung und den „Thrombin-Burst“ verhindert.

Im praktischen Alltag hat Rivaroxaban gegenüber den herkömmlichen Antikoagulantien deutliche Vorteile: Der Wirkstoff kann oral bequem als einmal täglich zu verabreichende Tablette eingenommen werden und muss nicht wie NMH subkutan



Auf der angiografischen Aufnahme ist der Thrombus deutlich sichtbar.

Foto: DocStock-BSIP

injiziert werden. Anders als bei den NMH muss zudem keine gewichtsadaptierte Dosierung erfolgen, vielmehr wird in einer Standarddosierung eine zuverlässige Gerinnungshemmung vermittelt. Es droht keine HIT-Reaktion, und anders als bei Vitamin-K-Antagonisten besteht nicht das Problem der geringen therapeutischen Breite. Daher ist ein regelmäßiges Gerinnungsmonitoring unter Rivaroxaban nicht erforderlich. Die Antikoagulation vereinfacht sich auch dadurch, dass anders als bei Vitamin-K-Antagonisten praktisch keine relevanten Interaktionen mit Arzneimitteln sowie Nahrungsmitteln zu beachten sind.

Thromboseprophylaxe und neue Therapieoptionen

Rivaroxaban wurde ursprünglich zur Thromboseprophylaxe nach der Implantation einer neuen Hüfte oder eines neuen Kniegelenks eingesetzt, nachdem in Studien gezeigt worden war, dass der Wirkstoff das Thromboserisiko signifikant besser senkt als die bisherige Standardtherapie mit einem niedermolekularen Heparin. Der Gerinnungshemmer wurde inzwischen rund eine Million Mal angewandt, ohne

INFO

Fragebogen zur Evaluierung einer erhöhten Blutungsneigung

1. Haben Sie bei sich selbst vermehrt Nasenbluten, auch ohne erkennbaren Grund, festgestellt?
2. Treten oder traten bei Ihnen vermehrt – ohne sich anzustoßen – „blaue Flecke“ oder kleine, punktförmige Blutungen auf? Wenn Sie diese Frage mit Ja beantwortet haben, geben Sie bitte an, ob diese Symptome auch am Körperrumpf oder anderen, für Sie ungewöhnlichen Stellen aufgetreten sind!
3. Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten ohne erkennbaren Grund festgestellt?
4. Treten Blutungen oder blaue Flecke mehr als ein- bis zweimal pro Woche auf?
5. Haben Sie den Eindruck, dass es bei Schnitt- oder Schürfwunden (zum Beispiel Rasieren) länger nachblutet?
6. Traten bei Ihnen bereits einmal längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während Operationen (beispielsweise Mandeloperationen, Blinddarmoperationen, Geburten) auf?
7. Traten bei Ihnen längere und verstärkte Nachblutungen nach oder während dem Ziehen von Zähnen auf?
8. Wurden Ihnen bei einer Operation bereits einmal Blutkonserven oder Blutprodukte gegeben? Bitte geben Sie die Art der Operation(en) an.
9. Gab oder gibt es in der Familie Fälle von Blutungsneigungen?
10. Nehmen Sie Schmerz- oder Rheumamittel ein? Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen!
11. Nehmen Sie weitere Medikamente ein? Wenn ja, bitte Namen der Medikamente eintragen!

Folgende Frage ist nur von Frauen/Mädchen zu beantworten:

12. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Monatsblutungen verlängert (> 7 Tage) und/oder verstärkt (häufiger Tamponwechsel) sind?

Anmerkung:

Die Blutungsanamnese wird als positiv bewertet, wenn eine der Fragen mit „Ja“ beantwortet wird (bei Frage 11 nur bei Medikamenten, die die Gerinnung inhibieren).

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

Antikoagulation und zahnärztliche Behandlung

Es gibt zahlreiche Indikationen für eine Antikoagulation beziehungsweise Thrombozytenaggregationshemmung, die der Gesundheit des Patienten zugute kommen soll. Allerdings ist nicht selten auch bei Patienten mit gerinnungshemmender Medikation ein zahnärztlich-chirurgischer Eingriff nötig. Die größte Gefahr stellt hier neben der verstärkten intraoperativen die postoperativ nicht spontan sistierende Blutung dar. Bei einfachem präoperativem Absetzen oraler Antikoagulation (Marcumar) entsteht eine Lücke, die für den Patienten gefährlich sein kann, da das Risiko für schwerwiegende thromboembolische Ereignisse deutlich erhöht ist, und die mit niedermolekularen Heparinen geschlossen (Bridging) werden sollte. Diese Heparine binden vor allem Antithrombin III; die Inaktivierung aktivierter Gerinnungsfaktoren (vornehmlich des Prothrombinasekomplexes) wird um ein Vielfaches beschleunigt. Vorteile der niedermolekularen Heparine liegen in der deutlich kürzeren Halbwertszeit (Marcumar: 160 Stunden; niedermolekulares Heparin: 0,7 bis 2,5 Stunden) und in der Möglichkeit der Antagonisierung durch Protamin. Bei einfachen Zahnextraktionen sollte der Ziel-INR-Wert (International Normalized Ratio ist die Folgenormung zum Quick-Wert) bei $< 2,5$ liegen, dies ist innerhalb der meisten antikoagulativ-therapeutischen Bereiche, daher ist hier eine Umstellung zumeist nicht notwendig. Bei kleinen chirurgischen Eingriffen sollte der Ziel-INR bei < 2 und bei größeren chirurgischen Eingriffen bei $< 1,5$ liegen. Hierfür wird das Marcumar vor der

Behandlung abgesetzt, es erfolgen tägliche INR-Kontrollen; wenn der INR erstmals unter dem eigentlich beabsichtigten therapeutischen Bereich liegt, werden die niedermolekularen Heparine angesetzt. Anders gestaltet sich die Therapie bei bestehender Medikation mit Thrombozytenaggregationshemmern, deren Wirkung mit den üblichen Laborparametern nicht feststellbar ist. Im Gegensatz zum Marcumar kann die erwünschte Wirkung nicht durch Heparin ersetzt werden, ein Bridging mit Heparinen ist daher in diesen Fällen nicht möglich. Die Wirkung gängiger Thrombozytenaggregationshemmer wie Aspirin oder Clopidogrel ist nach fünf Tagen um ungefähr 50 Prozent abgeklungen, daher empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, ob die Medikation präoperativ abgesetzt werden kann. Ansonsten sollte bei elektiven Eingriffen gewartet werden, bis die gerinnungshemmende Wirkung nicht mehr indiziert ist. Nimmt der Patient Aspirin zur Primärprophylaxe, kann es vor Operationen abgesetzt werden, ist die Indikation die Sekundärprophylaxe, sollte es trotz Operation immer weiter gegeben werden. Handelt es sich um einen Patienten mit Aspirin/Clopidogrel-Medikation beispielsweise aufgrund eines akuten Coronarsyndroms oder eines Stents, sollte die Medikation weiter gegeben werden, allerdings mit Desmopressin (Minirin®, ein synthetisches Vasopressin-Derivat) und Thrombozytenkonzentraten in Bereitschaft. Generell steigt das Blutungsrisiko bei einer Operation unter Aspirin um zehn bis 20 Prozent, unter Clopidogrel ist mit einem

30 bis 50 Prozent erhöhten Blutungs- und Transfusionsrisiko zu rechnen. Sollte Clopidogrel im Falle aktiver Stents abgesetzt werden, ist das Thromboserisiko sowohl in der Reendothelisierungsphase als auch langfristig deutlich erhöht. Aktuelle Daten konnten zeigen, dass das Risiko bei perioperativer Beibehaltung der Thrombozytenaggregationshemmer viel geringer ist, als wenn man diese absetzt und eine beispielsweise koronare Thrombose riskiert. Empfehlungen bezüglich des Managements im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung bei den neueren Gerinnungshemmern wie Rivaroxaban, Dabigatran, Apixaban, Fondaparinux stehen noch aus.

Zusammenfassung

Die zahnärztliche Therapie von Patienten unter gerinnungshemmender Medikation ist komplex und erfordert eine Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen. Bisher existieren vor allem Empfehlungen, allerdings kaum Evidenz-basierte Richtlinien. Daher sollte eine individuelle Therapie der Patienten unter Berücksichtigung der bekannten Risiken durchgeführt werden.

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

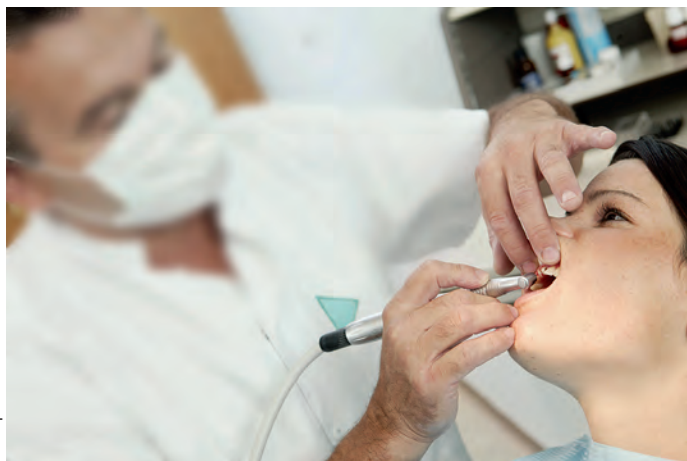
*Dr. Dr. Peer W. Kämmerer
Klinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz*

dass Sicherheitsprobleme bekannt geworden wären. Der Wirkstoff wurde jedoch nicht nur hinsichtlich der Thromboseprophylaxe geprüft, sondern im Rahmen eines umfassenden Prüfprogramms mit mehr als 65 000 Patienten in verschiedenen Indikationen untersucht. Dabei zeigte sich eine gute, in allen Indikationsbereichen der herkömmlichen Standardtherapie min-

destens ebenbürtige Wirksamkeit mit zum Teil deutlichen Vorteilen hinsichtlich des Blutungsrisikos und auch hinsichtlich der Handhabung der Gerinnungshemmung. Die vorliegenden Studiendaten haben jüngst zur Zulassung des Wirkstoffs auch bei der Thromboserapie und der langfristigen Sekundärprophylaxe von thromboembolischen Ereignissen geführt sowie

zur langfristigen Schlaganfallprophylaxe beim Vorhofflimmern. Rivaroxaban ist damit der bislang einzige Vertreter der neuen Antikoagulantien, der eine Zulassung über diese drei Indikationsbereiche besitzt.

In einer weiteren Studie des Prüfprogramms wurde ferner bereits dokumentiert, dass Rivaroxaban zuverlässig auch die Throm-



Die Blutgerinnung und vor allem die Gerinnungshemmung sind wichtige Themen auch in der Zahnarztpraxis.

venöser thromboembolischer Ereignisse bei chirurgischem Hüft- und Kniegelenksersatz zugelassen und seit dem vergangenen Jahr auch zur Schlaganfallprävention bei Patienten mit Vorhofflimmern.

Neue Ära der Antikoagulation

Allgemein vermutet wird, dass die Antikoagulation mit dem Verfügbarwerden der neuen modernen Antikoagulantien – also der direkten oralen Faktor-Xa-Hemmer und Thrombininhibitoren – in eine neue Ära eintritt. Die innovativen Wirkstoffe, die derzeit allerdings zwangsläufig noch vergleichsweise hochpreisig sind, dürften sich über kurz oder lang im Praxisalltag etablieren. Denn sie sind partiell wirksamer und auch sicherer als die bisherigen Antikoagulantien und zudem deutlich einfacher in der Anwendung als orale Medikation und ohne Notwendigkeit regelmäßiger Gerinnungskontrollen.

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

**Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln
info@christine-vetter.de**

busbildung im arteriellen Bereich hemmt. Der Wirkstoff führt dadurch zu einer signifikanten Reduktion der Rate an Herzinfarkten, Schlaganfällen sowie der kardiovaskulären und auch der Gesamtmortalität bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom. Die Zulassung auch in dieser Indikation wurde bereits beantragt.

Mit dem Wirkstoff Apixaban ist inzwischen ein zweiter direkter oraler Faktor-Xa-Hemmer verfügbar geworden. Die Substanz weist praktisch den gleichen Wirkmechanismus auf und wurde im vergangenen Jahr zur Thromboseprophylaxe nach elektiver Implantation einer Hüft- oder Kniegelenks-Endoprothese zugelassen, nachdem Studien ebenfalls eine signifikante Überlegenheit gegenüber dem bisherigen Standard Enoxaparin dokumentiert haben.

Thrombin-Inhibitoren

Eine weitere Möglichkeit der Antikoagulation besteht in der Hemmung der Bildung von Thrombin. Auch dieser Weg wird mit dem Wirkstoff Hirudin, der ursprünglich aus dem Speichel des Blutegels stammt, schon länger besprochen. Hirudin stellt ein Gemisch aus Polypeptiden dar, die als Thrombininhibitoren wirken, indem sie sich an die Fibrinogen-Bindungsstelle anheften und so das aktive Zentrum und damit die Thrombinbildung hemmen.

Mit dem Wirkstoff Dabigatran kam bereits 2008 auch ein direkter oraler Thrombininhibitor auf den Markt. Das moderne Antikoagulans bindet freies wie auch fibrinogen gebundenes Thrombin und unterbindet damit dessen Wirkung als Gerinnungsfaktor. Dabigatran ist ebenfalls zur Primärprävention

Jahrestagung DGP

Gesunde und schöne Zähne für ein besseres Leben

Vom 15. bis zum 17. September 2011 fand die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DGP) im Kongresshaus Baden-Baden statt. Unter der Leitung des Tagungs- und neuen DGP-Präsidenten Prof. Dr. Peter Eickholz waren rund 700 Teilnehmer nach Baden-Baden gekommen, um sich interdisziplinär rund um die Parodontitis auszutauschen.

Inwieweit leiden Parodontitis-Patienten unter ihrer Erkrankung? Diese Frage stellte Prof. Dr. Ian Needleman, London, seinem Eröffnungsvortrag voran.

Mit der Parodontitis leben

Wie eine Studie aus Göteborg deutlich macht, fühlten sich Patienten in unterschiedlichem Maß verunsichert und zum Teil isoliert, wenn sie den Erwartungen und Normen der Gesellschaft, was schöne Zähne angeht, nicht entsprechen. Parodontitis sei also durchaus keine stumme Erkrankung. Einer in eigener Praxis in London durchgeführten Studie zufolge zeige die Lebensqualität von Patienten vor und nach einer Parodontitistherapie einen messbaren Nutzen für behandelte im Vergleich zu nicht behandelten Patienten.

Passend zu diesem Thema stellten Dr. Otto Zuhr, München, Dr. Thomas Eger, Koblenz, und Dr. Norbert Salenbauch, Göppingen, Fälle aus ihren Praxen vor und „warfen damit Fragen in den Raum“, die im Laufe der Tagung beantwortet werden sollten.

Zahnarzt oder Dienstleister

Der Arzt und Philosoph Prof. Dr. Giovanni Maio, Freiburg, definierte die Gesundheit der Zähne als Ziel der zahnärztlichen Therapie, bei der die Ästhetik für ein gutes Ergebnis schon immer eine Rolle gespielt habe. Sie dürfe allerdings nicht primärer Anlass der Therapie sein. Vom ethischen Standpunkt aus sei es problematisch, einen gesunden Zahn auf Wunsch des Patienten aus ästhetischen Gründen anzutasten: Der Patient habe bezüglich jeglicher Therapie

immer ein Abwehrrecht, aber kein Erfüllungsrecht. Aufgabe des Arztes sei es, ein Gespräch mit dem Patienten zu führen, aufzuklären und nach medizinischen Kriterien mit Weitsicht zu handeln. Ästhetische Zahnmedizin sei Ausdruck der Selbstdarstellung des Menschen in seinem sozialen Umfeld, in dem er sich einem Konkurrenzkampf ausgesetzt sehe. Jugendliches Aussehen verspreche einen Wettbewerbserfolg. Ästhetische Maßnahmen würden bei dieser Grundausrichtung unserer Gesellschaft zu einer Verpflichtung. Das Vorgehen der ästhetischen Zahnmedizin, die durch Werbung die Notwendigkeit ihrer Maßnahmen suggeriert, sei problematisch. Schönheit sei die Besonderheit des Einzelnen, nicht standardisierte äußere Form. Damit solle die Zahnmedizin sorgsam umgehen. Schönheit sei kein Konsumgut, Werbung aber suggeriere die Kaufbarkeit des Glücks und mache somit falsche Versprechungen. Der Arzt aber solle moralische Autorität besitzen. In der Zahnmedizin solle

Gesundheit das Therapieziel sein. Der Arztberuf sei eine Profession, die ethische Standards setzen soll. Dazu seien Gespräche mit dem Patienten notwendig, die ein Interesse am Menschen reflektieren. In der Therapie seien langfristiger Erfolg und Nachhaltigkeit anzustreben statt kurzfristige Schönheit. Der Arzt solle also der Gesundheit und dem Wohlbefinden des Patienten dienen, demnach könne die Patientenzufriedenheit kein ethischer Gradmesser sein. Vielmehr solle sich der Arzt als Anwalt des Patienten verstehen. Je mehr allerdings durch politische Rahmenbedingungen zunehmend ökonomische Konkurrenz entstehe, sei dieser Anspruch gefährdet. Die Zahnärzte sollten sich verstärkt dagegen wehren, zu Verkäufern zu mutieren und zu Dienstleistern gemacht zu werden. Der Zahnarzt solle sich aber auch nicht vom Patienten missbrauchen lassen, lediglich dessen Wünsche zu erfüllen. Nur wenn er als Mensch in

INFO

Neuwahlen

Auf der Jahrestagung übernahm Prof. Dr. Peter Eickholz, Direktor der Poliklinik für Parodontologie des Zentrums der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum) der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt das Amt des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP). Die DGP ist mit über 4 000 Mitgliedern die zweitgrößte zahnärztliche Fachgesellschaft in Deutschland. ■



Kongresshaus Baden-Baden



Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt, ist neuer DGP-Präsident.

Erscheinung tritt, der nach Prinzipien handelt, werde man ihm Vertrauen entgegenbringen.

Wirtschaftlichkeit oder Lebensqualität

Als Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beschäftigte sich Dr. Jürgen Fedderwitz, Köln, mit dem Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und Lebensqualität. Angesichts knapper Ressourcen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müsse der Zahnarzt unter Berücksichtigung fachlicher und ethischer Gesichtspunkte die beste medizinische Versorgung gewährleisten. Allerdings würden in der GKV nur 3,2 Prozent der für zahnärztliche Maßnahmen verwendeten Gelder für die Therapie parodontaler Erkrankungen ausgegeben. Wie Studien gezeigt hätten, beeinträchtigten Parodontitis beziehungsweise Zahnverlust die Lebensqualität der Patienten in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Auch für die Sprachlautbildung, die Kiefergelenkstützung und die Kaufähigkeit sei eine geschlossene Zahnreihe von Bedeutung. Eine systematische Parodontitistherapie und der Zahnerhalt seien unter Beachtung der strategischen Wertigkeit und Erhaltung einzelner Zähne sowie unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit vor allem aus zwei Gründen anzustreben: Zum einen sei das Periimplantitisrisiko bei Parodontitispatienten erhöht, zum anderen sei der Kostenaufwand für den Erhalt parodontal geschädigter Zähne geringer als der für die Versorgung mit Implantaten oder Brücken (mehr dazu in der Titelgeschichte Seite 32).

Qualität trotz Tumorerkrankungen

Prof. Dr. Dr. Thomas Kreuzsch, Hamburg, stellte Lebensqualität aus einem anderen Blickwinkel dar: der oft schwierigen Lebenssituation der Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. Drei Viertel dieser Patienten seien vor Therapie voll leistungsfähig. Die Folgen der Tumor-

therapie schränkten die Lebensqualität der Betroffenen jedoch hinsichtlich Nahrungsaufnahme, Kommunikation, Schmerzen, Aussehen und Sozialleben unterschiedlich stark ein. Dabei hätten die heute zur Anwendung kommenden Defektverschlüsse nach Tumorentfernung und die weniger radikalen Halsauräumungen positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten.

Parodontitis und Diabetes

Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald, machte deutlich, dass die Diabetes-Prävalenz in Mecklenburg-Vorpommern deutlich zunimmt, wie die SHIP(Study on Health in Pommerania)-Studie belege. In SHIP sei nachgewiesen worden, dass die Progression des Attachmentverlusts und die Zahnverluste bei unkontrolliertem Diabetes (HbA1c > 7) stark erhöht sind. Umgekehrt erschwere eine bestehende Parodontitis die Blutzuckerkontrolle. Zudem erhöhe Parodontitis auch bei gut eingestelltem Diabetes die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt. Nach Parodontitistherapie seien eine mäßig verbesserte Blutzuckerkontrolle beziehungsweise günstige Auswirkungen auf den HbA1c-Wert gezeigt worden. Diskutiert werden müsse die Frage, ob der Zahnarzt



Abbildung 1: Gesunde und schöne Zähne für ein besseres Leben?!

eine Rolle bei der Diabetes-Prävention spielen kann. Mit der Behandlung und der Prävention der Parodontitis werde jedenfalls ein Risikofaktor beseitigt, was positive Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit habe.

Vorteile einer Implantattherapie

Zu Beginn seines Vortrags stellte Prof. Dr. Guido Heydecke, Hamburg, fest, dass Zahnverlust die Lebensqualität negativ beeinflusst. Schwieriger sei, das Ausmaß des positiven Einflusses von Zahnersatz, ob festsetzend oder abnehmbar auf einem oder mehreren Implantaten befestigt, auf die Lebensqualität zu beurteilen. Gute Evidenz hinsichtlich eines deutlich positiven Einflusses auf die Lebensqualität gebe es für die Versorgung mit zwei Implantaten im zahnlosen Kiefer. Wenig Evidenz für eine höhere Zufriedenheit der Patienten hingegen existiere bei Verwendung von mehr Implantaten im zahnlosen Kiefer. Bei der Art des Zahnersatzes scheine es in diesem Zusammenhang eine tendenziell positivere Bewertung für abnehmbare Deckprothesen zu geben. Die Kosten-Nutzen-Relation bei der Versorgung zahnloser Kiefer mit Implantaten erscheine also im Vergleich bei Verwendung von nur zwei Implantaten am effizientesten aufgrund geringer Kosten bei deutlich gesteigerter Lebensqualität.

Wenn Implantate versagen

Prof. Dr. Eli Machtei, Haifa, stellte fest, dass Periimplantitis angesichts einer vorsichtig geschätzten Zahl von weltweit etwa zehn Millionen neu gesetzten Implantaten jährlich ein zunehmendes Problem darstellt. Die Entfernung eines Implantats solle immer dann erfolgen, wenn die Periimplantitis nicht mehr unter Kontrolle gebracht werden kann. Andere Gründe für eine Explantation könnten mechanische Misserfolge sein. Als Beispiel für eine unkonventionelle Lösung zeigte Machtei den Fall eines gebrochenen Implantats, das der Patient nicht entfernen lassen wollte. Dieses sei operativ von koronal gekürzt, geglättet, mit Knochenersatzmaterial abgedeckt und plastisch verschlossen



Abbildung 2: Fortgeschrittene Parodontitis und massiv supra-gingivale Plaque: mögliche Quelle flüchtiger Schwefelverbindungen und damit von Halitosis



Abbildung 3: Langjähriger starker Raucher, 1962–1995 20 Zigaretten/Tag, seit 1995 10/Tag mit schwerer chronischer Parodontitis: weder gesund noch schön

Quelle: Eickholz

worden. Jeder Fall eines Implantat-Misserfolgs müsse individuell beurteilt und unter Berücksichtigung objektiver Faktoren wie zum Beispiel Rauchen und Allgemeinerkrankungen sowie subjektiver Faktoren (Wünsche des Patienten und des Überweisers) abgewogen und therapiert werden.

Du bist, was Du isst

Prof. Dr. Ian Chapple, Birmingham, verdeutlichte zunächst anhand des Pathogenese-Modells der Parodontitis die Komplexität dieser Erkrankung und nannte die Nahrung als einen Einflussfaktor neben Rauchen, Diabetes sowie bestimmten Medikamenten.

Dazu schilderte er den Zusammenhang zwischen nahrungsabhängigem oxidativem Stress und entzündlichen Erkrankungen, so auch der Parodontitis. Der Verzehr von Obst und Gemüse könne das Ergebnis einer parodontalen Therapie verbessern. Die Ernährung beeinflusse damit in Abhängigkeit von der genetischen Prädisposition den Entzündungsstatus eines Organismus.

Mundgeruch und Lebensqualität

Prof. Dr. Marc Quirynen, Leuven, beschrieb als weltweit ausgewiesener Experte zum Thema Halitosis zunächst die Ursachen des

schlechten Atems: Zum einen können systemische Störungen, die mit einer Erhöhung bestimmter Metaboliten im Blutkreislauf einhergehen (Diabetes, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz), dafür verantwortlich sein, zum anderen Bakterien und/oder Substrat durch den Umbau von Proteinen mit nachfolgender Gasentwicklung im Zuge von Infektionen. In der Diagnostik kommt der differenzierten Geruchsprobe (wie Mund ohne Atmung, Ausatmung Mund, Ausatmung Nase, forcierte Ausatmung) eine besondere Bedeutung zu. Quirynen empfahl folgende Therapieoptionen:

1. die Entfernung von Bakterien (Plauekontrolle, Speichelstimulation, Entfernung von Retentionsstellen),
2. die Entfernung von Substrat (Zungenreinigung, parodontale Therapie, Behandlung von Ulzerationen),
3. die Elimination von flüchtigen Verbindungen.

Rauchen und parodontale Gesundheit

Dr. Martina Pötschke-Langer, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) Heidelberg, belegte anhand statistischer Daten die Rauchgewohnheiten in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen der Bundesrepublik Deutschland und zeigte auf, dass Tabakrauch ein übles Giftgemisch ist. Sie beschrieb die Tabakabhängigkeit im Gehirn

INFO

Wissenschaftspreise und -förderung

Auch die Forschungsförderung durch die DGP kam in Baden-Baden nicht zu kurz: An den wissenschaftlichen Nachwuchs wurden jeweils drei Preise für die besten Kurzvorträge und Posterpräsentationen vergeben. Auch in Baden-Baden konnte die DGP wieder mit freundlicher Unterstützung ihres langjährigen Partners, der Firma GABA, unter insgesamt 29 Einreichungen die mit insgesamt 6 000 Euro dotierten DGP-meridol-Preise und die DGP/GABA-Forschungsförderungen in Höhe von insgesamt 39 000 Euro vergeben. Auf dem Gebiet der Implantattherapie hatte die DGP den mit 5 000 Euro dotierten DGP-Implantatforschungspreis (mit freundlicher Unterstützung der Firma Nobel Biocare) und den mit 50 000 Euro dotierten Periimplantitisforschungsfonds mit freundlicher Unterstützung der Firma Biomet 3i) international ausgelobt und im Journal of Clinical Periodontology ausgeschrieben. In einem hoch kompetitiven Wettbewerb wurden Preis und Fonds unter fünf beziehungsweise sieben eingereichten Projekten von international besetzten Auswahlgremien vergeben. ■

und allgemein die gesundheitlichen Folgen des Rauchens. Raucher haben ein deutlich erhöhtes Parodontitis-Risiko, das auch nach einem Rauchstopp nur langsam zurückgeht. Auch seien bei Rauchern schlechtere Resultate nach Parodontitis-Therapie zu verzeichnen. Weiterhin seien bei Rauchern eine höhere Kariesrate und Speichelveränderungen feststellbar. Ausdrücklich wies die Referentin darauf hin, dass der zahnärztliche Rat hilfreich sei, wenn Patienten an einer Raucherentwöhnung interessiert sind, und empfahl die Einbindung des Praxisteams in die Raucherberatung.

Überempfindliche Zahnhäse

Prof. Dr. Nicole Arweiler, Marburg, befasste sich mit „aktuellen Behandlungsmöglichkeiten für ein altes Problem“. Sie definierte schmerzempfindliche Zähne als Krankheit und nannte die Ursachen: falsche Putztechnik, zu starke Kraftanwendung, säurehaltige Nahrung in Kombination mit anschließendem Putzen und zu hohe Abrasionswerte von Zahnpasten. Oft kämen mehrere Faktoren zusammen. Weitere ursächliche Faktoren könnten Tätigkeiten im sauren Milieu, die exzessive Nutzung von Bleichmitteln und bestimmte Allgemeinerkrankungen (Reflux, Bulimie, Alkoholismus) sein. In den Empfehlungen zur Therapie wies Arweiler auf die Bedeutung einer exakten Diagnose hin, um eine Ursachenbeseitigung einleiten

INFO

Termine 2012

- DGP-Frühjahrstagung am 10. und 11. Februar 2012 in München zum Thema: „Evidenzbasierte Parodontologie – ein synoptisches Behandlungskonzept für die Praxis“
- Der 7. Kongress der Europäischen Föderation für Parodontologie (EFP), EUROPERIO 7, vom 7. bis zum 9. Juni 2012, Reed Messe, Wien, Österreich: Die DGP betrachtet EUROPERIO 7 als ihre Jahrestagung 2012 und wird dort ihre Mitgliederversammlung abhalten.

zu können, zum Beispiel über ein Ernährungs- und Putzprotokoll. Einen zusätzlichen therapeutischen Ansatz stellten Hilfen zur Neutralisierung dar (Milch und Käse, Kaugummi).

Deckung freiliegender Zahnhäse

Dr. Otto Zuhr, München, nannte eine gesunde, keratinisierte, ausreichend dicke und ästhetisch aussehende Gingiva als Behandlungsziel. Entsprechende Messgrößen stellen somit neben der Rezessionsbreite und -tiefe die Sondierungstiefe, die Breite der keratinisierten Gingiva, die ästhetische Bewertung und die Patientenzufriedenheit dar. Zahlreiche Faktoren seien in den prognostischen Überlegungen zur chirurgischen Therapie von Rezessionen zu berücksichtigen: Neben der Miller-Klassifikation seien die Dicke des Transplantats und des Lappens, die Spannung des Lappens, traumatische Einflüsse, das Infektionsrisiko und verschiedene Patientenfaktoren zu nennen.

Lifestyle und Lebensqualität

Parodontale und Implantattherapie im Spannungsfeld zwischen Lifestyle und Lebensqualität: Baden-Baden hat eine neue Dimension parodontaler Erkrankungen und deren Therapie aufgezeigt. Parodontitis ist eben keine „stille Erkrankung“. Ihre Präsenz macht den Betroffenen zumindest unterbewusst zu schaffen. Nur wir als parodontologisch tätige Zahnärzte können hier in den Grenzen medizinisch-ethischer Standards ein Behandlungsangebot machen: Heute kann man Parodontitis therapieren und damit gegebenenfalls auch Halitosis beseitigen oder die glykämische Kontrolle eines Diabetes mellitus positiv beeinflussen.

*Dr. Rita Arndt
Dr. Beate Schacher*

*Poliklinik für Parodontologie
Zentrum der Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde (Carolinum)
Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main
eickholz@med.uni-frankfurt.de*



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 83	Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 80
Akupunktur	ZÄK Nordrhein	S. 79	Implantologie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 81
Allgemeinmedizin	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80		ZÄK Nordrhein	S. 79
Anästhesie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 81		LZK Rheinland-Pfalz	S. 80
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 80		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84
Ästhetik	KZV Baden-Württemberg	S. 82	Kieferorthopädie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 81
Bildgebende Verfahren	ZÄK Hamburg	S. 80		ZÄK Niedersachsen	S. 82
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 79	Kinder- und Jugend-ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 79
	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 81	Kommunikation	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80
	ZÄK Niedersachsen	S. 82	Konservierende ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 79
	KZV Baden-Württemberg	S. 83		ZÄK Niedersachsen	S. 82
Endodontie	ZÄK Hamburg	S. 81	Notfallmedizin	LZK Rheinland-Pfalz	S. 80
Funktionslehre	ZÄK Nordrhein	S. 79		KZV Baden-Württemberg	S. 83
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 83
	ZÄK Hamburg	S. 81	Parodontologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 80
	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 82		ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 81
	KZV Baden-Württemberg	S. 82		KZV Baden-Württemberg	S. 82
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84
Homöopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80	Praxismanagement	ZÄK Hamburg	S. 81
				ZÄK Niedersachsen	S. 82
				KZV Baden-Württemberg	S. 83
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 83
			Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 83
			Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 79
				ZÄK Hamburg	S. 80
			Recht	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 81
				ZÄK Niedersachsen	S. 82
			Vertragswesen	ZÄK Nordrhein	S. 79
			ZFA	ZÄK Nordrhein	S. 79
				KZV Baden-Württemberg	S. 82
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 84

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 79

Kongresse Seite 84

Hochschulen Seite 88

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 88

Freie Anbieter Seite 90

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Hüapl-Institut

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Moderne Präparations-
techniken Update

Referentin: Dr. Gabriele Diedrichs –
Düsseldorf

Termin: 15.02.2012:
15.00 – 20.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 12037

Kursgebühr: ZA 240 EUR

Fachgebiet: Vertragswesen

Thema: Abrechnung chirurgischer
Leistungen unter besonderer
Berücksichtigung der GOÄ-Posi-
tionen (Seminar für ZA und ZFA)

Referenten: Dr. Hans-Joachim
Lintgen – Remscheid,
Dr. Wolfgang Schnickmann –
Neunkirchen-Seelscheid

Termin: 15.02.2012:
14.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: 12301

Kursgebühr: ZA 30 EUR

Fachgebiet: Vertragswesen

Thema: Die leistungsgerechte
Abrechnung kieferorthopädischer
Leistungen nach BEMA und GOZ –
unter besonderer Berücksichtigung
der Laborleistungen und der Ab-
grenzung zu außervertraglichen
Leistungen (Seminar für Kiefer-
orthopäden, ZA und ZFA)

Referenten:

Dr. Andreas Schumann – Essen,
Dr. Peter Kind – Remscheid

Termin: 22.02.2012:
14.00 – 19.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 5

Kurs-Nr.: 12302

Kursgebühr: ZA 30 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre

Thema: Funktionsanalyse und
-therapie für die tägliche Praxis.
Grundlagen der Funktionslehre
und instrumentelle Funktions-
analyse

Teil 1 einer 3-teiligen Kursreihe

Referent: Dr. Uwe Harth –
Bad Salzuflen

Termin:

24.02.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
25.02.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 12009

Kursgebühr: ZA 450 EUR

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Modul 3-4

des Curriculums Implantologie.
Präimplantologische Diagnostik

Referenten: Prof. Dr. Jürgen Becker
– Düsseldorf, Prof. Dr. Frank
Schwarz – Düsseldorf

Termin:

28.02.2012: 13.00 – 18.00 Uhr,
29.02.2012: 08.30 – 17.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 12081

Kursgebühr: ZA 480 EUR

Fachgebiet: Akupunktur

Thema: Akupressur und
Akupunktur zur Erleichterung
der Zahnbehandlung

Referentin: Dr. Gisela Zehner –
Herne

Termin: 29.02.2012:
14.00 – 19.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 12012

Kursgebühr: ZA 150 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Übungen zur Prophylaxe
(Seminar mit Demonstrationen
und praktischen Übungen für ZFA
mit geringen Vorkenntnissen)

Referentin: ZMF Gisela Elter –
Verden

Termin: 22.02.2012:
14.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 12208

Kursgebühr: (ZFA) 85 EUR

Thema: Praxisorganisation war
gestern – Praxismanagement ist
heute

Referentin: Angelika Doppel –
Herne

Termin: 22.02.2012:
14.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 12223

Kursgebühr: (ZA) 120 EUR,
(ZFA) 60 EUR

Thema: Telefontraining –
Intensiv-Workshop

Referentin: Ursula Weber –
Neustadt a. d. W.

Termin: 25.02.2012:
09.00 – 16.30 Uhr

Kurs-Nr.: 12225

Kursgebühr: (ZA) 120 EUR,
(ZFA) 60 EUR

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Refresher 2012:
Zahnärztliche Chirurgie

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi
(Basel)

Termin: 23.02.2012:
14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 0604.0

Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK

Thema: Der schwierige Kanal.
Klinisch bewährte Techniken in
der Endodontie für die tägliche
Praxis

Referent: Dr. Christoph Huhn
(Dessau)

Termin:

24.02.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
25.02.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 15

Kurs-Nr.: 4046.2

Kursgebühr: 375 EUR

Fachgebiet: Kinder- & Jugend-ZHK

Thema: Curriculum Kinder- und
JugendzahnMedizin

Referent: Prof. Dr. Christian H.
Splieth (Greifswald)

Erster Termin:

09.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
10.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

(10 Veranstaltungstage)

Ort: Berlin

Fortbildungspunkte: 77 + 15

Kurs-Nr.: 4020.6

Kursgebühr: 2 775 EUR

(Frühbucherrabatt bis 03.02.2012)

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis
Referent: Dr. Uwe Harth (Bad Salzflun)
Erster Termin: 09.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 10.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr (6 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 45
Kurs-Nr.: 1001.8
Kursgebühr: 1 550 EUR (Frühbucherrabatt bis 03.02.2012)

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Update Team 2012: Work-Life-Balance. Erfolg in der Praxis und persönliche Lebensqualität
Referent: Dr. Marco Freiherr von Münchhausen (München)
Termin: 10.03.2012: 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4015.0
Kursgebühr: 55 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin/ Diagnostik
Thema: Basiskurs CMD – Theorie und Diagnostik der Craniomandibulären Dysfunktion
Referentinnen: Dr. Andrea Diehl (Berlin), Dr. Annette Wiemann (Berlin)
Termin: 16.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 17.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 6045.3
Kursgebühr: 255 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin/ Diagnostik
Thema: Therapie der CMD – Schienentherapie und adjuvante Therapien
Referentinnen: Dr. Andrea Diehl (Berlin), Dr. Annette Wiemann (Berlin)
Termin: 23.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 24.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 6067.0
Kursgebühr: 385 EUR

Fachgebiet: Homöopathie
Thema: Strukturierte Fortbildung: Homöopathie für Zahnärzte
Referent: Prof. Dr. Heinz-Werner Feldhaus (Hörstel)
Erster Termin: 23.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 24.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr (8 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 60 + 15
Kurs-Nr.: 6055.1
Kursgebühr: 1 750 EUR (Frühbucherrabatt bis 17.02.2012)

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Der PARO-PATIENT – State of the Art – Modul: Theorie
Referent: Dr. Ralf Rössler
Termin: 03.02.2012: 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 128215
Kursgebühr: 230 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Der PARO-PATIENT – State of the Art – Modul: Hands-on
Referentin: Tracey Lennemann
Termin: 04.02.2012: 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 128216
Kursgebühr: 630 EUR (beinhaltet die Gebühr für die Module Theorie und Abrechnung)

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Der PARO-PATIENT – State of the Art – Modul: Abrechnung
Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 05.02.2012: 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 128217
Kursgebühr: 230 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Einführungsseminar für Praxisinhaber/innen
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 08.02.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 128121
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Oralchirurgisches Compendium: Curriculum Notfallmedizin und Sedierung – Teil 1
Referenten: Dr. Thomas Schneider, Dr. Martin Emmel, Horst Geis
Termin: Teil 1: 10.02.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 11.02.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 Teil 2: 31.08.2012: 14.00 – 19.00 Uhr, 01.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: je 20
Kurs-Nr.: 128111, 128112
Kursgebühr: 850 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop
Referentin: Sabine Christmann
Termin: 22.02.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 118273
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Dentale Implantate: Die präventivhygienische Betreuung des Implantatpatienten
Referentin: Tracey Lennemann
Termin: 14.03.2012: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 118300
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop/ MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referentin: Sabine Christmann
Termin: 21.03.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128273
Kursgebühr: 160 EUR

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

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Prothetik analog oder digital? – Stärken und Schwächen der konventionellen Prothetik und Abformung im Vergleich mit optischen Verfahren und CAD/CAM-Technologien
Referent: Prof. Dr. Bernd Wöstmann – Gießen
Termin: 02.03.2012: 14.00 – 18.00 Uhr, 03.03.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 40258 proth
Gebühr: 450 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach § 18 a RöV mit Erfolgskontrolle
Referent: Prof. Dr. Uwe Rother – Hamburg
Termin: 21.03.2012: 14.30 – 19.30 Uhr
Ort: New Living Home, Julius-Vosseler-Str. 40, 22527 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 70036 rö
Gebühr: 70 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Das Unternehmen Zahnarztpraxis – Business-Workshop
Referent: Uwe Schäfer – Hamburg
Termin: 23.03.2012:
 14.30 – 19.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 20934 praxisf
Gebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endodontie – praxisgerecht
Referenten: Dr. Clemens Bargholz – Hamburg, Dr. Horst Behring – Hamburg
Termin: 28.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Behring und Partner, Wandsbeker Chaussee 44, 22089 Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 50074 kons
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Hilfe bei Zähneknirschen und Kieferspannung – Eutonie Gerda Alexander – eine körperpädagogisch-therapeutische Arbeitsweise zur Tonusreflexibilität
Referentin: Karin Coch – Hamburg
Termin: 31.03.2012:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 40248 inter
Gebühr: 170 EUR

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

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Okklusionsbefunde und Funktionsstörungen in der Kieferorthopädie – Update: Prävention, Diagnose und Therapiemöglichkeiten von funktionsgestörten Patienten mit Gebissanomalien. Das kieferorthopädische Risikokind aus funktioneller Sicht
Referenten: Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon, Dr. Andreas Köneke
Termin: 02.03.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“, Stempelstr. 13, 18057 Rostock
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 10
Gebühr: 305 EUR

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Schmerzerfahrungen und Schmerzausschaltung in der täglichen Zahnarztpraxis. Von der Lokalanästhesie bis zur Narkose
Referenten: Dr. Stefan Pietschmann, Dr. phil. Thomas Reininger
Termin: 09.03.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 11
Gebühr: 180 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Repetitorium: Dentogene Infektionen der Mundhöhle und des Gesichts
Referenten: Dr. Dr. Jan-Hendrik Lenz, Dr. Dr. Mark Kirchhoff
Termin: 10.03.2012:
 09.00 – 13.00 Uhr
Ort: Klinik und Polikliniken für ZMK „Hans Moral“, Stempelstr. 13, 18057 Rostock
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 12
Gebühr: 130 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis
Referent: RA Peter Ihle
Termin: 14.03.2012:
 14.30 – 17.30 Uhr
Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 14
Gebühr: 100 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Zeitgemäßes Hygienemanagement in Zahnarztpraxen
Referenten: Dipl.-Stom. Holger Donath, Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski
Termin: 14.03.2012:
 15.00 – 20.00 Uhr
Ort: Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 15
Gebühr: 135 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Aktuelle Aspekte zur Diagnostik und Therapie von Mundschleimhautläsionen, Präkanzerosen und Tumoren im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
Referenten: Prof. Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann, Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Dr. Dr. Wolfram Kaduk
Termin: 18.04.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Radisson Blue Resort, Schloss Fleesensee, 17213 Göhren-Lebbin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 19
Gebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Grundlagen der Parodontalchirurgie. Resektive und regenerative Chirurgie mit praktischen Übungen
Referenten: Dr. Moritz Kobschull, Dr. Stefan Fickl
Termin:
 20.04.2012: 14.00 – 18.30 Uhr,
 21.04.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZÄK M-V, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 20
Gebühr: 540 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Die prothetische Therapie des Abrasionsgebisses
Referent: Dr. Torsten Mundt
Termin: 21.04.2012:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Intercity Hotel, Grunthalplatz 5-7, 19053 Schwerin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 21
Gebühr: 170 EUR

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Ästhetische Perfektion mit Keramikrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich
Referenten: Dr. Gernot Mörig, Dr. Uwe Blunck
Termin:
 02.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 03.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: Z 1215
Kursgebühr: 1 060 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Digitale Fotografie in der Kieferorthopädie
Referent: Klaus-Dieter Fröhlich
Termin: 14.03.2012:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1217
Kursgebühr: 125 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Reich im Alter oder reich'ts im Alter?
Referent: Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski
Termin: 14.03.2012:
 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: Z 1218
Kursgebühr: 60 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Kariesinfiltration – muss man wirklich nicht mehr unbedingt bohren?
Referent: PD Dr. Hendrik Meyer-Lückel, MPH
Termin: 16.03.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z 1219
Kursgebühr: 300 EUR

Fachgebiet: Recht
Thema: 100 praktische Rechtsfragen in der Zahnarztpraxis – A(rbeitsrecht) bis Z(ulassung): erkennen, vorbeugen, handeln!
Referent: Dr. Ralf Großbölting
Termin: 21.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1221
Kursgebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Minimal-invasive Zahntentfernung
Referent: Gunnar Rolf Philipp
Termin: 23.03.2012:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z 1223
Kursgebühr: 275 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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

Fachgebiet: ZFA
Thema: Professionelle Umgangsformen – Zielgerichtete Gesprächsführ. – 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 Auszubildende in der Zahnarztpraxis
Referentin: Gundi Brockmann – Weiden
Termin: 11.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/401

Fachgebiet: ZFA
Thema: Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RÖV
Referent: Prof. Dr. Dr. Jürgen Düker – Freiburg
Termin: 13.02. – 15.02.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 390 EUR
Kurs-Nr.: 12/402

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

Fachgebiet: ZFA
Thema: Perfekt in der Behandlungsassistenten
Referentin: Marina Nörr-Müller-München
Termin: 02.03.2012
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 225 EUR
Kurs-Nr.: 12/403

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

Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Diagnostik und befundbezogene Therapie von Parodontalerkrankungen
Referent: Prof. Dr. Thomas F. Flemmig – Seattle/USA
Termin: 23./24.02.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 13
Kurs-Nr.: 4870
Gebühr: 460 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Invasive, noninvasive und rekonstruktive Techniken der Parodontitis-therapie mit praktischen Übungen
Referent: Prof. Dr. Thomas F. Flemmig – Seattle/USA
Termin: 24./25.02.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 4871
Gebühr: 550 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Der akute Notfall
 in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. med. Sönke Müller –
 Rammental
Termin: 29.02.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Akademie für Zahnärztliche
 Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4847
Gebühr: 145 EUR
 (in der Gebühr enthalten das Buch
 „MEMORIX spezial: Notfallmedi-
 zin“ von Dr. med. Sönke Müller)

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Alle an einem Strang –
 Praxisziele finden und erreichen
Referent: Dr. Christian Graetz – Kiel
Termin: Teil 1: 02./03.03.2012,
 Teil 2: 31.03.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche
 Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 26
Kurs-Nr.: 4857
Gebühr: 900 EUR
 (in der Gebühr mit inbegriffen ist
 die Teilnahme einer ZFA)

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Oralchirurgie für
 Zahnärztinnen
Referentin: PD Dr. Margrit-Ann
 Geibel – Ulm
Termin: 02./03.03.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche
 Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4858
Gebühr: 520 EUR

Karlsruher Konferenz 2012
Thema: Abschied vom Abdruck-
 löffel – Was bedeuten die neuen
 digitalen Techniken für Praxis
 und Labor?
Referenten: Prof. Dr. Bernd
 Wöstmann – Gießen, Prof. Dr. Dr.
 Albert Mehl – Zürich, ZTM José de
 San José Gonzáles – Weinheim,
 Prof. Dr. Helmut Stark – Bonn
Termin: 23./24.03.2012
Ort: Kongresszentrum Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 40027
Gebühr: 250 EUR

Auskunft:
 Akademie für Zahnärztliche
 Fortbildung Karlsruhe
 Sophienstr. 39a
 76133 Karlsruhe
 Tel.: 0721/9181-200
 Fax: 0721/9181-222
 E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de
www.za-karlsruhe.de

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut
„Erwin Reichenbach“

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Die neue GOZ ist da – was
 hat sich geändert? Power-Team-
 kurs Implantologie-Abrechnung
Referentin: Sylvia Wuttig –
 Heidelberg
Termin: 01.03.2012:
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Maritim
 Hotel, Riebeckplatz
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: ZH/Z-038-2012
Gebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Jeden Tag freundlich,
 kompetent und achtsam:
 Der Empfang – Visitenkarte der
 Zahnarztpraxis
Referentin: Petra Cornelia
 Erdmann – Dresden-Langebrück
Termin: 07.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162,
 Magdeburg
Kurs-Nr.: H-09-2012
Gebühr: 90 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Die neue GOZ ist da –
 was hat sich geändert?
 Power-Teamkurs
Referentin: Sylvia Wuttig –
 Heidelberg
Termin: 07.03.2012:
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Magdeburg, Ramada Hotel,
 Hansapark 2
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: ZH/Z-039-2012
Gebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Professionelle
 Zahnreinigung
Referentin: Genoveva Schmid –
 Berlin
Termin:
 09.03.2012: 15.00 – 19.00 Uhr,
 10.03.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Universi-
 tätszahnklinik, Harz 42a
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: H-10-2012
Gebühr: 240 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallseminar
 für das Praxisteam
Referenten: Dr. med. Matthias
 Lautner, PD Dr. Dr. Alexander
 Eckert, Dr. med. Jens Lindner –
 alle Halle (Saale)
Termin: 10.03.2012:
 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Klinik
 und Poliklinik für Zahn-, Mund-
 und Plastische Gesichtschirurgie,
 Ernst-Grube-Str. 40, Kröllwitz
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z/ZH 2012-001
Gebühr: ZA 100 EUR, ZH 70 EUR,
 Team (1 ZA / 1 ZH) 150 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Die neue GOZ ist da –
 was hat sich geändert?
 Power-Teamkurs
Referentin: Sylvia Wuttig –
 Heidelberg
Termin: 14.03.2012:
 09.00 – 16.30 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Multimedia-
 zentrum, Mansfelder Str. 56
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: ZH/Z-040-2012
Gebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Im Brennpunkt: Dokumen-
 tation in der zahnärztlichen Praxis
Referentin: Helen Möhrke – Berlin
Termin: 14.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162,
 Magdeburg
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: ZH/Z-011-2012
Gebühr: 160 EUR (1 ZA / 1 ZH)

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Curriculum Parodontologie Baustein 2: Beziehung der Parodontitis zu Diabetes, koronärer Herzerkrankung und zu anderen Allgemeinerkrankungen
Referenten: PD OA Dr. med. dent. Stefan Reichert, Dr. med. dent. Ute Tölpel, Dr. med. dent. J. Klapproth – alle Halle (Saale)
Termin:
 16.03.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,
 17.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Universitätspoliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde, Harz 42a
Fortbildungspunkte: insg. 120 + 15 zusätzlich
Kurs-Nr.: Z/2012-080
Gebühr: 2 500 EUR Kurspaket, 380 EUR Einzelgebühr

Fachgebiet: ZFA
Thema: Radiologie und Strahlenschutz für Zahnarzthelferinnen
Referent: PD Dr. Alexander Walter Eckert – Halle
Termin: 17.03.2012:
 09.00 – 12.15 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Hotel Ankerhof, Ankerstr. 2a
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: H-12-2012
Gebühr: 40 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Radiologie und Strahlenschutz für Zahnarzthelferinnen
Referent: PD Dr. Alexander Walter Eckert – Halle
Termin: 17.03.2012:
 13.00 – 16.15 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Hotel Ankerhof, Ankerstr. 2a
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: H-13-2012
Gebühr: 40 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Private Leistungen für Kassenpatienten – ein „Kann“ oder „Muss“?
Referentin: Helen Möhrke – Berlin
Termin: 21.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: ZH/Z-014-2012
Gebühr: 160 EUR (1 ZA / 1 ZH)

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Curriculum Implantologie Baustein 8: Abrechnungsseminar: Die korrekte Buchung von implantologischen Leistungen aus der GOZ und GOÄ – Individuelle zahnärztliche prothetisch-implantologische Versorgungsplanung
Referenten: Fr.: Sandra Abraham – Mautitz, Sa.: Dr. Thomas Barth – Leipzig
Termin:
 23.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 24.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 15 (insg. 129)
Kurs-Nr.: Z/2012-090
Gebühr: 3 000 EUR Kurspaket, Einzelkursgebühr Fr.: 205 EUR, Sa.: 230 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Optimierung der Abrechnung im BEMA
Referentin: Helen Möhrke – Berlin
Termin: 23.03.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Hotel Ankerhof, Ankerstr. 2a
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: ZH/Z-015-2012
Gebühr: 210 EUR (1 ZA / 1 ZH)

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnungstraining für Fortgeschrittene – Zahnersatz in der GKV
Referentin: Sandra Abraham – Mautitz
Termin: 24.03.2012:
 09.00 – 15.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Kurs-Nr.: H-16-2012
Gebühr: 120 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallseminar für das Praxisteam
Referenten: Dr. med. Matthias Lautner, PD Dr. Dr. Alexander Eckert, Dr. med. Jens Lindner – alle Halle (Saale)
Termin: 24.03.2012:
 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Magdeburg, im Büro- und TagungsCenter, Rogätzer Str. 8
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z/ZH 2012-003
Gebühr: ZA 100 EUR, ZH 70 EUR, Team (1 ZA / 1 ZH) 150 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: QM für Fortgeschrittene mit praktischer Umsetzung
Referentin: Andrea Kibgies
Termin: 30.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Hotel Ankerhof, Ankerstr. 2a
Kurs-Nr.: H-17-2012
Gebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Wie viel Funktionsanalyse und -therapie brauche ich in der täglichen Praxis?
Referent: Dr. med. dent. Uwe Harth – Bad Salzuflen
Termin: 31.03.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: Z/2012-004
Gebühr: 160 EUR

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

Kongresse

■ 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: 0251/8347-083
 wolowski@uni-muenster.de

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

Februartagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
Hauptthema: Mundschleimhauterkrankungen
Termin: 11.02.2012
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05 / Raum 300
Auskunft: Westf. Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner Poliklinik für Zahnärztl. Prothetik Albert-Schweitzer-Campus 1, W 30 48149 Münster
 Tel.: 0251/8347-084
 Fax: 0251/8347-182
 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, Implantatchirurgie
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: 030/76180-693
 kongress@quintessenz.de
 www.quintessenz.de/berlinerkongress

44. Winterkongress FVDZ
Veranstalter: FVDZ
Termin: 19.02. – 24.02.2012
Ort: Davos
Fortbildungspunkte: 8 (pro Tag)
Anmeldung: FVDZ
 Tel.: 0228/855755
 rs@fvdz.de
 www.fvdz.de/kongress-davos.html

■ März

16. Jahrestagung des LV Berlin-Brandenburg im 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.: 030/20459-0

Fax: 030/20459-50

bbi@mci-group.com

www.bbi2012.mci-berlin.de

Interdisziplinäres Symposium kindliche Entwicklung

Fachbereich: Kinderzahnheilkunde/
Kieferorthopädie/Psychologie/
Interdisziplinäre ZHK

Thema: Alles mit dem Mund,
alles in den Mund

Termin: 03.03.2012

Ort: Universitätsstr. 3 / Augustusplatz,
Hörsaal 2 im Hörsaalgebäude am Campus der Universität Leipzig

Referenten: Claudia Behrend, Susanne Codoni, Dr. Gisela Friedrich, Sabine Fuhlbrück, Mathilde Furttenbach, Dr. Bianca Gelbrich, u. a.

Fortbildungspunkte: 7

Gebühr: 95 EUR

Anmeldung und Information:

www.iske-leipzig.de

41. Internationale Kieferorthopädische 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: Ärztezentrale Med.Info Helferstorferstr. 4

A-1014 Wien

Tel.: +43/1/53116-38

Fax: +43/1/53116-61

azmedinfo@media.co.at

www.oegkfo.at

Thema: Zahnheilkunde 2012 – Zahnmedizin und Technik – Wo bleibt der Mensch?

Veranstalter: LZK Rheinland-Pfalz

Termin: 09./10.03.2012

Ort: Mainz

Fortbildungspunkte: 14

Anmeldung: OEMUS MEDIA AG

Tel.: 0341/48474308

Fax: 0341/48474290

event@oemus-media.de

www.oemus.com

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.brueemmer@zahnaerzte-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

Komturstr. 18, 12099 Berlin

Tel.: 030/76180-624

Fax: 030/76180-693

kongress@quintessenz.de

www.quintessenz.de

6th WEOC and WMIA Congress

Veranstalter: Transatlantic

Orthodontic Alliance

Tagungsleitung:

Prof. Dr. Andrea Wichelhaus

Termin: 22.03. – 25.03.2012

Ort: Universität München,

Zahnklinik

Fortbildungspunkte: 24

Anmeldung:

www.transatlantic-orthodontic-

alliance.com

19. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Termin: 24.03.2012:

08.30 – 17.00 Uhr

Ort: Neumünster,

Hostenhallen 1 und 3-5, Foyer

Auskunft: KZV Schleswig-Holstein

Frau Ludwig

Tel.: 0431/3897-128

Jahrestagung des Landesverbands Norddeutschland im DGI e.V.

Thema: Wie viele Implantate braucht der Mensch? Ist alles Machbare auch nötig?

Termin: 23.06.2012

Ort: Auditorium Maximum der Christian-Albrechts-Universität Kiel, Christian-Albrechts-Platz 2, 24118 Kiel

Auskunft: Youvivo GmbH
Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
info@youvivo.de

2. Symposium DGI intensiv

Thema: Update:
Digitale Implantologie

Termin: 23.06.2012
Ort: Kongress Palais Kassel, Holger-Börner-Platz 1, 34119 Kassel
Auskunft: Youvivo GmbH
Karlstr. 60
80333 München
Tel.: 089/550520-90
Fax: 089/550520-92
info@youvivo.de

Juli

MEDcongress

39. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termin: 01.07. – 07.07.2012
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: Medica
Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V.
Postfach 700149
70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: bn@medcongress.de
www.medcongress.de

49. Kongress d. Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Termin: 06./07.07.2012
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MedCongress GmbH
Postfach 700149
70571 Stuttgart
Tel.: 0711/720712-0
Fax: 0711/720712-29
e-mail: gs@medcongress.de
www.medcongress.de

August

FDI Annual World Congress



Termin: 29.08. – 01.09.2012

Ort: Hong Kong
Auskunft:
FDI World Dental Federation
13, chemin du Levant,
L'Avant Centre,
021210 Ferny-Voltaire, France
Tel.: +33/450/405050
Fax: +33/450/405055
e-mail: info@fdiworldental.org

Hochschulen

Universität Bonn

Fachgebiet: Anästhesie

Thema: Lachgassedierung –
Theoretische Grundlagen und
Anleitungen zur Anwendung
in der Praxis

Termin:
16.03.2012: 09.00 – 16.45 Uhr,
17.03.2012: 09.00 – 13.00 Uhr
Referenten: AOR Dr. Barbara Mohr,
Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wahl,
PD Dr. Pascal Knüfermann,
Dipl.-Ing. Wolfgang Wegscheider
Ort: Zentrum für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde der Univer-
sität Bonn, Welschnonnenstr. 17,
53111 Bonn
Fortbildungspunkte: 12
Teilnahmegebühr: 890 EUR.

Auskunft:
Poliklinik für Chirurgische Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Sekretariat: Ute Schlütter-Thaller
Welschnonnenstr. 17
53111 Bonn
Tel.: 0228/287-22327
Fax: 0228/287-22653
Ute.Schluetter-Thaller@ukb.uni-
bonn.de
www.lachgassedierung.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

DZOI

**Deutsches Zentrum
für orale Implantologie e.V.**

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Zweigleisiges System
der CAD/CAM-Technologie“
(1-Tagesworkshop)
Leitung: ZTM Lothar und Bastian
Glass, DZOI-Ausschussvorsitzende
CAD/CAM
Termin: 08.02. oder 15.02.2012:
jeweils 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Firma NWD, Motorstr. 45,
70499 Stuttgart
Kursgebühr:
DZOI-Mitglieder: 240 EUR,
Nicht-Mitglieder: 290 EUR

Auskunft: DZOI-Geschäftstelle
Rebhuhnweg 2
84036 Landshut
Tel.: 0871/6600934
Fax: 0871/9664478
office@dzoide
www.dzoide

DGOI

**Deutsche Gesellschaft
für Orale Implantologie e.V.**

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Minimalinvasive
Implantologie
Termin: 30./31.03., 20./21.04.
und 01./02.06.2012
Ort: Baden-Baden
Fortbildungspunkte: 50
Kursgebühr:
DGOI-Mitglieder: 1900 EUR,
Nicht-Mitglieder: 2500 EUR

Auskunft und Anmeldung:
DGOI
Frau Semmler
Bruchsaler Str. 8
76703 Kraichtal
Tel.: 07251/618996-15
Fax: 07251/618996-26

DGCZ

**Deutsche Gesellschaft für
computergestützte Zahnheilkunde**

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: CEREC-Fortbildung:
Krone und Veneer Kurs
Referent: Dr. Otmar Rauscher
Termin: 23./24.03.2012
Ort: München
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW490112
Kursgebühr: 1249,50 EUR,
Mitglieder DGCZ: 1249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Krone/ Veneer m. Malübungen
Referenten: Dr. W. Schweppe, Dr.
O. Schenk
Termin: 24.03.2012
Ort: Fröndenberg
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: AW130112
Kursgebühr: 624,75 EUR,
Mitglieder DGCZ: 565,25 EUR
ZFA: 624,75 EUR

Anmeldung: DGCZ e.V.
Karl-Marx-Str. 124
12043 Berlin
Tel.: 030/767643-88
Fax: 030/767643-86
e-mail: sekretariat@dgcz.org
www.dgcz.org

DGZI

**Deutsche Gesellschaft für
Zahnärztliche Implantologie e.V.**

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Curriculum Implantologie:
Modul „Problembewältigung in
der zahnärztlichen Implantologie“
Referenten: Prof. Dr. Thomas Wei-
scher, Prof. Dr. Michael Augthun
Termin: 09./10.02.2012
Ort: Essen

Anmeldung: DGZI
Feldstr. 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 0211/16970-77
Fax: 0211/16970-66
sekretariat@dgzi-info.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: Konservierende ZHK
Thema: Konservierende Leistungen
Veranstalter: Beratung – Training – Konzepte
Referentin: Christine Baumeister-Henning
Termin: 02.03.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haltern am See
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 2012-02
Kursgebühr: 125 EUR
Auskunft: Beratung – Training – Konzepte
 Christine Baumeister-Henning
 Heitken 20
 45721 Haltern am See
 Fax: 02364/606830

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Stress lass nach – Schwierige Situationen meistern, Arbeit clever planen, Behandlung optimieren
Veranstalter: Güstrower Fortbildungsgesellschaft für Zahnärzte
Referent: Manfred Just – Forchheim
Termin: 10.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Kurhaus am Insee, 18273 Güstrow, Heidberg 1
Kursgebühr: 390 EUR
Auskunft: MUDr. Per Fischer
 Pfahlweg 1
 18273 Güstrow
 Tel.: 03843/843495
 Fax: 03843/843496
 info@gfza.de
 www.gfza.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantologische Leistungen
Veranstalter: Beratung – Training – Konzepte
Referentin: Christine Baumeister-Henning
Termin: 14.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Haltern am See
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 2012-03
Kursgebühr: 135 EUR
Auskunft: Beratung – Training – Konzepte
 Christine Baumeister-Henning
 Heitken 20
 45721 Haltern am See
 Fax: 02364/606830

Fachgebiet: ZFA
Thema: Der Implantat-Patient – Mukositis & Periimplantitis kommen bestimmt – Entzündungsprävention im Rahmen der Prophylaxesitzung
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referentin: Meral Schnatterer
Termin: 16.03.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Westerburg
Kurs-Nr.: 1550
Kursgebühr: 250 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 GmbH Co. KG
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Restaurative ZHK
Thema: Minimalinvasive, funktionelle und ästhetische Restauration von Front- und Seitenzähnen – Intensivtraining zur Planung, Präparation und temporären Versorgung
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referenten: ZTM Paul Gerd Lenze, Dr. Diether Reusch, ZA Jan Strüder
Termin: 16.03.2012: 09.00 – 19.00 Uhr, 17.03.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Westerburg
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 1566
Kursgebühr: 980 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 GmbH Co. KG
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema: SKY fast & fixed / Feste Zähne – sofort! (mit Hands-on, nur für Zahnärzte)
Veranstalter: bredent group
Referent: Dr. med. dent. Andreas Groetz M.Sc.
Termin: 16.03.2012: 08.30 – 16.00 Uhr
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 950 M002 2
Kursgebühr: 495 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55
 Alina.Fischer@bredent.com
 www.bredent.de

Fachgebiet: Allgemeinmedizin/
 Allgemeine ZHK
Thema: 4. KielerKinderKonferenz – Konferenz für Funktion und Kindesentwicklung
 Schwerpunkt: Die HWS als Schnittstelle zwischen Zahn und Medizin, Kiefer und Orthopädie
Veranstalter: Upledger Institut Deutschland
Referenten: Prof. Dr. S. Kopp, Dr. G. Plato, C. Müller, J. Bock, M. Ermert, Dr. W. Bein-Wierzbinski, Dr. A. Heyer, Dr. M. Noodt, u. a.
Termin: 16./17.03.2012
Ort: Kiel, Hotel Kieler Haufmann
Fortbildungspunkte: 14
Kursgebühr: 695 EUR, Assistenten/nichtärztl. Heilberufler 495 EUR, Studenten 150 EUR
Anmeldung: Upledger Institut Deutschland
 Schwartauer Landstr. 114-118
 23554 Lübeck
 Tel.: 0451/479950
 Fax: 0451/4799515
 institut@upledger.de
 www.cmd-therapie.de

Fachgebiet: Halitosis
Thema: Halitosis – Wenn Sie den Partner nicht mehr riechen können
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referentin: Meral Schnatterer
Termin: 17.03.2012: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Westerburg
Kurs-Nr.: 1551
Kursgebühr: 250 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 GmbH Co. KG
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn
Termin: 17.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Bremen
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 295 EUR
Auskunft: Praxis Dr. Dr. Bültemann-Hagedorn und Dr. Thieme
 Faulenstr. 54
 28195 Bremen
 Tel.: 0421/382212
 Fax: 0421/39099532
 Praxis@MKG-HB.de

Fachgebiet: Schlafmedizin
Thema: Intraorale Protrusions-schienen (IPS) bei Schlafapnoe und Schnarchen (Workshop)
Veranstalter: Idsteiner Zentrum Zahnärztliche Schlafmedizin (IZS)
Referent: Dr. J. Langenhan
Termin: 17.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Fresenius Hochschule, 65510 Idstein
Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 400 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Tel.: 0172/7242172 oder
 Tel.: 06126/989667
 info@zahnaerztliche-schlafmedizin.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Erwerb der Fach- und Sachkunde für die digitale Volumetomografie (Neuanwender)
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dr. med. dent. Andreas Fuhrmann
Termin: 17.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr, 16.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 21
Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_3_EFS.02
Kursgebühr: 1 100 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: MVZ-Geschäftsführer (IHK)

Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Referent: Referententeam
Termin: 19.03.–24.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Köln
Kurs-Nr.: 1551
Kursgebühr: 3 050 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:
Claudia König
Tel.: 0221/139836-63
Fax: 0221/139836-65
koenig@frielingsdorf.de

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Professionelle Betreuung von Implantatpatienten
Veranstalter:

Dental-Depot R. Spörner
Referentin: DH Regina Regensburg
Termin: 21.03.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: 95679 Waldershof
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 130 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft:
Dental-Depot R. Spörner e.K.
Ludwig-Hüttner-Str. 19
95679 Waldershof
Tel.: 09231/71479
Fax: 09231/972128

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantatprophylaxe
Veranstalter: bredent group
Referentin: Simone Schwenke

Termin: 21.03.2012: 15.30 – 18.30 Uhr
Ort: Burgdorf
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 950 M008 7
Kursgebühr: 49 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
Tel.: 07309/872616, Fax: -55
Alina.Fischer@bredent.com
www.bredent.de

Fachgebiet: Zahnmedizin
Thema: Lava Innovationen & Tipps aus der Praxis

Veranstalter: CORONA Lava™ Fräszentrum
Referent: ZT Johannes Semrau
Termin: 21.03.2012: 15.00 Uhr
Ort: Starnberg
Auskunft: Frau Fritzsche
CORONA Lava™ Fräszentrum
Münchener Str. 33
82319 Starnberg
Tel.: 08151/555388

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: DVT Anwendertreffen
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dr. med. dent. Andreas Fuhrmann

Termin: 21.03.2012: 14.30 – 17.30 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12.1_DVT.1_2_AnT.01
Kursgebühr: 35 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Fax: 040/81951237
www.edulogicum.de

Fachgebiet: Anästhesie
Thema: Minimalinvasive Lokalanästhesie – Alternative „intra-ligamentäre Anästhesie“
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 Fritzeimer

Referent: Dr. Lothar Taubenheim
Termin: 21.03.2012: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 75 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 60 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: Kieferorthopädie
Thema: SUS² – moderne compliance – unabhängige Kieferorthopädie
Veranstalter: Dentaurum
Referent: Dr. Aladin Sabbagh
Termin: 23.03.2012
Ort: Raum Nürnberg
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:

Dentaurum GmbH & Co. KG
Jenny Koch
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803407
Fax: 07231/803409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Metallverbindungen in der KFO

Veranstalter: Dentaurum
Referent: ZT Thomas Braun
Termin: 23.03.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Dentaurum GmbH & Co. KG
Jenny Koch
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803407
Fax: 07231/803409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: model-tray® – das System zwischen Abdruck und Zirkon

Veranstalter: model-tray® GmbH
Referentin: ZTM Birgit Haker-Hamid
Termin: 23.03.2012: 10.00 – 15.00 Uhr
Ort: model-tray GmbH, Julius-Vosseler-Str. 42, 22527 Hamburg
Kursgebühr: 120 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Tel.: 040/381415 oder 0800/3381415
Fax: 040/387502
mts@model-tray.de
www.model-tray.de

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Profikurs Abrechnung GOZ und GOÄ auf Basis der neuen GOZ
Veranstalter: Feldmann Consulting® Fortbildungsakademie
Referentin: Dina Lechler, (ehem. Volz), Abrechnungsservice für Zahnärzte
Termin: 23.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Feldmann Consulting® Fortbildungsakademie, Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12015
Kursgebühr: 350 EUR, 245 EUR für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 175 EUR für Teilnehmer über 50 aus B.-W.
Anmeldung:
Nicole Feldmann, Anna Münch
Tel.: 07243/7254-0
Fax: 07243/7254-20
info@feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnung in der KFO für Einsteiger

Veranstalter: Dentaurum
Referentin: Petra Schmidt-Saumweber
Termin: 23.03.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Dentaurum GmbH & Co. KG
Jenny Koch
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803407
Fax: 07231/803409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

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

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 Fritzeimer
Referent: Dr. Michael Cramer
Termin: 23.03.2012: 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9, 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 170 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 150 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: Kieferorthopädie
Thema: CMD Professional I (früher MSA I – Manuelle Strukturanalyse)

Veranstalter: VIZ – Veranstaltungsmanagement im Zentrum
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann
Termin: 23./24.03.2012
Ort: Kassel
Fortbildungspunkte: 18
Kursgebühr: 690 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: VIZ – Veranstaltungsmanagement im Zentrum
Brigitte Wegener
Caroline-von-Humboldt-Weg 28
10117 Berlin
Tel.: 030/27890930
bw@viz.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Aufbaukurs:
 Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum
Referentin: ZT Monika Brinkmann
Termin: 23./24.03.2012
Ort: Freiberg (bei Dresden)
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG, Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-407, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Prothetik
Thema: SKY fast & fixed – spezial.
 (mit Hands-on, nur für Zahnärzte)
Veranstalter: bredent group
Referent: Dr. Stephan Ryssel M.Sc.
Termin: 23./24.03.2012:
 08.30 – 16.00 Uhr
Ort: Crailsheim
Fortbildungspunkte: 22
Kurs-Nr.: 950 M002 2
Kursgebühr: 1 750 EUR zzgl.
 MwSt. pro Team
Auskunft: bredent medical GmbH
 & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55
 Alina.Fischer@bredent.com
 www.bredent.de

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Herstellung eines gnathologischen Set-up
Veranstalter: Dentaurum
Referent: ZT Stephan Jopp
Termin: 24.03.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG, Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-407, Fax: -409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Marketing
Thema: Facebook – Ihre erfolgreiche Praxis-Fanpage
Veranstalter: DOCRELATIONS® – PR und Marketing für Mediziner
Referenten: Oliver Löw, Dipl.-Infv, Carina Richters, RA
Termin: 24.03.2012:
 10.00 – 17.30 Uhr
Ort: NH Hotel Köln City, Holzmarkt 47. 50676 Köln
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 390 EUR zzgl. MwSt. für ZÄ, 290 EUR für Assistenten, 190 EUR für ZFA
Anmeldung: DOCRELATIONS® – PR und Marketing für Mediziner
 Tel.: 021591/92821-82
 www.docrelations.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO Creativ – der etwas andere Kurs
Veranstalter: Dentaurum
Referentin: ZT Claudia Stößer
Termin: 24.03.2012
Ort: Münster
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG, Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803407
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnung in der KFO für Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum
Referentin: Petra Schmidt-Saumweber
Termin: 24.03.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG, Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803407
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement
Veranstalter: Dentaurum Implants
Referent: Dr. Daniel Schulz
Termin: 24.03.2012
Ort: Henstedt-Ulzburg
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 295 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum Implants GmbH, Irene Kunzmann
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-480
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Sinusbodenelevation und Augmentative Techniken mit Live-OPs
Veranstalter: Dentaurum Implants
Referent: Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf
Termin: 24.03.2012
Ort: Universität Leipzig
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 275 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum Implants GmbH, Irene Kunzmann
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-480
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale Volumetomografie
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Dr. med. dent. Andreas Fuhrmann
Termin: 24.03.2012:
 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: UZM-Curriculum
Veranstalter: Netz-Werk-Medizin Gesellschaft mbH
Referenten: Dr. Frank Bartram, Dr. Uwe Drews, Dr. rer. nat. et med. habil. Stephan Sudowe
Termin: 24./25.03.2012
Ort: Heilbronn
Anmeldung: Netz-Werk-Medizin Gesellschaft mbH
 Schulstr. 26
 44623 Herne
 Tel.: 02323/147531-616
 Fax: 02323/147531-633
 www.netz-werk-medizin.de

Fachgebiet: ZFA
Thema: Implantologie-Workshop für Helferinnen
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 Fritzscheier
Referentin: Marion Fabiszewski
Termin: 28.03.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt., aus Überweiserpraxen 80 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: Praxismanagement
Thema: Einsteigerkurs Abrechnung GOZ, GÖÄ, Festzuschüsse und BEMA auf Basis der neuen GOZ
Veranstalter: Feldmann Consulting@ Fortbildungsakademie
Referentin: Dina Lechler, (ehem. Volz), Abrechnungsservice für Zahnärzte
Termin: 28.03.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Offisto Business Center, Steiermärker Str. 3-5,
 70469 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12019
Kursgebühr: 350 EUR, 245 EUR für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 175 EUR für Teilnehmer über 50 aus B.-W.
Anmeldung:
 Nicole Feldmann, Anna Münch
 Tel.: 07243/7254-0
 Fax: 07243/7254-20
 info@feldmannconsulting.de

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: FDT 2: Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MFA/MSA)
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Referent: PT Gert Groot Landeweer
Termin:
 30.03.2012: 09.00 – 19.00 Uhr,
 31.03.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Westerburg
Fortbildungspunkte: 19
Kurs-Nr.: 1555
Kursgebühr: 800 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte GmbH Co. KG
 Schloss Westerburg
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/9119030
 Fax: 02663/9119034
 info@westerburgerkontakte.de
 www.westerburgerkontakte.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO Spezialkurs „Nence, Hydrax etc.“ – Herstellung von Hilfsmitteln in Verbindung mit der festsitzenden Behandlungstechnik
Veranstalter: Dentaurum
Referent: Dr. Wolfgang Scholz
Termin: 30./31.03.2012
Ort: Freiberg (bei Dresden)
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaurum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803407
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Typodontkurs III – Spezialfälle im Rahmen der Non-Extraktionstherapie
Veranstalter: Dentaforum
Referent: Dr. Jürgen P. Bachmann
Termin: 30.03. – 01.04.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 21
Kursgebühr: 899 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803407
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnung gnathologischer und schienentherapeutischer Leistungen
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 Fritzsche
Referentin: ZMV Birgit Sayn
Termin: 31.03.2012:
 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Stresemannstr. 7-9,
 40210 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: 100 EUR zzgl. MwSt.,
 aus Überweiserpraxen 80 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: 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)
Termine:
 31.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
 30.06.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: 82467 Garmisch-Partenkirchen, 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: Ergonomie
Thema: 2-Tage-Trainingskurs in 12-Uhr-Behandlung zur Vermeidung orthopädischer Beschwerden
Veranstalter: GEPEC
Referent:
 ZA/Oralchirurg Dr. Wolf Neddermeyer (GEPEC Deutschland)
Termin: nach Vereinbarung
Ort: Anmeldepraxis
Fortbildungspunkte: 14
Kurs-Nr.: 11-34
Kursgebühr: 525 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 www.feelbased.com

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen

Nr. 7366
 Andreas Rummler

Nr. 6711
 Dr. Stephanie Benn

Nr. 3115
 Manfred Gabat

Nr. 1389
 Hanspeter Brockmüller

Kontakt:
 ZÄK Niedersachsen
 Agnes Schuh
 Postfach 810661
 30506 Hannover
 Tel.: 0511/83391-142
 Fax: 0511/83391-116

Bekanntmachungen

Die **Satzung der Versorgungsanstalt bei der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz** in der Fassung vom 1. Januar 2010 **wird wie folgt geändert:**

§ 20 wird Abs. 12 neu eingefügt:

„Die Regelungen für die Hinterbliebenenrente gelten für Lebenspartnerinnen und Lebenspartner im Sinne von § 1 des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartner) entsprechend.“

Dementsprechend ist § 21 Abs. 1 um den nachstehend unterstrichenen Teil zu ergänzen:

„1. Anspruch auf das Sterbegeld haben der Ehegatte, wenn die Ehe bis zum Tod des Teilnehmers fortbestanden hat, oder der Lebenspartner des Teilnehmers, wenn die Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Teilnehmers fortbestanden hat, andernfalls die Kinder des Teilnehmers.“

§ 20 Abs. 10 endet nach Satz 1.

Folgender Abs. 10 a) wird in § 20 eingefügt:

„10.a) Waisenrente wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gezahlt. Darüber hinaus wird sie ab dem Monat gezahlt, in dem die berechtigte Person nachweist, dass sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, jedoch höchstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres, wenn insoweit der Teilnehmer unterhaltspflichtig geblieben wäre. Für Zeiten zur Erfüllung der gesetzlichen Wehr- oder Ersatzdienstpflicht, zur Ableistung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres oder des Bundesfreiwilligendienstes wird Waisenrente nicht gezahlt; um diese Zeit verlängert sich die Zahlung der Waisenrente über das 27. Lebensjahr hinaus, wenn die übrigen Zahlungsvoraussetzungen vorliegen.“

§ 13 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„2. Nach dem Ende der Pflichtteilnahme kann ein Teilnehmer freiwilliger Teilnehmer nach § 14 werden oder einen Erstattungsanspruch nach § 16 Abs. 10 geltend machen. Stellt der Teilnehmer einen entsprechenden Antrag nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Monat des Ausscheidens aus der Pflichtteilnahme, so erwirbt er eine Anwartschaft auf das Altersruhegeld in der Weise, dass der Berechnung der Gesamtleistungszahlen nach § 22 Abs. 6 lediglich die tatsächlich geleisteten Abgaben zugrunde gelegt werden. Es besteht in diesem Fall kein weitergehender Anspruch auf Versorgungsleistungen, außer für Hinterbliebene dann, wenn die Ehe des verwitweten Ehepartners bereits in der Zeit der Teilnahme bestanden hat und wenn die Kinder vor oder während der Zeit der Teilnahme geboren sind; hierbei wird die Waisenrente im Verhältnis der Teilnehmerjahre zu der Gesamtzeit vom Eintritt in die Versorgungsanstalt bis zum Erreichen der Altersgrenze gekürzt. Dies gilt auch für Lebenspartnerinnen und -partner.“

Diese Satzungsänderungen sind am 1. Januar 2012 in Kraft getreten.

Der Präsident der Versorgungsanstalt
 bei der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz
 Dr. Gert Beger

Defensivaktien

Gefahren umschiffen

Sicherheitsbewusste Anleger meiden in diesen Zeiten gern die Börse und investieren ihr Kapital in Immobilien, Tagesgeld und Gold. Dabei gibt es auch Aktien, die ein gutes Maß an Sicherheit bieten und gleichzeitig stabile Renditen versprechen. Denn defensive Aktien halten den Auf- und Abs der Kurse besser stand als etwa die konjunkturabhängigen Werte aus der Autobranche.

Das Börsenjahr 2011 trieb Aktienfans in die Verzweiflung und hielt vorsichtige Anleger vom Kauf der Anteilsscheine ab. Erdbeben, Tsunami und Supergau in Japan ließen im März die Kurse purzeln. Im Sommer folgte der Börsencrash. Er schlug die Anleger in die Flucht. Die meisten erlitten herbe Verluste,

als der Dax im September erneut bis unter 5 000 Punkte abstürzte. Von derartigen Turbulenzen unbehelligt blieb nur, wer sich von der Börse fernhielt oder sein Glück in venezolanischen, namibischen oder ecuadorianischen Indizes suchte. Viele waren das sicher nicht. Insgesamt hinterlässt das turbulente

abgelaufene Börsenjahr wohl wenig gute Erinnerungen. Dennoch halten Experten die Anteilsscheine immer noch für eine gute Alternative zu den übrigen Produkten, die die Geldanlage bietet. Gute Anleihen dümpeln im Zinstief und hochrentierliche Papiere bergen zu viele Risiken. Gold ist schon sehr teuer und die Gefahr eines Preis einbruchs nicht gebannt.

Aktien bieten sich als interessante Alternative an: Sie bringen Kursgewinne (auch -verluste) und gute Unternehmen zahlen hohe Dividenden.

Strategie bekannt gewordene Methode findet weltweit Tausende von Anhängern.

Doch bei der Interpretation dessen, was mit Value-Aktien gemeint ist, gehen die Meinungen eben auseinander. Viele Anleger glauben, dass ein niedriges Kurs-Gewinn-Verhältnis oder ein niedriges Kurs-Buchwert-Verhältnis ausreicht, um den Börsenerfolg zu garantieren. Doch auf diesem Weg hätte der Investor niemals mit Berkshire Hathaway eine so erfolgreiche Aktiengesellschaft aufbauen

gelingt, die nötigen Mittel für die Substanzerhaltung und Investitionen selbst zu erwirtschaften. Christof Omlin, bei Flossbach & von Storch als Direktor für die institutionellen Anleger zuständig, nennt noch einen wichtigen Grund für die Konzentration auf den Cashflow: „Er lässt sich buchhalterisch am wenigsten manipulieren.“

Ein anderes Kriterium für die Wahl einer Aktie ist der Schuldenstand des Unternehmens.

So wirbt auch das Kölner Finanzhaus

Flossbach & von Storch für das Wertpapier: „Allein die Dividendenrenditen liegen zwischen zwei bis drei Prozentpunkte über den Zinsen lang laufender Staatspapiere guter Bonität und rechtfertigen schon ein Aktienengagement, sofern die Dividende als stabil erachtet werden kann.“

Außerdem schützen Aktien auch vor der Geldentwertung, denn dahinter steht ein Unternehmen, das Dinge produziert, Arbeitsplätze schafft und sichert. In Aktien investiertes Geld sollte langfristig angelegt bleiben. Dann kann der Anleger auch Turbulenzen aussitzen. Das funktioniert am besten mit sorgfältig ausgewählten und breit gestreuten Papieren.

Nur in das investieren, was man versteht

Wie gut das gelingen kann, zeigt der Erfolg des amerikanischen Investors Warren Buffett. Der schon zur Legende gewordene Finanzguru – auch als das „Orakel von Omaha“ bezeichnet – hat ein einfaches Rezept: „Wir bevorzugen Geschäfte, die wir verstehen, die langfristige gute Perspektiven haben, die geleitet werden von ehrbaren und kompetenten Menschen und die zu einem attraktiven Preis zu haben sind.“ Die als Value-

können. Seine Prinzipien erfordern mehr Einsatz als das tägliche Studium der Börsenkurse. Viel wichtiger und informativer ist die Beschäftigung mit dem Geschäftsbericht des auserwählten Unternehmens. Wem sich das Geheimnis der Bilanzen öffnet, der kann sich ein Urteil über die Firma erlauben. Einen Bogen macht Buffett um sogenannte Börsenstars, die nur kurz die Schlagzeilen füllen. Ihn interessieren Firmen, die bereits in der Vergangenheit gezeigt haben, dass sie erfolgreich arbeiten und ihre Gewinne über lange Zeit steigern konnten. Deren langfristigen Gewinnprognosen erscheinen daher auch glaubwürdig.

Gut geführte, erfolgreiche Unternehmen erweisen sich selten als Schnäppchen. Buffett achtet daher sehr auf den Preis und handelt nach dem Motto: „Kaufe nur, wenn der Preis stimmt. Auch für hervorragende Unternehmen kann man zu viel bezahlen.“ Um den richtigen Preis herauszufinden, ermitteln die Experten bei Flossbach & von Storch den Cashflow eines Unternehmens. Dabei handelt es sich um eine wirtschaftliche Messgröße, die den aus der Geschäftstätigkeit erzielten liquiden Netto-Geldzufluss während einer Periode anzeigt. Der kritische Beobachter erkennt daran die finanzielle Gesundheit der Firma und inwieweit es ihr

Denn eine hohe Verschuldung macht besonders in Krisenzeiten anfällig. Das gilt auch für Rückstände in den Pensionskassen. „Zeigt die Bilanz, dass die Pensionskasse eine Lücke aufweist, werden wir misstrauisch“, sagt Omlin. Zu den größten Sündern in diesem Punkt zählt unter den 30 im Dax geführten Firmen der Konzern ThyssenKrupp. Dort fehlen satte 6,9 Milliarden Euro. Das macht 70,6 Prozent vom Börsenwert des Unternehmens. Beim Software-Produzenten SAP hingegen gibt es nur eine relativ kleine Lücke von 76 Millionen Euro oder 0,1 Prozent vom Börsenwert. Unter den Dow-Jones Werten schneidet Aluminium-Hersteller Alcoa mit 55,8 Prozent am schlechtesten, Coca-Cola mit 0,6 Prozent am besten ab.

Aktionäre haben beschränkten Einfluss

Ein weiteres Prinzip, das die Handlungsweise von Buffett bestimmt, heißt: „Investiere nur in eine Aktie, deren Geschäft Du auch verstehst.“ Dieser Satz hat allgemeine Gültigkeit im gesamten Bereich der Geldanlage. Hinzu fügt Buffett noch den Hinweis, dass man am besten nur in Firmen investiert, die auch ein Vollidiot leiten könne. Denn das

werde eines Tages passieren. Dieses Ereignis wird der Aktionär kaum verhindern können. Vor anderen ungünstigen Entwicklungen kann er sich aber schützen. So sollte er prüfen, wie nachhaltig der Wettbewerbsvorteil eines Unternehmens tatsächlich ist. Das kann ein Patent sein oder eine fest im Markt etablierte Marke wie zum Beispiel Coca-Cola. Die koffeinhaltige Brause kennt man rund um den Erdball und bislang ist es keinem Konkurrenten gelungen, diese Vormachtstellung infrage zu stellen.

Profis wie Experten bei Berkshire Hathaway oder andere Investoren, die nach Buffetts Prinzipien handeln, ermitteln aus den gewonnenen Erkenntnissen einen Preis, den sie für das gewählte Unternehmen zahlen würden und vergleichen ihn mit dem tatsächlichen Börsenwert. Liegt der ermittelte Preis deutlich darüber, lohnt sich der Aktienkauf.

Natürlich verfügt kaum ein privater Anleger über die Möglichkeiten und die Zeit, sich derart intensiv mit einer Aktie auseinanderzusetzen, bevor er eine Kaufentscheidung trifft. Wer hauptberuflich als Zahnarzt den ganzen Tag am Stuhl steht, wird sich in seiner knappen Freizeit wohl kaum mit Bilanzen beschäftigen. Wer aber Spaß hat an der Beschäftigung mit den Anteilsscheinen und etwas Geld übrig hat, kann sich an die Börse wagen, auch wenn er nicht über ein Heer von Analysten verfügt.



Eine gut durchdachte Marktanalyse ist wie ein Kompass, um das richtige Unternehmen zu finden, von dem man Aktien kauft.



Im Vergleich zu konjunkturanfälligen Anlagen gleichen Defensivaktien einem Rettungsring im Ozean des Kapitalmarkts.

Foto: electriceye – Fotolia.com

Aktien aus krisenresistenten Branchen

Ein gewisses Maß an Sicherheit versprechen die sogenannten defensiven Aktien. Sie reagieren eher wenig auf Konjunkturerbrüche wie sie für 2012 erwartet werden, wobei die deutsche Wirtschaft immer noch verhältnismäßig gute Prognosen bekommt. Zu den Branchen, die infrage kommen, gehören vor allem Konsumgüter und Nahrungsmittel, der Gesundheitssektor, der Pharmabereich und eigentlich auch die Versorger. Die Produkte, die sie herstellen, werden auch in der Rezession nachgefragt.

Zyklische Branchen wie Maschinenbau oder Autos hängen stark von der konjunkturellen Entwicklung ab. Wie die jüngste Vergangenheit gezeigt hat, kann die Nachfrage nach Autos stoppen, wenn den Verbrauchern das Geld fehlt. Damit treffen sie auch die Stahlproduzenten. In der Krise bleiben auch die Urlauber zu Hause und Touristikunternehmen wie TUI haben das Nachsehen.

Die defensiven Papiere aber haben in den letzten Monaten stark zugelegt. Doch auch für sie gibt es keine Garantien. Galten der Energieversorger Eon und seine Konkurrenten lange Zeit als sichere Bank, machte ihnen 2011 die Energiewende einen Strich durch die Rechnung.

Auch die Pharmawerte können mal schnell an Wert verlieren, wenn zum Beispiel die Gesundheitsbehörde einem Medikament die Zulassung verweigert. In der Vergangenheit als besonders sicher haben sich Konsumgüterhersteller erwiesen. Dazu gehört der Schweizer Konzern Nestlé, dessen Aktie allerdings so mancher Analyst schon für zu teuer hält. Sie ist in beinahe jedem konservativ agierenden Aktienfonds enthalten. Omlin verteidigt das Papier, in das auch der „Flossbach & von Storch Fundamental Fonds“ investiert hat: „Für uns ist nicht interessant, wie teuer eine Aktie ist, sondern wie wertvoll das Unternehmen ist. Nestlé

INFO Adressen

Wer sich intensiver mit dem Thema befassen möchte, findet im Internet viele Informationen. Hier eine kleine Adressen-Auswahl:

- Zu Warren Buffetts Theorie: www.valueinvesting.de
- Sein Unternehmen: www.berkshirehathaway.com
- Informationen über Aktien: www.onvista.de
www.finanzen.net

halten wir immer noch für eine gute Investition.“ Ebenfalls zu den Top-Namen gehören die Weltmarken Coca-Cola, McDonalds, Pepsi oder der globale Konsumgüterproduzent Procter & Gamble, zu dessen Marken auch Pampers und Gillette gehören. Nicht nur der günstige Kauf einer Aktie bestimmt die Rendite. Wichtig ist auch die Dividende.

Gerade in diesen unruhigen Börsenzeiten ist sie ein wichtiges Kriterium für die Kaufentscheidung. Ersten Prognosen zufolge werden 18 der 30 Dax-Unternehmen demnach ihre Dividenden für 2011 erhöhen. Dazu gehören die drei Autohersteller BMW, Daimler und VW sowie BASF und der Softwarehersteller SAP.

Wer Zeit für die Beobachtung des Börsengeschehens hat, steckt sein Geld auch in risikoreichere Papiere mit guten Aussichten.

So steigern die drei Autohersteller zurzeit besonders in den USA und in China ihre Gewinne. Verbraucherschützer und Anlageexperte Niels Nauhauser rät zur Diversifikation: „Auch in risikoreichere Papiere investieren und sich nicht auf einzelne Branchen konzentrieren.“

Risikoverminderung durch Streuung

Selbst ein Währungsrisiko, wie es zum Beispiel beim Kauf amerikanischer oder Schweizer Aktien entsteht, hält er nicht für einen Hinderungsgrund: „Darin kann ja auch eine Chance stecken. Wer weiß denn schon, ob es den Euro in dieser Form in fünf Jahren noch gibt?“ Anleger, die sich ein persönliches Aktienportfolio aufbauen wollen, sollten ihr Kapital auf mindestens fünf bis

sieben Einzelwerte verteilen, um die Risiken möglichst klein zu halten. Wem es gelingt, sein Geld auf diese Art geschickt zu investieren, der kann sich die Ausgabeaufschläge und Verwaltungsgebühren, die beim Fondskauf anfallen, sparen.

Doch wer auch an der Börse teilhaben und nicht selbst initiativ werden will, kann sich die entsprechenden Fondsanteile ins Depot legen. Auf eher konjunkturunabhängige, internationale Werte setzen unter anderen der Flossbach & von Storch Aktien Global oder UniGlobal und viele mehr. In allen Finanztest-Ausgaben finden Anleger viele „Fonds im Dauertest“. Der Vergleich hilft vielleicht bei der Auswahl.

*Marlene Endruweit
Wirtschaftsjournalistin
m.endruweit@netcologne.de*

IDZ zu Investitionen 2010

Dauerbrenner Einzelpraxis

Die Übernahme einer Einzelpraxis war im Jahr 2010 die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. In den alten Bundesländern entschieden sich 48 Prozent und in den neuen Bundesländern 68 Prozent der Zahnärzte für diesen Weg in die Selbstständigkeit. Dies ist ein Ergebnis, das der neuen Broschüre des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zu entnehmen ist.

Bereits seit 1984 analysiert das IDZ gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (Düsseldorf) das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. David Klingenberg vom IDZ und Dipl.-Kffr. Andrea Schwarte von der apoBank zeichnen für den



Report 2010 verantwortlich, auf den bereits in der zm-Titelgeschichte 22/2011 auszugsweise eingegangen wurde. sg

Die Ausarbeitung kann kostenfrei beim Institut angefordert werden:

IDZ
Universitätsstr. 73
50931 Köln
Tel.: 0221/40010
idz@idz-koeln.de
Die Studie findet sich auch
als pdf im Netz:
www.idz-koeln.de.

Behandlung bei Kindern

Trickfilme beruhigen die Kleinen

Um Kindern eine Anästhesie angenehmer zu machen, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) kindgerechtes Vorgehen und eine geeignete Medikation. Eine aktuelle Studie habe gezeigt, dass moderne Medien selbst schwierige Kinder erfolgreich ablenken und ihnen die Angst vor der Operation nehmen. Laut einer Erklärung der DGAI konnten bei 80 Prozent dieser Kinder Anästhesisten die Narkose auf diese Weise ohne Maske einleiten. Damit sich die Kleinen einer OP aus Angst nicht verweigern, sich nicht aggressiv verhalten und das Team eine OP sicher durchführen kann, gelte

es, Vertrauen zu Kind und Eltern aufzubauen. Dabei könne es hilfreich sein, die Kinder etwa mit Filmen abzulenken. Für eine optimale Narkosevorbereitung empfiehlt die DGAI, alle Möglichkeiten auszuschöpfen – von der anästhetisierenden Creme bis zum kindgerechten Trickfilm. Denn so könnten den kleinen Patienten schlechte Erfahrungen im Krankenhaus erspart bleiben. Der wissenschaftliche Arbeitskreis Kinderanästhesie der DGAI hat für Eltern eigens eine Broschüre entwickelt, die über Vorbereitung, Ablauf und Sicherheit einer Anästhesie bei Kindern informiert. Interessierte können sie bei der DGAI bestellen. sf/pm

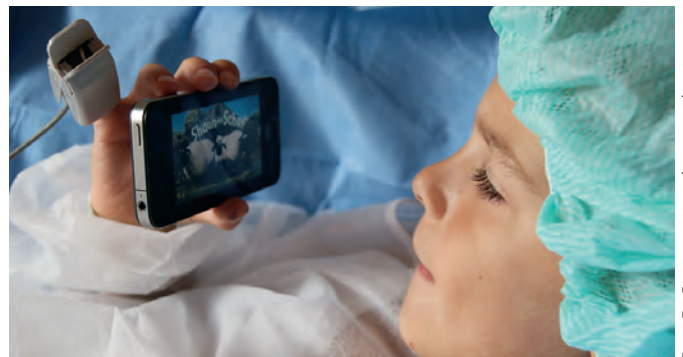


Foto: Dr. Eggers, www.narkoseteam.de

Fitness

Bewegung verlängert das Leben

Schon eine Viertelstunde Bewegung am Tag kann die Lebenserwartung um bis zu drei Jahre verlängern. Das ergab eine Studie mit mehr als 400.000 Teilnehmern. Ihr zufolge sinkt das Krankheitsrisiko immer weiter, je mehr man sich bewegt.

„Wer sich aufrafft, wird belohnt – und senkt damit sein Risiko sowohl für einen Schlaganfall, als auch für Herzkrankheiten, Krebs und Diabetes“, kommen-

tiert Prof. Hans-Christoph Diener, Direktor der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Essen, das Ergebnis. Für die Studie wurden in den Jahren 1996 bis 2008 in Taiwan mehr als 400.000 Frauen und Männer bei jährlichen Reihenuntersuchungen nach der



Foto: MEV

Dauer und der Intensität ihrer körperlichen Aktivität befragt. Die Wissenschaftler konnten zeigen, dass bereits das Mindestmaß an Bewegung von einer Viertelstunde täglich mit einer verringerten Wahrscheinlichkeit oben genannter Krankheiten einherging. eb/pm

Praxisführung**Ehrenamt als Managementfaktor**

Auf die vielfach unterschätzte Bedeutung des Ehrenamts als Managementfaktor weist die Unternehmensberaterin Ute Jürgens aus Lilienthal hin. Stehe der wirtschaftliche Nutzen im Vordergrund, fragten zuerst viele Unternehmensverantwortliche gern danach, wie sich diese Extraarbeit auszahle. Dabei sei der Lohn oftmals nicht gleich in Euro erkennbar.

„Denn“, so die Expertin, die sowohl viele Heilberufler als auch Unternehmen aus der Wirtschaft coacht, „ein Zahnarzt, der sich ehrenamtlich engagiert und dies auch kundtut, wird eventuell

von mehr Patienten frequentiert, die ihre Anerkennung ausdrücken wollen.“

Allerdings reiche es eben nicht, wenn es sich dabei nur um das Ansehen der Person oder den wirtschaftlichen Aspekt der Gewinnmaximierung einer Praxis handele, das soziale Engagement müsse im Vordergrund stehen. Jürgens: „Es ist wichtig, dass vor allem die persönliche Verantwortung für eine wohltätige und ehrenamtliche Aufgabe vorherrschend ist und in der Öffentlichkeit auch rüberkommt.“ Dennoch gelte auch der Spruch ‚Tue Gutes und rede darüber‘. sg

Selbstmedikation**Quittungen sammeln fürs Finanzamt**

Verbraucher, die sich im Jahr 2011 rezeptfreie Arzneimittel aus der Apotheke geholt haben, können ihre Quittungen für das Finanzamt sammeln, um Steuern zu sparen. Darauf macht der Deutsche Apothekerverband (DAV) aufmerksam. Wer die Kosten für privat bezahlte Medikamente in der Einkommensteuererklärung als „Außergewöhnliche Belastungen“ geltend machen will, muss jedoch eine medizinische Notwendigkeit für den Gebrauch der Präparate nachweisen. Dieser Nachweis kann durch ein sogenanntes Grünes

Rezept erfolgen, das der Arzt als Empfehlung ausgestellt und der Apotheker als Quittung bedruckt hat.

Ob und in welcher Höhe derartige Ausgaben für die Selbstmedikation anerkannt werden, prüft das Finanzamt von Fall zu Fall. Steuerermindernd wirken krankheitsbedingte Kosten aber nur dann, wenn sie eine zumutbare Belastung übersteigen.

Viele Apotheken unterstützen die Verbraucher beim nachträglichen Sammeln von Quittungen und Belegen: Wer als Patient in seiner Stammapotheke eine Kundenkarte besitzt, kann dort gegebenenfalls um eine Bescheinigung über alle Ausgaben für Medikamente im Jahr 2011 bitten, die seine Krankenkasse nicht erstattet hat und die er deshalb privat zahlen musste. sg/pm



Foto: ABDA

Marketing mit Social Media

Präsenz zeigen

„Bewerten Sie uns im Internet!“ Immer häufiger taucht dieser Appell auf den Websites deutscher Zahnärzte auf. Es folgen meist mehrere Links zu den Bewertungsportalen, auf denen Patienten ihre Meinung über die Behandlung hinterlassen können. Warum es ihnen wichtig ist, Social Media aktiv in ihr Marketingkonzept miteinzubeziehen, haben zwei Praxisinhaber den zm verraten.

„Im Umkreis von 500 Metern arbeiten über 300 Kollegen. Um da von den Patienten wahrgenommen zu werden, mussten wir uns etwas einfallen lassen“, erzählt Dr. Mathias Dotzler. Für den Zahnarzt in der Nürnberger Innenstadt und seinen Kompagnon Tobias Krupka lautete die Lösung für dieses Problem: Präsenz im Internet zeigen. Diese Haltung vertritt auch die Hamburger Zahnärztin Mareike Kriszun: „Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass man heute nicht mehr nur über Mundpropaganda nach einem neuen Arzt sucht. Viele Patienten surfen im Internet, um eine geeignete Praxis zu finden.“ Zu ihren ersten Amtshandlungen als frisch gebackene Partnerin in der Gemeinschaftspraxis Korden und Hoyer gehörte deshalb die Überarbeitung der in die Jahre gekommenen Praxiswebsite. „Wenn man moderne Zahnmedizin praktiziert, gehört für mich auch dazu, dass man die Praxis modern präsentiert. Das heißt heutzutage auch, einen guten Internetauftritt zu haben“, findet die 29-Jährige. Das war auch den beiden Nürnberger Praxischefs wichtig. Denn sie haben die Erfahrung gemacht, dass sich viele Patienten vor einem Besuch Zahnärzte, ZFA und Räumlichkeiten vorab anschauen wollten, sagen sie. Dem stimmt Kriszun zu: „Die meisten wollen einschätzen können, ob ihnen die Praxis gefällt und sie das Team sympathisch finden.“ Ihre Pläne haben die drei Praxisinhaber in die Tat umgesetzt. Doch selbst die überzeugendste Website ist umsonst, wenn sie keiner entdeckt. Damit das gelingt, sollte sie in den Ergebnislisten der Suchmaschinen – vor allen Dingen bei Google – möglichst weit oben auftauchen.

Foto: HaywireMedia – Fotolia.com



Suchmaschinen analysieren und bewerten Webinhalte mithilfe spezieller Algorithmen. Welche Parameter sie besonders stark gewichten, verraten die Betreiber nicht. Nur in einigen Punkten lassen sie sich in die Karten schauen.

Futter für die Maschine

Wer oben im Ranking auftauchen will, muss seine Homepage beispielsweise mit guten Keywords ausstatten und diese in einer gewissen Dichte wiederholen. Die Schlüsselwörter sollten den Begriffen entsprechen, die Suchende mit hoher Wahrscheinlichkeit im Internet eingeben. Wichtige Keywords für Zahnärzte sind zum Beispiel Standort und Fachgebiet. Kriszun und ihre Partner

haben die Inhalte ihrer Website so strukturiert, dass sie bei der Suchanfrage „Zahnarzt – Hamburg – Winterhude“ als Erste erscheinen – mit Erfolg.

Ein weiterer bedeutender Faktor für die Suchmaschinenoptimierung (SEO) ist die Anzahl der Backlinks, der Rückverweise von fremden Websites auf die eigene Internetpräsenz. Sehr nützliche Quellen dafür sind Verlinkungen von externen Seiten wie Bewertungsportalen oder sozialen Netzwerken, zum Beispiel Twitter. „Um für Backlinks zu sorgen, haben wir uns vor eineinhalb Jahren gleich auf mehreren Portalen eingetragen“, erklärt Kriszun. Unter anderem hat die Praxis Einträge bei Qype, Docinsider und Google Places. Auch eine Mitgliedschaft bei Facebook kann hilfreich

sein, weshalb Dotzler und Krupka ihre Praxis seit einem Jahr dort präsentieren. Und ganz nebenbei über Facebook schon viele Patienten gewonnen haben: „Das hat sich betriebswirtschaftlich auf jeden Fall gelohnt.“ Darüber hinaus sind die beiden bei Imedo registriert.

Für die Umsetzung ihrer Onlinestrategie holten sich sowohl die Zahnärzte aus Hamburg als auch die Kollegen aus dem Süden Experten mit ins Boot. Kriszun arbeitete mit einem fachkundigen Studenten zusammen, Krupka und Dotzler entwarfen die Website mit einem befreundeten Grafiker und überließen die SEO einer Agentur. Mit dem Resultat sind alle zufrieden: Bei Suchmaschinenabfragen erscheinen sie weit oben. Was viele neue Patienten in die Praxis zog. „Aus den Anmeldebögen geht hervor, dass ein großer Anteil uns aufgrund des guten Rankings bei Google gefunden hat“, berichtet Dotzler. „Wir haben extrem viele Patienten über das Internet gewonnen“, sagt auch Kriszun. „Vor allen Dingen junge Patienten, aber das war auch unser Ziel.“ Das gute Ranking zu sichern, kostet Mühe. „Mit der Website ist monatlich sehr viel Arbeit verbunden. Wir müssen unsere Inhalte und die Profile auf den Portalen ständig up to date halten, zum Beispiel Bilder oder Mitarbeiterwechsel einpflegen. Und dann hält

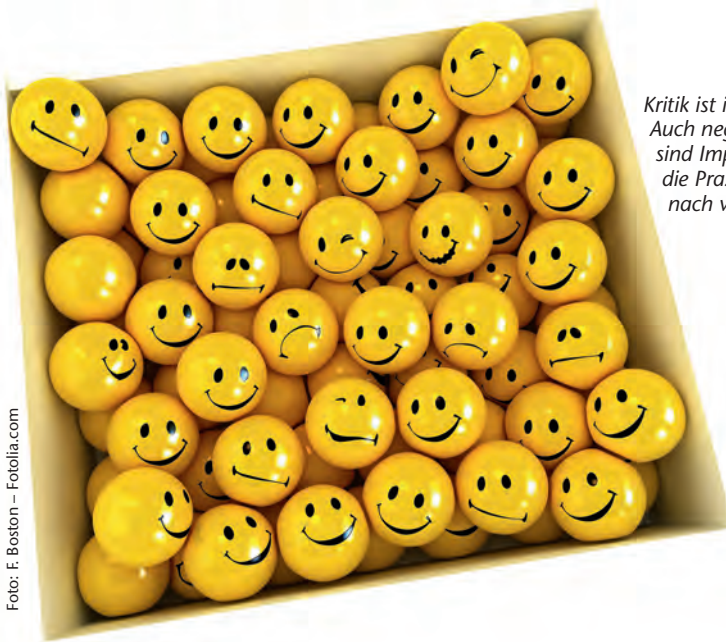


Foto: F. Boston – Fotolia.com

Kritik ist immer Feedback. Auch negative Bewertungen sind Impulse und bringen die Praxis unter Umständen nach vorn.

man natürlich auch die Augen nach neuen Möglichkeiten auf, um das Ranking zu optimieren“, sagt Kriszun. Bei der Arbeit mit Social Media ist ein Faktor besonders gefragt: Geduld. Netzwerke und Portale in die Marketingstrategie einzubinden, führt nicht von einem auf den nächsten Tag zum Erfolg. Suchmaschinen benötigen in der Regel einige Wochen, um eine Internetpräsenz zu finden und auszuwerten. Auch neue Elemente auf einer Website wirken sich nicht sofort auf das Ranking aus, insbesondere Einträge auf Portalen brauchen Zeit, um sich zu entwickeln. „Das erste halbe Jahr hatten wir gar keine Bewertungen. Es dauert, bis sich eine aussagekräftige Zahl von Kommentaren ansammelt“, erinnert sich Kriszun.

Eine Erfahrung, die laut Stiftung Warentest viele Ärzte machen. Im März 2011 nahmen die Tester neun Arztbewertungsportale unter die Lupe und kamen unter anderem zu dem Ergebnis, dass die Portale eine entscheidende Schwäche aufzeigen: Es mangelt ihnen an Bewertungen. Über alle Portale betrachtet, hätten von 18 namentlich gesuchten Ärzten etwa die Hälfte gar keine Bewertung.

Um die Zahl der Kommentare zu erhöhen, können Zahnärzte ihre Patienten über einen Vermerk auf Visitenkarte und Terminzettel oder ganz einfach persönlich um eine Bewertung im Internet bitten.

„Unprofessionell.“ „Lange Wartezeiten.“ „Unruhe in der Praxis.“ Nicht immer lesen

Zahnärzte Erfreuliches über ihre Arbeit auf den Bewertungsportalen. Kriszun hat das schon selbst erlebt. Eine schlechte Kritik im Internet zu bekommen, sei erst einmal ein Schock. Aber: „Kritik ist auch ein guter Weckruf. Wir wissen dann einfach, dass wir an uns und am Team arbeiten müssen. Es ist hilfreich – auch wenn es schmerzhaft ist. Aber Kritik muss man einfach wegstecken können.“

Keine Angst vor Kritik

Vor Rufschädigung aufgrund negativer Kommentare müssen sich Zahnärzte laut Krupka und Dotzler nicht fürchten. „Wer grundsätzlich auf die gute Qualität seiner Arbeit wert legt, wird auch gute Bewertungen im Internet erhalten“, lautet Kriszuns Fazit. „Außerdem: Eine schlechte Bewertung von zehn richtet gar keinen Schaden an.“

Dotzler schätzt die Situation ähnlich ein: „Wenn ich die Patienten jeden Tag korrekt aufkläre und keinen Schmu betreibe, habe ich eigentlich nur zufriedene Patienten. Jedem kann man es nicht recht machen, das ist ganz klar. Aber für Rufschädigung müsste schon sehr viel in der Praxis schief laufen. Das hat dann aber nichts mit dem Medium Bewertungsportal zu tun.“

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

INFO

Seriöse Portale

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Dezember 2009 einen Anforderungskatalog vorgelegt, der Qualitätsstandards für Arztbewertungsportale definiert. Nach einer Aktualisierung im Mai 2011 umfasst der Kriterienkatalog „Gute Praxis Bewertungsportale“ aktuell drei Teile: die Qualitätsanforderungen für Arztbewertungs-, Psychotherapeuten- sowie Zahnarztbewertungsportale. An letzteren hat sich auch die Bundeszahnärztekammer beteiligt.

Der Ratgeber zum Downloaden:

■ www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/qualitaet/1105_bewertungsportale.pdf

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 Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IWV-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED
Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, Fax: +49 2234 7011-255
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Norbert Froitzheim

Produktmanagement:

Christina Hofmeister
Tel.: +49 2234 7011-355, E-Mail: hofmeister@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Tel. +49 2234 7011-467, E-Mail: vertrieb@aerzteverlag.de

Key Account Dental:

Andrea Nikuta-Meerloo, Tel. +49 2234 7011-308
Mobil: +49 162 2720522, E-Mail: nikuta-meerloo@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

Katja Höcker, Tel. +49 2234 7011-286
E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:

Michael Laschewski, Tel. +49 2234 7011-252
E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen:

Verkaufsgebiete Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383, E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Mitte: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775,
Mobil: +49 170 5457343, E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414,
Mobil: +49 179 2413276, E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 54, gültig ab 1.1.2012.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2011:

Druckauflage: 85 850 Ex.

Verbreitete Auflage: 84 677 Ex.

102. Jahrgang

ISSN 0341-8995

- 3 M Espe AG**
4. Umschlagseite
- American Dental Systems GmbH**
Seite 23
- APW Akademie
Praxis & Wissenschaft**
Seite 17
- Bandelin Elektronik
GmbH & Co.KG**
Seite 85
- Beycodent Beyer
& Co. GmbH**
Seite 77
- Bisico Deutschland**
Seite 71
- Colthéne/Whaledent
GmbH & Co.KG**
Seite 9
- Colthéne/Whaledent
GmbH & Co.KG**
Seite 79
- Cumdente
Ges. f. Dentalprodukte mbH**
Seite 27
- DAA Dt. Akademie für
Akupunktur e. V.**
Seite 99
- Dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 7
- Deutscher Ärzte-Verlag/
Buchverlag**
Seite 67
- Deutscher Ärzte-Verlag/
Buchverlag**
Seite 114
- Deutscher Ärzte-Verlag/
Dental Magazin**
Seite 142
- DGP e. V.**
Seite 13
- Doctorseyes GmbH**
Seite 83
- Dreve Dentamid GmbH**
Seite 55
- enretec GmbH**
Seite 11
- Gaba GmbH**
Seite 29
- GC Germany GmbH**
Seite 87
- Girardelli Dental-
Medizinische Produkte**
Seite 73
- Hager & Werken
GmbH & Co.KG**
Seite 35
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 25
- ic med EDV-Systemlösungen**
Seite 57
- Imex dental + Technik GmbH**
Seite 21
- Ivoclar Vivadent GmbH**
Seite 63
- KaVo Dental GmbH**
Seite 19
- Korte Rechtsanwälte**
Seite 85
- Medentis Medical GmbH**
Seite 41
- Miele & Cie KG**
Seite 61
- Permamental BV**
Seite 15
- Protilab**
2. Umschlagseite
- Ratiodental**
Seite 85
- Semperdent Dentalhandel
GmbH**
Seite 39
- Sirona Dental Systems GmbH**
Seite 43
- Tokuyama Dental
Deutschland GmbH**
Seite 107
- VDZI Verband Deutscher
Zahn techniker-Innungen**
Seite 115
- youvivo GmbH**
Seite 97
- Zahnkultur Gem. Praxis
Dr. Schneider, Dr. Rasche,
Grunewald**
Seite 65
- Zimmer Dental GmbH**
3. Umschlagseite
- ZM-online**
Seite 89
- Vollbeilagen**
F 1 Dentalsysteme Deutsch-
land GmbH
- Mirus Mix Handels GmbH
- My Trade GmbH
- Roos Dental e. K.
- Teilbeilage in PLZ 5**
Zahnkultur Gem. Praxis
Dr. Schneider, Dr. Rasche,
Grunewald

Strafverfahren

Kühlen Kopf bewahren

Hin und wieder kommt es vor, dass Zahnärzte in Rechtsstreitigkeiten geraten. Sei es, weil der Vorwurf einer nicht ausreichenden Beratung erhoben wurde, oder, weil gar der Verdacht einer Fehlbehandlung oder des Abrechnungsbetrugs im Raum steht. Bei allen Fällen gilt: nicht in Panik geraten, sondern stattdessen anwaltlichen Rat einholen.

Es gibt eine ganze Reihe von möglichen Straftatbeständen, die sich auf



narstrafen der zuständigen KZV über den Entzug der Approbation und/oder der Zulassung bis zur Freiheitsstrafe reichen können.

Ein Strafverfahren hat jedoch schon lange vor einer Verurteilung negative Folgen für den Zahnarzt. Insbesondere wenn es um Abrechnungsbetrug geht, kommt eine Menge Arbeit auf ihn zu: Umfangreiche Recherchen sind anzustellen, um zu jeder infrage gestellten Abrechnungsposition fundiert Stellung nehmen zu können. Zudem sind gegebenenfalls Gespräche

mit dem Verteidiger

die berufliche Tätigkeit des Zahnarztes beziehen. So kann eine falsche Behandlung auch schon mal als Körperverletzung bewertet werden und eine unbedachte Äußerung gegenüber Dritten kann sich zur vorgeworfenen Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht entwickeln. Auch der Vorwurf des Abrechnungsbetrugs ist nicht abwegig, wobei es hierbei nicht nur um die Abrechnung falscher Abrechnungspositionen oder tatsächlich nicht erbrachter Leistungen geht. Der Vorwurf impliziert in einzelnen Fällen auch die Beschäftigung von Scheinpartnern oder meint die sogenannten Kick-Back-Zahlungen von Dentallabors oder Implantatlieferanten.

Kommt es so weit, dass der Mediziner juristisch belangt wird, kann dies unter Umständen drastische Folgen haben, die von Abmahnungen, Geldstrafen, Diszipli-

nötig. Dieser Zeitaufwand geht meist nicht nur zulasten der Freizeit, nicht selten leidet auch der Praxisablauf darunter.

In Fällen, in denen die Praxisräume durchsucht werden, kann man davon ausgehen, dass dies nicht unauffällig geschieht. Wahrscheinlicher ist, dass während der Praxiszeiten unangemeldet Polizeibeamte in Uniform erscheinen. Bekommen dies die Praxismitarbeiter und Patienten mit, ist das dem Praxis-Image nicht gerade zuträglich.

Verhaltens-Empfehlungen

Daher sollten Mediziner, denen ein Rechtsstreit droht, alles tun, um die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens zu vermeiden. Es empfehlen sich folgende Verhaltensweisen.

■ Hände weg vom Risiko

Der Zahnarzt sollte von allen risikoreichen Verhaltensweisen absehen: Er sollte bei allen komplizierten Abrechnungen bei der KZV schriftlich Rückfrage halten, er sollte von Laboren und Implantatlieferanten – abgesehen von drei Prozent Skonto – keinerlei Vorteile annehmen und er sollte keine Scheinpartnerschaften eingehen.

■ Anwalt einschalten

Sobald von der KZV der Vorwurf erhoben wird, dass eine falsche Abrechnung vorliegt, sollte ohne Rücksprache mit einem spezialisierten Rechtsanwalt keine Auskunft gegeben werden. Dies gilt erst recht, wenn ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde. Es kann nur dringend geraten werden, keine Äußerungen auf eigene Faust und ohne vorherige Akteneinsicht zu machen.

Dies gilt übrigens auch dann, wenn der Zahnarzt in Untersuchungshaft genommen wird. Regelmäßig wird dann von den Strafverfolgungsbehörden angeboten, der Zahnarzt komme frei, sobald er zur Sache ausgesagt hat. Auch wenn dies schwerfällt: Diesem Angebot sollte man ohne Rücksprache mit einem qualifizierten Verteidiger nicht folgen.

■ Keine Selbstbelastung

Wenn es zu einer Durchsuchung kommt, sollten ebenfalls keine Aussagen zur Sache gemacht werden. Die Mitarbeiter sollten angewiesen werden, dies ebenfalls nicht zu tun. Vielmehr sollte man seinen Verteidiger anrufen (dies darf die Polizei nicht verhindern) und sich den Durchsuchungsbeschluss zeigen lassen und möglichst eine Kopie anfertigen. Auf Nachfrage sollte mitgeteilt werden, wo sich die gesuchten Gegenstände befinden, um die Durchsuchung abzukürzen.

■ Keine freiwillige Herausgabe

Jedoch sollte man die Gegenstände nicht freiwillig herausgeben. Diese werden dann durch Beschlagnahme sichergestellt. Das kann im weiteren Verlauf des Verfahrens von Vorteil sein. Außerdem sollte ein detailliertes Sicherstellungsverzeichnis erstellt werden, aus dem hervorgeht, welche Gegenstände beschlagnahmt wurden. Schließlich sollte darauf gedrungen werden, dass von den beschlagnahmten Unterlagen Kopien angefertigt werden, damit der Praxisbetrieb weitergehen kann.

■ Vorgehen koordinieren

Es ist im Einzelfall nach sorgfältiger Abwägung zu entscheiden, ob nach Akteneinsicht durch den Verteidiger zur Sache vorgetragen wird. Manche Zahnärzte sind in einer solchen Lage so verunsichert, dass sie mehrere Rechtsanwälte beauftragen. Dies ist meist nicht sinnvoll, zumindest muss

ein Rechtsanwalt Leitung und Koordination des Teams übernehmen. Keinesfalls sollte es parallel zum Strafverfahren zur Korrespondenz mit der KZV oder mit Krankenkassen zum fraglichen Sachverhalt kommen, sofern nicht eine sorgfältige Abwägung unter Führung des leitenden Rechtsanwalts dies ausnahmsweise sinnvoll erscheinen lässt.

■ Einstellung erwirken

Angesichts des drohenden Verlusts von Approbation und vertragszahnärztlicher Zulassung sowie der negativen Wirkung von Durchsuchungen und öffentlichen Verhandlungen sollte immer eine Einstellung des Strafverfahrens gegen Auflagen in Betracht gezogen werden. Eine solche Auflage besteht meist in einer Geldzahlung erheblichen Ausmaßes. Sofern nicht ein Freispruch sehr wahrscheinlich ist, sollte diese Möglichkeit ergriffen werden.

■ Schlimmstenfalls Rechtsmittel einlegen

Wenn es zu einer Verurteilung gekommen ist, sollte die Möglichkeit von Rechtsmitteln (Berufung, Revision) geprüft werden. Ein guter Verteidiger wird ein solches Rechtsmittel schon während des Verfahrens vorbereiten. Weiter muss alles getan werden, um wenigstens den Entzug von Approbation und vertragszahnärztlicher Zulassung zu vermeiden. Hierbei ist es eine erhebliche Hilfe, wenn der Zahnarzt die vorgeworfene Verhaltensweise nachweisbar beendet hat, also etwa eine Scheinpartnerschaft nicht mehr besteht.

*Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Fachanwalt für Medizinrecht
Lerchenfeld 3
22081 Hamburg*



Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte
für Lepra- & Notgebiete

www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte



© S. Korth

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.

Zahnärzte stärken Gemeinwohl – in Deutschland und weltweit!

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



DZI
Spenden-
Siegel

Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie

EU-Konzepte gegen Fachkräftemangel

Am 19. Dezember 2011 hat die Europäische Kommission ihren Vorschlag für eine Modernisierung der Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen veröffentlicht. In der Zeit der anhaltenden Wirtschafts- und Eurokrise soll die vereinfachte und beschleunigte Anerkennung von Berufsabschlüssen innerhalb der EU zu einer Belebung des gemeinsamen Binnenmarkts beitragen und das Wirtschaftswachstum ankurbeln.



Foto: kristian sekulic – Fotolia

Die Anerkennung von Berufsabschlüssen, die im europäischen Ausland erworben wurden, soll künftig einfacher werden. So will es die Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie. Das gilt auch für Zahnärzte, die EU-weit arbeiten möchten.

Dies ist zumindest die Zielvorgabe des zuständigen EU-Binnenmarktkommissars Michel Barnier. Ferner erhofft sich die Brüsseler Behörde, dass die erleichterte Anerkennung die Mobilität der Beschäftigten erhöhen und so die Folgen des erwarteten europaweiten Fachkräftemangels von 16 Millionen Arbeitnehmern bis 2020 dämpfen wird.

Zu diesem Zweck wurde die aus dem Jahr 2005 stammende Berufsanerkenntnisrichtlinie, die den gemeinsamen Rechtsrahmen für die Anerkennung von Berufsabschlüssen reglementierter Berufe darstellt, einer grundlegenden Revision unterworfen. Für

ausgewählte Berufsgruppen wie etwa Ärzte oder Zahnärzte erfolgt die Anerkennung auf der Grundlage europäischer Standards für Ausbildungsdauer und Ausbildungsinhalte sogar automatisch. Zwischen 2007 und 2010 erhielten rund 26 000 Ärzte und 6 600 Zahnärzte in der Europäischen Union gemäß dieser Richtlinie die Anerkennung ihrer Abschlüsse.

Berufsausweise geplant

Schlüsselement des Kommissionsvorschlags ist die geplante Einführung europäischer Berufsausweise. Diese sollen nicht flächen-

deckend, sondern nur auf Wunsch des einzelnen Berufsangehörigen in Form eines elektronischen Zertifikats durch die zuständigen Behörden im Herkunftsstaat ausgestellt werden. Der Ausweis würde dann den Behörden des Bestimmungslandes eine rasche Prüfung der Anträge ermöglichen. Idealerweise sollen die Ausweise die Anerkennungsverfahren auf einen Monat verkürzen. Kommen die Behörden den zeitlichen Vorgaben allerdings nicht nach, so soll die Anerkennung in bestimmten Fällen sogar als automatisch erteilt gelten. Um eine reibungslose Abwicklung der Verfahren zu erleichtern, sind die Mitgliedstaaten ferner aufgefordert, einen einheitlichen Ansprechpartner zu benennen, der die Antragsteller bei Fragen unterstützen soll. Angestrebt ist eine vollständige elektronische Abwicklung der Anträge.

Sprachtests vorgesehen

Aufgrund negativer Erfahrungen in einzelnen EU-Staaten sind für Angehörige der Heilberufe zahlreiche Sonderregelungen vorgesehen. So sollen aus Gründen des Patientenschutzes künftig durchgängig Sprachtests für ausländische (Zahn-)Ärzte erlaubt werden. Europaweit soll zwischen den zuständigen nationalen Behörden ein Vorwarnmechanismus eingeführt werden, der innerhalb von drei Tagen ausgelöst werden muss, wenn gegen den Angehörigen eines Heilberufs ein Berufsverbot verhängt wurde.

Ebenfalls schlägt die Europäische Kommission für bestimmte Berufsgruppen eine



Die EU-Kommission legte den überarbeiteten Richtlinienvorschlag vor.

Foto: picture alliance

Aktualisierung der Mindestausbildungsdauer vor. Hoch umstritten ist dabei der Vorstoß, dass die Ausbildung zur Krankenschwester und zum Krankenpfleger statt wie bisher eine zehn- nun eine zwölfjährige allgemeine Schulausbildung voraussetzen soll. Die zahnärztliche Grundausbildung soll wie bislang fünf Jahre betragen. Allerdings ist von der Europäischen Kommission im Unterschied zu den Ärzten keine kumulative Beschreibung der Ausbildungsdauer in Jahren und Fachstunden vorgesehen. Die Modernisierung der im Anhang der Richt-

linie festgelegten Mindestausbildungsinhalte wurde jedoch entgegen der Forderungen der betroffenen Berufsverbände auf einen späteren Zeitpunkt vertagt.

BZÄK fordert Korrekturen

Kritik an den Kommissionsplänen kam von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). BZÄK-Präsident Dr. Engel mahnte den europäischen Gesetzgeber an, bei der Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie eine Balance zwischen Verwaltungsvereinfachung

und Qualitätssicherung zu finden. Einzelne Korrekturen am Kommissionsvorschlag seien dringend notwendig, etwa gelte es die Mindestausbildungsdauer der Zahnärzte analog zu der der Ärzte in Jahren und Fachstunden festzulegen, um europaweit ein hohes Ausbildungsniveau der Zahnmediziner zu erhalten.

Offen ist, ob sich die Prognose der Europäischen Kommission, dass durch die Modernisierung der Berufsanerkenntnisrichtlinie der Fachkräftemangel europaweit ausgeglichen werden kann, erfüllen wird. Dies mag für einzelne Berufsgruppen zutreffen, ist für den Gesundheitsbereich allerdings sehr fraglich, da alle EU-Mitgliedstaaten mit dem Problem des fehlenden Nachwuchses konfrontiert sind.

Das Europäische Parlament und die im Rat versammelten Mitgliedstaaten werden als Gesetzgeber in Kürze mit den Beratungen über den Vorschlag der Europäischen Kommission beginnen. Erwartet wird, dass das Gesetzgebungsverfahren 2013 abgeschlossen sein wird.

*Dr. Alfred Büttner
BZÄK, Leiter Abteilung Europa/Internationales
Avenue de la Renaissance 1
B-1000 Brüssel*

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 112

XO CARE

Brillanter Durchblick

Mit dem neuen XO Wide Screen haben Zahnärzte jetzt ein Werkzeug zur Hand, das im 16:9-Format bei hoher Auflösung brillante Bilder liefert. Der Bildschirm verfügt über ein 19-Zoll-Farbdisplay mit einer spritzwassergeschützten Oberfläche, was die Reinigung und Desinfektion vereinfacht. Dadurch ist die Einhaltung der Hygiene-Richtlinien in der Praxis gewährleistet. Das hochwertige LCD-Panel gibt medizinische Bilder mit deutlicherem Kontrast und stärkerer Leuchtkraft wieder, so dass Zahnärzte die einzelnen Ansichten ihren Patienten leichter erläutern



können. Durch den integrierten USB-Anschluss lassen sich auch Röntgenbilder auf dem Monitor anzeigen. Darüber hinaus ermöglicht HDMI eine voll-digitale Übertragung von Audio und Video.

XO CARE A/S
Usserød Mølle
Håndværkersvinget 6
DK-2970 Hørsholm
www.xo-care.com

DMG

Icon erneut ausgezeichnet



Das amerikanische Testinstitut REALITY hat DMGs Innovation Icon, das erste Produkt zur Kariesinfiltration, intensiv auf seine Praxistauglichkeit geprüft und vier von fünf möglichen Sternen sowie das Prädikat „REALITY'S Choice“* vergeben. Die Behandlung mit Icon wurde zudem als beste erhaltende Methode bei beginnender Karies beurteilt. Die Infiltrationsmethode basiert

auf einem speziellen, hochflüssigen Kunststoff, mit dem die angegriffene Zahnschicht im Karies-Frühstadium infiltriert und verschlossen wird. Dabei wird weder gebohrt, noch gesunde Zahnschicht unnötig geopfert. Eine englischsprachige Studienübersicht gibt es im Netz zum Download: www.dmg-dental.com/downloads

* Veröffentlicht am 23.11.2011
auf www.realityesthetics.com

DMG
Elbgastraße 248
22547 Hamburg
Kostenfreies Service-Telefon:
0800 3644262
www.dmg-dental.com
E-Mail: info@dmg-dental.com

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

Dental Elan

Zahnbürste ist gut – PZR ist besser

In der modernen Zahnmedizin spielt die präventionsorientierte Zahnheilkunde eine große Rolle. Infolgedessen bieten daher Zahnarztpraxen verstärkt Prophylaxeleistungen an. Um dauerhaft erfolgreich zu sein und Patienten zur PZR zu motivieren, bedarf es eines effizienten Marketings. Eine Idee bietet Dental-Elan mit dem Einsatz von lebensfrohen Fotografien, etwa als Terminkarten, PZR-Bonuskarten und als Foto-Recallpostkarten. Der Fotograf Leo Hechel hat Bilder aus der Sichtweise des Patienten fotografiert, in denen sie sich wohlfühlen. Die Motive vermitteln Lebensfreude. Die neuen Termin- und PZR -Bonuskarten werben mit dem Fotomotiven als Eye-Catcher für die Prophylaxe.



Die Textinformation im Bonuspass erklärt dem Patienten zusätzlich die PZR unter dem Motto: „Ihre Zahnbürste ist gut – das PZR-Team ist besser“.

Dental-Elan
Falkensteiner Weg 2a
67722 Winnweiler
Tel.: 06302 9840-404, Fax: -406
www.dental-elan.de

American Dental Systems

Busa-Instrumente jetzt in Deutschland



powered by
American Dental Systems

Ein Höchstmaß an Qualität, Innovation und Leistung zeichnet die rotierenden Instrumente von BUSA (Marktführer in den USA) aus. American Dental Systems holt das BUSA-Produktportfolio nun exklusiv nach Deutschland und bietet seinen Kunden ab sofort eine Vielzahl erstklassiger rotierender Instrumente an. American Dental Systems hat außerdem eine logistische Lösung entwickelt, die den Praxisalltag dank eines personalisierten Systems effizienter gestaltet und eine unmissverständliche Handhabung verspricht: BUSA Logistic

Solution. Damit hat der Zahnarzt die Möglichkeit, sich individuelle Bohrer-Kits zusammenstellen zu lassen, die passgenau auf seine Wünsche zugeschnitten sind. Zusätzlich erhält der Zahnarzt ein perfekt abgestimmtes Ordnungssystem, das seinem Praxisteam die Arbeit mit den Instrumenten sowie deren Aufbewahrung und Nachbestellung stark erleichtert.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300, Fax: -310
www.ADSsystems.de
E-Mail: info@ADSsystems.de

dentaltrade

Ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2011



Der Bremer Zahnersatzanbieter dentaltrade entwickelte sich im vergangenen Geschäftsjahr sehr positiv und blickt optimistisch auf 2012. Mit einem umfassenden Leistungsspektrum für hochwertige Prothetik aus internationaler Produktion zu fairen Preisen, hat dentaltrade seine Position am Dentalmarkt im zurückliegenden Jahr weiter ausgebaut. Als wichtige Meilensteine werden im Hause dentaltrade nach der erfolgreichen TÜV-Zertifizie-

rung EN ISO 13485:2003 + AC 2007 im Jahr zuvor das Zertifikat nach DIN EN ISO 9001:2008 und die erfolgreiche TÜV Service tested Zertifizierung betrachtet. Bestens aufgestellt mit verstärktem Management-Board mit dem neuen Geschäftsführer Dr. Olaf Perleberg (Foto) und reichlich Rückenwind startet dentaltrade in das Jubiläumsjahr 2012. Zum zehnjährigen Bestehen von dentaltrade in 2012 können sich Behandler auf besondere Highlights freuen, teilte das Unternehmen mit.

dentaltrade GmbH & Co. KG
Grazer Str. 8
28359 Bremen
Tel.: 0421 247147-0
Fax: 0421 247147-9
E-Mail: service@dentaltrade.de
www.dentaltrade-zahnersatz.de

GC Europe

Führungsteam erweitert

Eckhard Maedel rückt beim Unternehmen GC Europe (Leuven, Belgien) als Präsident an die Spitze. Er übernimmt die Position von Henri Linn, der im vergangenen Jahr zum Director of Global Businesses der GC Corporation in Japan berufen wurde. Maedel übernahm die Unternehmensleitung zum 1. Januar 2012.

Mit nahezu 20 Jahren Erfahrung innerhalb der Dentalbranche will Maedel die GC Europe weiter auf ihrem Weg des Wachstums und der Marktführerschaft führen: „Ich freue mich über diese Chance und auf die Herausforderungen und Aktivitäten, die mich erwarten.“



Zusätzlich zu der Leitung bereits bestehender Projekte wird Eckhard Maedel mit den GC Europe Teams zusammenarbeiten und neue Initiativen ergreifen.

GC Germany GmbH
Seifgrundstr. 2
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172 99596-0, Fax: -66
www.germany.gceurope.com
E-Mail: info@germany.gceurope.com

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

GABA

Neue Ausgabe „Prophylaxedialog“

Ab sofort ist die Ausgabe 2012 des Fachmagazins „Prophylaxedialog“ kostenfrei erhältlich. Das Themenspektrum reicht von Dentinhypersensibilität über Ka-



ries bei Kindern und älteren Menschen in Pflegeheimen bis hin zum Problemfeld Erosion/Abrasion. Nationale und internationale

Experten der Mund- und Zahnhygiene haben sich an der Ausgabe beteiligt, u.a. Prof. Dr. Annerose Borutta (Jena), PD Dr. Christian Gernhardt (Halle), Prof. Dr. Jacques Vanobbergen und Dr. Luc de Visschere (beide Gent, Belgien). Zudem stimmt ein Vorbericht auf das weltweit bedeutendste Kongress-Ereignis für Parodontologie, die Europerio7, ein (6. bis 9. Juni in Wien). Dort wird GABA mit zwei Symposien und einem Messestand vertreten sein. Zahnärzte und Praxisteams können die „Ausgabe 2012“ kostenlos per Fax bestellen.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0, Fax: -124
www.gaba-dent.de
E-Mail: info@gaba.com

Dreve Dentamid

Automatisch Silikon anmischen

Jetzt können auch Kleinst-Labore in einem Gerät automatisch Silikon anmischen. Freigegeben für alle Dubliermassen des Dentalmarktes wartet der Dosper evo mit einer innovativen Fördermengen-Regelung auf, unerwünschtes Leerfördern oder die Verwechslung von Silikon Komponenten ist nun ausgeschlossen. Besonders in der Kombination mit Dreve Speed-Silikon wird der Arbeitsprozess stark verkürzt. Die Materialien erreichen dabei reproduzierbare Qualitätswerte von höchstem Standard. Besonders ist auch die Arbeitsfeldbeleuchtung, welche unerwünschte Schattenbildung reduziert. Das System ist zudem schnell einsetzbar, extrem sparsam und somit auch besonders



für kleine Material-Mengen lukrativ einsetzbar. In den Standardfarben rot oder silber ist der neue Dosper evo über den Fachhandel lieferbar.

Dreve Dentamid GmbH
Max-Planck-Str. 31
59423 Unna
Tel.: 02303 8807-0, Fax: -55
www.dreve.com
E-Mail: info@dreve.de

Ritter Concept

Vertrieb auf breitere Basis stellen



Ritter (Hersteller von Behandlungseinheiten) und dental bauer haben ihre vor fünf Jahren begonnene exklusive Zusammenarbeit auf eine breitere Basis gestellt. Während dental bauer in Deutschland, Österreich und der Schweiz die Vertriebsverantwortung und -steuerung übernahm, nutzte Ritter in diesen fünf Jahren die Gelegenheit, sich auf zusätzliche europäische wie auch außereuropäische Länder und neue Vertriebspartner bis hin zu Nordamerika und Asien zu konzentrieren. Nun ist die Zeit gekommen,

dass Ritter seine Produkte dem gesamten Fachhandel zugänglich macht. Dafür werden die künftigen Vertriebspartner bei Ritter in den Bereichen technischer Service und Funktionalität der Produkte geschult.

Für die Niederlande haben Ritter und dental bauer im November 2011 einen neuen Exklusivvertriebsvertrag abgeschlossen.

Ritter Concept GmbH
In der Wanne 47
89075 Ulm
Tel.: 0731 175410-0, Fax: -10
www.ritterconcept.de
E-Mail: info@ritterconcept.de



Komet

SonicLine verkuppelt

Um das Schallhandstück SF1LM aus der SonicLine auch einsetzen zu können, wenn kein KaVo MULTiflex-Anschluss existiert, wurde das Programm um die Kupplung 9981 erweitert. Dadurch kann das SF1LM auf jeder Einheit mit 4-Loch Lux Anschluss zum Einsatz kommen – und ist auch für alle anderen luftbetriebenen Übertragungsinstrumente mit KaVo MULTiflex-Anschluss geeignet. Die neue Kupplung besitzt eine Drehregulierung und ein Rückschlagventil.

Die Nachricht dürfte insbesondere

re Zahnärzte mit Sirona-Einheiten interessieren, die nun in der Lage sind, die Vorteile des Schallhandstücks

SF1LM zu erleben:

Zwei gebündelte Lichtaugen leuchten das Arbeitsfeld optimal aus und erlauben ein effizientes Vorgehen bei einer Schwingfrequenz von 6.000 Hz. Stufenlose Einstellungen und ein Sicherheitsanschlag bei Stufe zwei machen das Schallhandstück zum wertvollen Helfer.

Komet
Gebr. Brasseler GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-700, Fax: -289
www.kometdental.de
E-Mail: info@brasseler.de

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

R-dental

Leistungsstarkes Stumpfaufbaumaterial

FANTESTIC CORE DC ist ein dualhärtendes (lichthärtbares und selbsthärtendes) Mikrohybrid-Komposit für den adhäsiven Stumpfaufbau und Aufbaufüllungen bei insuffizienter Zahnhartsubstanz. Das Material überzeugt durch eine cremige Konsistenz sowie eine ausgezeichnete Standfestigkeit und Benetzungsfähigkeit („Anfließbarkeit“) der Zahnhartsubstanz. Die hohe Druckfestigkeit, hervorragende Beschleifbarkeit des ausgehärteten Materials und die Kompatibilität zu vielen Adhäsivsystemen kennzeichnen das leistungsstarke Komposit. Bei dessen Anwendung ist ein selbst- oder dualhärtendes Adhäsivsystem einzusetzen. Das fließfähige Komposit ist gut modellierbar und röntgeno-



pak. Um die Adhäsion zwischen provisorischen Kronen- und Brückenmaterialien und den Stumpfaufbaumaterialien zu vermeiden, ist der Stumpfaufbau durch Auftragen des wasserlöslichen Glyceringels FANTESTIC OxyBlok zu isolieren.

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 227576-17, Fax: -18
www.r-dental.com
E-Mail: info@r-dental.com

Hu-Friedy

Antimikrobielle Plastikboxen

Hu-Friedy präsentiert mit Signature Series Tubs ein praktisches Tool zur zeitsparenden Organisation der Arbeitsabläufe in Praxen und Kliniken. In den antimikro-

schichtung macht die Container besonders hygienisch: Das Microban-System von Hu-Friedy verhindert Wachstum und Vermehrung von Mikroorganismen, die das Material kontaminieren könnten. Auch unangenehme Gerüche werden vermieden.

Das Unternehmen empfiehlt, für jede Behandlung eine separate Box vorzubereiten. Idealerweise steht dann für die verschiedenen Eingriffe



biellen Plastikboxen wird das für die Behandlung benötigte Material effektiv gelagert, transportiert und bereitgestellt. Ein standardisiertes Farbsystem garantiert den schnellen Überblick über den Inhalt. Ihre spezielle Be-

und Operationen jeweils ein kompletter Materialsatz zur Verfügung.

Hu-Friedy Mfg. BV
Customer Care Department
Tel.: 0800 483743 39, Fax: -40
www.hufriedy.eu
E-Mail: info@hu-friedy.eu

solutio

Charly jetzt auf Facebook

Soziale Netzwerke wie beispielsweise Facebook verzeichnen nicht nur im privaten Bereich einen steten Mitgliederzuwachs, sondern sind auch aus der zeitgemäßen Unternehmenskommunikation kaum noch wegzudenken. Diesen Trend greift solutio auf und ist ab sofort bei Facebook präsent.

Zusätzlich zur bestehenden Homepage können sich Kunden und Interessenten auf der Facebook-Seite „CHARLY by solutio“ über das Unternehmen, dessen Jobangebote sowie aktuelle Themen rund um die Praxismanagement-Software CHARLY informieren. „Mit dem Unternehmensauftritt bei Facebook bauen wir unser Engagement im Be-



reich Social Media aus“, erklärt Ilona Schneider, Geschäftsführerin der solutio GmbH. „Wir möchten damit noch näher an unseren Kunden sein, den interaktiven Kontakt pflegen und zeitnah informieren.“

solutio GmbH
Max-Eyth-Strasse 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031 4618-700
Fax: 07031 4618-99700
www.solutio.de
E-Mail: info@solutio.de



KaVo

Neue Fremdkupplungen

Die neue EXPERTtorque Turbine überzeugt nun auch Zahnärzte mit Sirona- oder NSK-Kupplungen durch ihr hervorragendes Preis-/ Langlebigkeitsverhältnis, ihre bewährte Ausstattung und ihre enorme Arbeitseffizienz. Weitere Pluspunkte sind der kleine Kopf und die optimale Ausleuchtung, die für eine sehr gute Sicht auf das Arbeitsfeld sorgen. Schon seit geraumer Zeit besteht auch für Fremdanwender die Möglichkeit, hochqualitative

KaVo Instrumente wie die GENTLesilence 8000 zu nutzen. Durch das niedrige Laufgeräusch (57 db(A)), den verringerten Schalldruck und den gedämpften Frequenzgang unterstützt die Premiumturbine ein stressfreies Arbeiten. Profitieren können Sirona- und NSK-Kunden auch von den universellen Einsatzmöglichkeiten des SONICflex quick Schallinstrumentes, das mit über 50 verschiedenen Spitzenaufsätzen maximale Flexibilität bietet.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach
Tel.: 07351 56-0, Fax: -71104
www.kavo.com
E-Mail: info@kavo.com

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

medentis medical

Zusätzliche Schraube für das Labor

Jetzt erweitert die medentis medical GmbH das prothetische Portfolio des ICX-templant Implantatsystems. Neben einigen neuen 25 Grad abgewinkelten Ästhetik-Line-Aufbauten runden Standard-Abutments mit neuen Gingiva-Höhen und Heil- kappen zur provisorischen Versorgung das Angebot ab. Zusätzlich wird ab sofort jedes Abutment mit einer zweiten, speziell für den Techniker und für Patienten- anproben bestimmten Labor- schraube ausgeliefert – ohne zu-



sätzlichen Aufpreis. Diese stellt sicher, dass die finale Prothetik mit einer vollkommen unbelasteten Primärschraube ohne potenzielle Abnutzungen fixiert werden kann. Somit wird höchste Sicherheit für den Patienten garantiert. Inzwischen ist medentis mit dem Volksimplantat-Netzwerk in nunmehr über 30 Ländern vertreten.

medentis medical GmbH
Gartenstraße 12
53507 Dernau
Tel.: 02643 902000-0, Fax: -2
www.medentis.de
E-Mail: info@medentis.de

Ivoclar Vivadent

Aktuelles Fortbildungsprogramm

In einer übersichtlichen Informationsbroschüre hat die Ivoclar Vivadent GmbH ihr neues Fortbildungsprogramm mit den „Competence Events“ 2012 zusammengestellt. 29 Experten Symposien und Intensiv Seminare geben dem Zahnarzt und der Zahnärztin sowie den Mitarbeitenden

im Praxislabor die Gelegenheit, von namhaften Referenten erfolgreiche Therapiekonzepte kennen zu lernen. Diese betreffen die Trendthemen Füllungen und Keramikrestorationen in der Adhäsiven Zahnmedizin, Rekonstruktion bei Bruxismus sowie Implantatprothetik und können in der eigenen Praxis angewendet werden.

Zu den Themen, die auf die Praxis zugeschnitten sind, kommen solche für das Team Zahnarzt-Zahn- techniker sowie weitere speziell für den Zahntechniker hinzu.

Ivoclar Vivadent GmbH
Dr. Adolf-Schneider-Str. 2
73479 Ellwangen, Jagst
Tel.: 07961 889-205
Fax: 07961 6326
www.ivoclarvivadent.de/
Fortbildung
E-Mail: jutta.nagler@
ivoclarvivadent.com

Experten SYMPOSIEN und Intensiv SEMINARE 2012
für Zahnärzte und Zahntechniker

Referenten aus der Praxis:

Referenten aus den Universitäten:

Referenten aus dem Labor:

Weitere Informationen finden Sie unter www.ivoclarvivadent.de/Fortbildung oder unter Telefon-Nummer: 0 79 61 / 8 89-205.

W&H

Perfektion einfach gemacht

Tigon ist ein Piezo-Scaler, der sich denkbar einfach bedienen lässt. Durch einfaches Drücken der Plus- und Minus-Tasten erhöht beziehungsweise verringert der Anwender die Leistungsstärke des Scalers und damit auch die Durchflussmenge der Kühlflüssigkeit. Die weiteren Vorteile: ein standsicherer Kühlmitteltank, ein großzügig dimensioniertes Tray und natürlich sorgt auch hier ein Handstück mit innovativer LED-Technologie

für perfekte Lichtverhältnisse. Der Kühlmitteltank besitzt ein Fassungsvermögen von 400 ml und ist in 50-ml-Schritten skalierbar – die Spüllflüssigkeit kann somit direkt im Kühlmitteltank vermischt werden. Zudem verfügt der Tank, auch wenn er nicht am Gerät angebracht ist, über einen festen, sicheren Stand. Auf dem Tray lassen sich die Instrumente während der Behandlung ablegen. Anschließend kann der Anwender den Tray vom Tigon abnehmen, thermodesinfizieren sowie sterilisieren.

W&H Deutschland GmbH
Raiffeisenstraße 4
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0, Fax: -11
www.wh.com
E-Mail: office.de@wh.com

Zantomed

Perioschutz-Gel gut bewertet

Zahnmedizin Report 1/2012

ChloSite® Perioschutz
sehr gut

Gesamtwertung: 4,5 von 5

www.zahnmedizin-report.de

ChloSite Perioschutz-Gel – ein CHX-Gel für die subgingivale Applikation in einer lokalen Parodontitis- beziehungsweise Periimplantitis-Therapie – hat gute Noten bekommen. Die Leser des wissenschaftlichen Informationsdienstes „Zahnmedizin Report“ hatten das Perioschutz-Gel im täglichen Praxisbetrieb intensiv getestet. Besonderes Augenmerk wurden dabei auf die Anwendungsfreundlichkeit sowie auf die klinischen Parameter „PAR-Status“ und „Abnahme der Entzündlichkeit nach Ablauf des Tests“ gelegt.

ChloSite ist ein LDD Xanthan-Gel, das zwei Formen von Chlorhexidin (CHX) enthält: 0,5 Prozent gut lösliches CHX für unmit-

telbare Desinfektion und 1,0 Prozent langsam freiwerdendes CHX für eine bis zu drei Wochen anhaltende Desinfektion.

zantomed GmbH
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 80510-45, Fax: -44
www.zantomed.de
E-Mail: info@zantomed.de

**Absender (in Druckbuchstaben):**

Kupon bis zum 24. 2. 2012 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** – Busa-Instrumente jetzt in Deutschland (S. 108)
- Dental Elan** – Zahnbürste ist gut – PZR ist besser (S. 108)
- dentaltrade** – Erfolgreiches Geschäftsjahr 2011 (S. 109)
- DMG** – Icon erneut ausgezeichnet (S. 108)
- Dreve Dentamid** – Automatisch Silikon anmischen (S. 109)
- GABA** – Neue Ausgabe „Prophylaxedialog“ (S. 109)
- GC** – Führungsteam erweitert (S. 109)
- Hu-Friedy** – Antimikrobielle Plastikboxen (S. 110)
- Ivoclar Vivadent** – Aktuelles Fortbildungsprogramm (S. 111)
- KaVo** – Neue Fremdkupplungen (S. 111)
- Komet** – SonicLine verkuppelt (S. 110)
- medentis medical** – Zusätzliche Schraube für das Labor (S. 111)
- R-dental** – Leistungsstarkes Stumpfaufbaumaterial (S. 110)
- Ritter Concept** – Vertrieb auf breite Basis stellen (S. 110)
- solutio** – Charly jetzt auf Facebook (S. 111)
- W&H** – Perfektion einfach gemacht (S. 112)
- XO CARE** – Brillanter Durchblick (S. 108)
- Zantomed** – Perioschutz-Gel gut bewertet (S. 112)

Boarding Schools in USA

Für das kommende Schuljahr jetzt bewerben



Private Internatsschulen, sogenannte Boarding Schools, haben speziell in Nordamerika eine lange Tradition und einen hervorragenden Ruf. Die Institute bereiten ihre Schüler gezielt auf Karrieren in Wirtschaft oder Wissenschaft vor. Deutsche Familien, die sich für einen Internatsauf-

enthalt ihres Kindes in den USA oder Kanada interessieren, sollten sich jetzt bewerben, denn die Boarding Schools in den USA beginnen im Februar, spätestens März mit der Planung für das Schuljahr 2012/13. Die renommierten Schulen bekommen Bewerbungen aus aller Welt be-

kommen haben oft lange Wartelisten. Darauf macht der Boardingschoolberater ec.se aufmerksam. Die Organisation mit Sitz in Bonn berät bei der Schulwahl und unterstützt den Bewerbungsprozess.

Gute oder zumindest durchschnittliche Noten sind die Voraussetzung, um an einer Boarding School angenommen zu werden. Darüber hinaus erwarten die Schulen von Bewerbern außerschulische Interessen wie Sport oder Musik und persönliches Engagement. Das kann beispielsweise die Mitarbeit an sozialen Projekten sein, aber auch

Babysitting, Nachhilfe oder Training im Sportverein. Die meisten Schüler gehen in der 10. Klasse für ein Jahr ins Ausland, manche bleiben auch zwei Jahre dort und machen einen international anerkannten Abschluss. Um die geeignete Schule für einen Jugendlichen auszuwählen, führt ein Berater von ec.se ein intensives Gespräch mit dem Schüler und seinen Eltern.

Die Erstberatung bei ec.se ist kostenlos. Termine werden bundesweit in größeren Städten angeboten. Informationen unter 02 28/25 90 84 0 oder www.boardingschoolberater.de eb

Medikation

Ärzte sind die wichtigsten Ratgeber

Wenn es um Arzneien geht, setzen die Deutschen das höchste Vertrauen in ihre Ärzte. Das belegt eine Studie des F.A.Z.-Instituts im Auftrag der IKK Classic. Danach sind sie für rund 88 Prozent der Befragten die wichtigsten Ratgeber bei der Medikation – mit deutlichem Abstand vor Pharmaindustrie, Internetforen und Apothekern. Wie das Institut – ein hundertprozentiges Tochterunternehmen der „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ – weiter berichtet, vertrauen nur 54 Prozent der Befragten dem Rat ihres Apothe-

kers; noch weiter abgeschlagen rangieren Internetforen, Social-Media-Plattformen, Blogs sowie die Pharmaindustrie. Für nur jeweils vier Prozent sind Empfehlungen aus diesen Quellen bei Kauf und Einnahme von Medikamenten relevant.

„Dies ist ein eindeutiges Signal, dass die Therapiehoheit des Arztes als Basis guter und sicherer Medikation ungeteilte Anerkennung bei der Bevölkerung besitzt“, bewertet Gerd Ludwig, Vorstandsvorsitzender der IKK Classic, das Ergebnis. Das große Vertrauen der Bürger in die



Foto: Fotolia.com - Alexander Rath

Kompetenz der Ärzte sei ein hohes Gut, dessen Erhalt bei allen Überlegungen zur Optimierung der Arzneiversorgung eine zentrale Rolle spielen müsse.

mg/pm

Arzneimittelsicherheit

8 122 Verdachtsfälle gemeldet

2011 bearbeitete die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) 8 122 Meldungen aus Apotheken. Rund ein Viertel bezog sich auf Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen einschließlich Missbrauchsverdacht. Außerdem meldeten die Apotheken an die AMK Verdachtsfälle zu Qualitätsmängeln von Medikamenten. Meldungen von Verdachtsfällen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Arzneimittelmissbrauch oder Qualitätsmängeln dienen laut AMK der zuverlässigen Versorgung mit sicheren

und hochwirksamen Arzneimitteln. Bisher unbekannte Risiken für Patienten könnten schneller erkannt und abgewehrt werden. Die Meldungen werden an die Behörden und die pharmazeutischen Hersteller weitergeleitet. Zur Information der Apotheken veröffentlichte die AMK 144 Chargenrückrufe und -überprüfungen. 37 dieser Chargenrückrufe gingen auf Meldungen zurück, die aus Apotheken kamen. Die AMK-Mitarbeiter bearbeiteten in 2011 zudem 3 300 Anfragen zur Arzneimitteltherapiesicherheit.

ck/pm

Tabaksteuer

Rekordeinnahmen für den Staat

Deutschlands Raucher lassen sich von der höheren Tabaksteuer die Lust am Qualmen nicht nehmen. Im Gegenteil: Der Absatz von Zigaretten, Feinschnitt, Zigarren und Pfeifentabak stieg im vergangenen Jahr um 8,8 Prozent, wie das Statistische Bundesamt



Foto: Fotolia.com - Jascha Burkhard

berichtete. Die Raucher in Deutschland bezahlten für ihr Laster knapp 14,5 Milliarden Euro Steuern und damit über eine Milliarde Euro (8,4 Prozent) mehr als 2010. Insgesamt wurden 2011 Tabakwaren mit einem Kleinverkaufswert im Handel von 24,5 Milliarden Euro versteuert – ein Plus von rund zwei Milliarden Euro gegenüber dem Vorjahr. Vor allem vor den beiden Steuererhöhungen im Mai 2011 und zum 1. Januar 2012 stiegen die Absatzmengen deutlich an. Die Statistiker gehen von Hamsterkäufen aus.

mg/dpa

KZBV zu Patientenvertretern im G-BA

Qualität sichern und Daten schützen

Das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat erstmalig eine Richtlinie zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung in das Stellungnahmeverfahren geschickt. Laut Auffassung der Patientenvertreter gefährde der gemeinsam abgestimmte Entwurf von Zahnärzteschaft und Kassen die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich. Zu den kritischen Behauptungen der Patientenvertreter erklärt der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz: „Das SGB V schiebt in § 299 zwingend vor, dass bei Richtlinien des G-BA eine Pseudonymisierung von Patientendaten gewährleistet sein muss. Der Entwurf der Qualitätssicherungsrichtlinie, den Zahnärzte und Kassen vorgelegt haben, hält sich an diese Rechtsnorm. Die Richtlinie erstreckt sich nur auf die zahnärztliche, nicht aber auf die am-

bulante oder stationäre ärztliche Versorgung. Patienten haben ein Recht darauf, dass ihre sensiblen Gesundheitsdaten geschützt werden und nicht frei zugänglich sind. Die Pseudonymisierung von Patientendaten auch im Bereich der Qualitätssicherung dient dem Schutz der Patienten und ihrer Rechte. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist daher folgerichtig auch eine Beteiligung der Datenschutzbeauftragten an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung eingeführt worden. Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität in der zahnärztlichen Versorgung sind auch mit pseudonymisierten Patientendaten möglich. Zahnarztpraxen müssen dazu keine personenbezogenen Patientendaten weitergeben. Umso befremdlicher ist daher, wenn ausgerechnet Patientenvertreter im G-BA den Schutz sensibler Patientendaten ohne Not infrage stellen.

KZBV

Selbstmedikation**Krankenkassen dürfen Kosten erstatten**

Seit Jahresbeginn ist die freiwillige Erstattung von rezeptfreien Medikamenten durch die Krankenkassen ausdrücklich per Gesetz erlaubt. Darauf macht die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) aufmerksam. Bislang machten die Kassen von diesem Wettbewerbsinstrument jedoch noch kaum Gebrauch.

Der Hintergrund: Ob überhaupt und in welchem Umfang sich die einzelne Krankenkasse zu dieser freiwilligen Leistung bereit erklärt, kann sie selbst entscheiden. Aktuell muss sich der Versicherte

gezielt erkundigen, ob seine Kasse ihm rezeptfreie Arzneimittel erstattet. Wie der ABDA weiter informiert, dürfen laut Neuregelung nur solche Arzneimittel erstattet werden, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nicht ausgeschlossen hat. Ohnehin ausgenommen seien Lifestyle-Medikamente. Gesetzmäßig erstattet würden dagegen – so wie bisher – rezeptfreie Arzneimittel für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Zudem enthalte die Ausnahmeliste des G-BA erstattungsfähige rezeptfreie Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Laut ABDA sind, da die Regelung neu ist, verschiedene Rückerstattungsmodelle vorstellbar. mg/pm



Foto: ABDA

PwC-Befragung**Kassenwechsel wegen Zusatzbeitrag**

Erheben Krankenkassen einen Zusatzbeitrag, müssen sie sich auch bei gutem Service und Extraleistungen auf einen massiven Mitgliederschwund einstellen. Das zeigt eine aktuelle Befragung des Beratungsunternehmens PricewaterhouseCoopers (PwC). Bereits ein vergleichsweise geringer Zusatzbeitrag von fünf Euro monatlich ist für vier von zehn gesetzlich Versicherten ein potenzieller Wechselgrund. Seit der Einführung des Zusatzbeitrags im Jahr 2010 entfielen über 90 Prozent aller Mitgliederverluste auf Kassen, die den Obolus verlangen. Von den Befragten, deren Kasse derzeit

noch einen Zusatzbeitrag erhebt, wollen zwölf Prozent „auf jeden Fall“ oder „sehr wahrscheinlich“ ihre Mitgliedschaft kündigen. Demgegenüber sagen dies nur zwei Prozent der Versicherten, die den Beitrag nicht zahlen müssen. Kaum Aussichten auf Erfolg hat die Strategie, die abschreckende Wirkung eines Zusatzbeitrags durch besondere Leistungen, Wahltarife und Bonusprogramme zu kompensieren. Zwar wissen die befragten Wechselbereiten derartige Extras durchaus zu schätzen. Doch kann keine der abgefragten Leistungen auch nur einen Zusatzbeitrag von fünf Euro aufwiegen. eb/ots

Pflegereform**Pflegerrat wirft Regierung Scheitern vor**

Nach Vorlage des Arbeitsentwurfs zur geplanten Pflegereform hat der Deutsche Pflegerat der Koalition ein Scheitern vorgeworfen. „Die Versorgung wird so nicht demografiefest“, sagte Präsident Andreas Westerfellhaus. Eine grundsätzliche Neuordnung der Pflegeversicherung werde auf die lange Bank geschoben.

„Wenn man es ernsthaft anpacken will, braucht es eine Summe von drei bis fünf Milliarden Euro“, sagte Westerfellhaus. Nun werde stattdessen an einzelnen Stellschrauben gedreht.

Eine halbe Million Demenzerkrankte sollen ab Anfang 2013 mehr Geld bekommen. In den einzelnen Pflegestufen plant die Koalition Leistungserhöhungen zwischen 70 und 215 Euro. Insgesamt sind Verbesserungen für 1,1 Milliarden Euro geplant, weshalb die Beiträge um 0,1 Punkte steigen sollen. Der Zeitpunkt für eine Neuausrichtung der Pflegeversicherung durch den geplanten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff kann laut Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) noch nicht genannt werden.

Zahnärztekammer Bremen**Menke im Amt bestätigt**

Die Zahnärztekammer Bremen hat ihren Vorstand neu gewählt: Präsident bleibt Dr. Wolfgang Menke. Die Delegierten bestätigten damit einstimmig den Bremer Oralchirurgen in seinem

Arbeitspräsident Dieter Hundt kritisierte Bahrs Pläne ebenfalls. „Es ist unverantwortlich, zusätzliche Leistungen anzubieten, ohne die Frage ihrer dauerhaften Finanzierung beantworten zu können. So darf keine Pflegereform angegangen werden“, sagte Hundt der

„Welt“. Nach seiner Auffassung könnte bei Gesamtausgaben

der Pflegekassen in Höhe von jährlich rund 20 Milliarden Euro eine bessere Versorgung von Demenzerkrankten „auch über Strukturreformen und Umschichtungen gelingen“. „Notwendig ist nicht mehr Geld, sondern ein effizienterer Einsatz der Mittel, vor allem durch mehr Wettbewerb“, sagte er. SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach fordert eine umfassende Reform der Pflegeversicherung. „Die Einstufung der Pflegebedürftigen muss reformiert werden. Statt der bisherigen drei Pflegestufen benötigen wir fünf Stufen, damit Leistungen passgenau gewährt werden können“, sagte Lauterbach der „Passauer Neuen Presse“. mg/dpa



Schönheitschirurgie**Spahn will Bezeichnung schützen lassen**

Als Konsequenz des französischen Skandals um schadhafte Brustimplantate will der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag, Jens Spahn, den Begriff „Schönheitschirurgie“ gesetzlich schützen lassen.

„Heute können Ärzte, Heilpraktiker und andere die nicht geschützte Berufsbezeichnung Schönheitschirurgie verwenden und damit Verbrauchern eine nicht vorhandene Qualifizierung suggerieren“, sagte Spahn laut „Ärzte-Zeitung“ der in Düsseldorf erscheinenden „Rheinischen Post“. Spahn will die Bezeichnung Schönheitschirurgie daher in das ärztliche Berufsrecht, also in die Weiterbildungsordnungen aufnehmen lassen.

Der CDU-Politiker sprach sich zudem für ein generelles Verbot medizinisch nicht notwendiger Schönheitsoperationen an Minderjährigen aus und forderte, Schönheitschirurgen müssten eine umfassende Haftpflichtversicherung nachweisen.

Die Neuregelungen sollen Spahn zufolge im Patientenrechtegesetz aufgenommen werden, das 2013 in Kraft treten soll. sf/ÄZ



Foto: MEV

EU-Statistik**Kurzes Arbeitslosengeld macht arm**

In Deutschland sind arbeitslose Menschen deutlich öfter nahe der Armutsgrenze als in anderen Ländern Europas. Nach neuen Daten der europäischen Statistikbehörde Eurostat waren zuletzt 70 Prozent der Erwerbslosen hierzulande armutsgefährdet.

Im EU-Durchschnitt waren es dagegen rund 45 Prozent, berichtet die „Berliner Zeitung“. Als armutsgefährdet gelten Menschen, die weniger als 60 Prozent des mittleren nationalen Einkommens zur Verfügung haben. In Deutschland lag die Schwelle für Alleinstehende zuletzt bei 940 Euro im Monat. Die EU-Daten wurden 2010 erhoben. Eine Sprecherin des Bundesarbeits-

ministeriums sagte, das beste Mittel gegen Armut sei Arbeit. Deshalb sei es Ziel der Regierung, die Zahl der Erwerbstätigen weiter zu erhöhen.

Den Grund für das höhere Armutsrisiko von Erwerbslosen in Deutschland sieht der Sozialstaatsforscher der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung, Eric Seils, in der relativ kurzen Bezugsdauer für das Arbeitslosengeld. Er plädiert dafür, dass auch unter 50-Jährige künftig länger als ein Jahr Arbeitslosengeld erhalten. In Dänemark gibt es Arbeitslosengeld dem Bericht zufolge bis zu 208 Wochen, in Frankreich und den Niederlanden bis zu 104 Wochen. eb/dpa

KOMMENTAR**Gut gemeint, aber nicht nötig**

Der CDU-Politiker Jens Spahn will den Begriff „Schönheitschirurgie“ gesetzlich schützen lassen. Doch ist eine gesetzliche Regelung tatsächlich notwendig? Es liegt doch immer noch in der heilberuflichen Verantwortung des Arztes selber, zu entscheiden, wo die Grenze zwischen medizinisch angebrachter OP und purer Kosmetik zu ziehen ist, und den Patienten entsprechend aufzuklären. Bei diesem Spagat zwischen Ethik und Monetik hilft ihm kein Gesetz weiter. Qualifizierung und Qualitätssicherung beginnen nicht erst dort, wo es Vorschriften gibt, sondern setzen bei der Verantwortung des Arztes an und

sollten von ihm entsprechend gelebt werden. Wünschenswert wäre zudem, wenn auch der Patient sich bewusst macht, ob er tatsächlich einen sinnvollen medizinischen Eingriff benötigt oder bloß einem schwammigen Schönheitsideal hinterherjagt. Mündigkeit und Eigenverantwortung sind hier gefragt. Spahns Initiative ist zwar gut gemeint, aber ein Paragraph mehr löst das Problem nicht. Vielmehr müssen auch die übrigen Rahmenbedingungen stimmen. Denn seriöse Schönheitschirurgie ist zuallererst Sache einer intakten Arzt-Patienten-Beziehung mit entsprechenden Freiräumen.

Gabriele Prchala

Versorgung**Mehr Geld für Heilmittel**

Die Kosten für die Versorgung mit Heilmitteln sind in den vergangenen zehn Jahren rasant gestiegen. Das geht aus einer Mitteilung der Bundesregierung hervor. Danach gaben die gesetzlichen Krankenkassen 2010 rund 50 Prozent mehr aus als noch 2000 – die privaten Krankenversicherer sogar fast doppelt so viel.

In absoluten Zahlen hat die gesetzliche Krankenversicherung

(GKV) im Jahr 2010 rund 4,6 Milliarden Euro für Heilmittel ausgegeben, heißt es in einer Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion Die Linke. Bei der privaten Krankenversicherung (PKV) betrug die Summe den Angaben zufolge für das Jahr 2010 sogar rund 801 Millionen Euro.

Weiter schreibt die Regierung, dass die von den gesetzlich Versicherten geleisteten Zuzahlungen um rund 64 Prozent auf 436 Millionen Euro ebenfalls kräftig gestiegen seien. Insgesamt entsprachen die GKV-Ausgaben für Heilmittel 2010 einem Anteil von rund 2,8 Prozent an den gesamten Leistungsausgaben der GKV. mg/pm



Foto: CC



Flickschusterei

Kolumne

Reich wie ein Scheich

In deutschen Krankenhausbetten lassen sich immer mehr Patienten kurieren, die zur Behandlung extra aus dem Ausland einfliegen. Scheichs zum Beispiel. Oder reiche Russen. Zwar hat der Klinikaufenthalt längst nichts mehr gemein mit dem morbiden Zauberbergambiente bei Thomas Mann, ist aber ähnlich exklusiv.

Nehmen wir die Vivantes-Kliniken: Im 21. Jahrhundert umfasst ihr Angebot neben der Medizin einen kompletten Visa- und Reiseservice. Sternehotels, Sightseeing und Showbiz für die mitreisende Family inklusive.

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

Besonders häufig kommen nach Angaben der Tourismuszentrale Holländer, Franzosen, Österreicher und Polen, besonders gefragt sind freilich Russen und Saudis, siehe oben.

Die Kliniken argumentieren, dass die Elitekranken mit ihrer Nobelbehandlung die Holz(l)asse finanzieren.

Okay: Viva Vivantes! Auf dass der Otto-Normalo-Patient vom reichen Scheich profitiert. Noblesse oblige! Oder besser: Scheich drauf!

Ihr vollkommener Ernst