

IDZ-Studie

Wachstumsmarkt Mundgesundheit

Wettbewerb im
Gesundheitswesen

Intensiv-Zahnpflege
im Kindergarten



Foto: Fotolia.com - Robert Kneschke

■ Gerade in Zeiten, in denen nichts mehr richtig rund läuft, haben Erfolgsmeldungen besonders hohen Nachrichtenwert: Deutschlands Mundgesundheitswirtschaft ist definitiv ein langfristig wachsender Wirtschaftszweig.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

der Jobmotor Gesundheitswesen läuft wider Erwarten rund. Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, kann schon im Jahr 2030 jeder fünfte Erwerbstätige im Gesundheitswesen arbeiten. Diese Einschätzung aus einem BMG-Forschungsprojekt führt die Entwicklung vor Augen, die der Arbeitsmarkt nehmen kann, wenn die Rahmenbedingungen stimmen.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und das Wirtschaftsforschungsinstitut Darmstadt (WifOR) haben im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung jetzt spezifisch auf die Mundgesundheitswirtschaft abgestellte Prognosen erarbeitet. Auch die sektorale Entwicklung deutet eindeutig nach oben, so die Rahmenbedingungen den richtigen Weg nehmen.

Und obwohl Arbeitslosigkeit akut nicht mehr zu den größten Ängsten der Bundesbürger zählt: Dieser Ausblick ist beruhigend. Kontinuierliches Wachstum, in einem Bereich generiert, der Gesundheit und Lebensqualität schafft, ist ein konstruktiver Baustein für unsere zukünftige Gesellschaft.

Hier dürfte jedem – selbst dem Krankenversicherungslobbyisten – das anerkennende Kopfnicken nicht schwer fallen. Dass dieser Prozess im Arbeitsmarkt bereits heute in seinen Strukturen angelegt und in seinen Facetten klar erkennbar ist, spricht dafür, dass das beispielhaften Charakter annehmen sollte. Die ewigen Zweifler dürften aufpassen, dass hier ein Arbeitsmarkt funktioniert, gerade weil er eigenständig und selbstverwaltet ist. Er wird von Freiberuflern geprägt und verantwortet. Er ermöglicht die künftig von Arbeitnehmern gewünschte Flexibilität, die das so stark gefragte Prinzip des guten Verhältnisses zwischen Arbeit und Leben gestaltbar macht.

Dieser Sektor, der seine Schwerlast längst nicht mehr auf Reparatur ausgelegt hat, verhindert durch didaktisch klug gesetzte Vorsorge sogar, dass vorzeitiger oder unnötiger Schaden entsteht. Das alles funktioniert wirtschaftlich, so man Wirtschaftlichkeit langfristig berechnet. Dass so ein „Markt“, dessen Protagonisten darüber hinaus ein ausgesprochen gutes Verhältnis zur eigenen „Kundschaft“ pflegen und auch noch eine expandierende Marginalindustrie am Leben halten, funktioniert, klingt in unseren harten

Zeiten zusammenbrechender Wirtschaftssysteme schon fast nach Märchen, ist aber keins. Und es kann weiterhin funktionieren, wenn die Gesellschaft dafür sorgt, dass die Rahmenbedingungen stimmen.

Um noch etwas oben drauf zu setzen: Angesichts der in anderen Bereichen nicht gerade rosigen Prognosen täte die Gesellschaft mangels Alternativen wahrscheinlich sogar besser daran, diesem Bereich unnötige Schwierigkeiten zu ersparen. Vieles spricht dafür, aktiv dazu beizutragen, dass dieser Teil des Arbeitsmarkts „brummt“.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Fotolia.com - detailblick / Titeffoto: Fotolia.com - Sashkin/zm

Zum Titel

Bis 2030 entstehen rund 76 000 neue Jobs im Dentalsektor. Zukunft Zahnarztpraxis – warum die Branche boomt.

Seite 32



Foto: O. Petruchin

Kiefernekrosen werden nicht nur durch Bisphosphonate ausgelöst. Auch andere Medikamente können die Ursache sein.

Seite 40

Editorial 3

Leserforum 6

Leitartikel

Warum der Vorschlag zur zahnärztlichen QS-Richtlinie den Patienten zugute kommt, erläutert der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz 8

Nachrichten 10

Gastkommentar

Welche Folgen das Patientenrechtegesetz hat, analysiert Dorothea Siems, Politik-korrespondentin der „Welt“ 20

Das aktuelle Thema

Zukunft des Gesundheitswesens: Der Wettbewerb soll es richten 22

Politik und Beruf

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen:: Mundschleimhaut und Parodontium 24

Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV: Auftakt zum Jahr der Patienten 26

Report Familien in Baden-Württemberg: In der Pflegemühle 28

Aus den Ländern

Winterfortbildungskongress Braunlage: Zahnärztliche Wissbegierde 30


Titelstory

Neue IDZ-Studie: Wachstumsmarkt Mundgesundheit 32

Mundgesundheitswirtschaft: Jobmotor für die Zukunft 34

Zahnmedizin

Der besondere Fall: Nicht nur Bisphosphonate erzeugen Kiefernekrosen 40

 Der aktuelle klinische Fall: Das sinosale Osteom 44

Medizin

Neue Allergien: Exotische Leiden 48

Trainieren im Team: Hypoglykämischer Anfall 52

Foto: Fotolia.com - thingamajigs



Wahnsinnsidee, aber kein Geld? Mit Crowdfunding kann man innovative Projekte trotzdem umsetzen.

Seite 94

Foto: Fotolia.com - Visionär



Nach der Arbeit noch die Oma pflegen? Betroffene reiben sich unter der Doppelbelastung meist auf.

Seite 28

Foto: MEV



Heuschnupfen ist verbreitet – doch auch ungewöhnliche allergische Reaktionen, sogar auf den eigenen Partner, nehmen zu.

Seite 48

Arzneimittel in der Schwangerschaft:
Embryotox – viele Infos im Netz **56**

Tagungen

35 Jahre AKFOS:
Zahnmedizin und Recht **57**

DGKfO:
Kieferorthopädie und Mundgesundheit **58**

Fachforum 60

Rezensionen 64

Veranstaltungen 68

Finanzen

Tagesgeld, Festgeld & Co.:
Stetiger Zuwachs **86**

Recht
Urteile **90**

EDV und Technik
Crowdfunding:
Die Masse macht's **94**

Prophylaxe
Zweijährige Interventionsstudie:
Intensivzahnpflege im Kindergarten **96**

Impressum 105

Internationales
EU-Richtlinie elektromagnetische Felder:
Gefahren für die MRT-Versorgung **106**
Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V.:
Solidarität für Spaltkinder **108**

Dentists for Africa e.V.:
Starke Schwestern in Kenia **109**

Hilfsaktionen Splitter **110**

Neuheiten 112

Letzte Nachrichten 143

Zu guter Letzt 146



Irreal

■ Zum Beitrag „Wenn der Markt die Medizin aushöhlt“ in zm 01/2012:

Ethik und Ästhetik, Medizin und Markt – Widersprüche? Davon ist zumindest der Autor des oben genannten Beitrags, Prof. Giovanni Maio, überzeugt und entwirft ein Horrorszenario der deutschen Zahnmedizin. Er beklagt die „Übernahme rein ökonomischer Leitgedanken und -maximen“, die sich in der „unheilvollen“ Orientierung „an der Ästhetik“ (Veneers) und „Übertherapie“ (Implantate) vollzogen. Für ihn sind das Auswüchse einer von der Wettbewerbsgesellschaft geprägten Mentalität, die den „Körper ... zu Markte (trage)“ unter dem Imperativ „Schönsein-Müssen“. Die Folge sei, dass gesunde Zähne krank gemacht würden, statt den „Körper ... als etwas Gegebenes“ zu betrachten. Patienten-Autonomie und Erfüllungsrecht? Nach Maio nur „eine schön bequeme Ethik“, die sich die Zahnmedizin damit zurechtschneide. Die Unterstellungen eines offensichtlich zahnmedizinischen Laien gipfeln in der Frage, ob „ein solcher Arzt wirklich das Richtige studiert (hat) für diese Zielsetzung?“ Antwort: Angesichts der Exposition von Zahn, Mund und Kiefer im zivilisatorischen Miteinander gehört der Wunsch nach einer harmonischen Ästhetik gerade hier zu den persönlichen Ur-

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

anliegen, wenn auch mit kulturell unterschiedlichen Realisationen im Verlauf der Menschheitsgeschichte. Und wer sonst, wenn nicht wir Zahnärzte, sind in unserem Kulturkreis dafür verantwortlich? Und Veneer- und Implantationstechnik sind keine Modeerscheinungen, sondern das Resultat jahrzehntelanger Forschung und Praxiserprobung.



Aber auch wirtschaftswissenschaftlich entpuppt sich der Autor als Laie: „Business- und Arztdenken“ unvereinbar? Ärzte „innerhalb eines auf Wirtschaft getrimmten Systems zu Dienstleistern herabgestuft“? Wieso? In der Tat üben alle (Zahn-)Ärzte volkswirtschaftlich eine Dienstleistungsfunktion aus – rechtlich zwar als freier Beruf, betriebswirtschaftlich aber im Rahmen einer Praxis, die ohne Business-Denken pleite ginge. Gegenmodell: Zahnärzte als Staatsangestellte, die um 17 Uhr Spiegel, Sonde und Pinzette fallen lassen. Besser, Herr Professor? Und was ist mit den Kosten? Der Vorschlag Maios, Zahnärzte zu belohnen, „wenn sie mit minimalstem Aufwand die maximale Zahngesundheit

erhalten“ gleicht dem Ansinnen an einen Läufer, in möglichst kurzer Zeit eine möglichst lange Strecke zu laufen. Beide Versionen sind irreal.

Auch Gesundheitspolitiker haben erstens längst erkannt, dass zwei Variable in der Rechnung keinen Sinn machen und zweitens sich dafür entschieden, den Miteinsatz und nicht die maximale Zahngesundheit als Konstante zu wählen, weil der damit verbundene variable Aufwand – wenn man einmal den ganzen Gesundheitssektor einbezieht – über kurz oder lang das gesamte Brutto-sozialprodukt aufzehren würde.

Dr. Wilh. Bulk
Theresiengrund 10
48149 Münster

Vertan

■ Zum Beitrag „Wenn der Markt die Medizin aushöhlt“ in zm 1/2012:

Eine umfassende und treffende Darstellung der Situation der Medizin in Deutschland, wo nach Jahrzehnten armseligster Honorarpolitik die kaufmännischen Aspekte eine Relevanz erreicht zu haben scheinen, die nicht mehr vernachlässigt werden kann. Grundsätzlich ist dies jedoch kein spezifisch zahnärztliches Phänomen; in den ethischen Kernsätzen des Artikels könnte man von dem Wort „Zahnmedizin“ den Teil „Zahn“ fast jedes Mal weglassen, ohne dass die Aussage etwas verlieren würde. Ethik/Moral tut not in der gesamten Medizin – und zwar nicht in Form einer hypothetischen und

geschwollenen Ethik spezifisch ärztlicher Art, sondern im Sinne dessen, was sich hierzulande (noch) nach allgemeinem Konsensus gehört beziehungsweise nicht gehört. Mit Ethik-Kursen (zum Beispiel im Studium) ist es da allerdings wohl kaum getan. Was für die Zahnärzteschaft ein spezifisches Moment darstellt, ist der Umstand, dass in der beruflichen Pandemie des „kosmetischen Dentistentums“ (so sollte man den üblicherweise verwendeten Anglizismus vielleicht übersetzen) und des professionellen Zahnputzens und -bleichens anscheinend zunehmend vergessen wird, dass unsere (nicht nur gesetzliche) Aufgabe heißt: Feststellung und Behandlung von Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten. Wir sollten unser Fachgebiet also Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde und nicht Zahnmedizin nennen, auch wenn dies die gängige Bezeichnung geworden ist. Und da ist zunächst die Zahnärzteschaft in ihrem Selbstverständnis gefordert (nebst ihrer verfassten Interessenvertretung, so es eine solche gibt), denn es ist auch hier der Geist (des Selbstverständnisses), der die Sprache formt. Wenn unser Berufsbild sich hierauf nicht mehr gründet, vertun wir in den kommenden Jahren all das, was wir in den letzten Berufsgenerationen erreicht haben und degenerieren zum (zertifizierten und qualitätsgesicherten) Anbieter auf dem Marktplatz.

Uwe Bittighofer
Karlsruhe
uwebittig@web.de



Belästigt

■ Zur zm-Beitragsreihe
„Der ethische Fall“:

Mit Interesse habe ich Ihre Artikel in zm und DZZ gelesen. Gerade der Punkt „Unterminierung des akademisch wissenschaftlichen Charakters der Zahnheilkunde“ verdient höchste Beachtung, denn sonst finden wir unser Fach bald an der Fachhochschule und die „kleinen Arbeiten“ wie etwa Zahnsteinentfernungen werden bei „dm“ angeboten. Es wurde höchste Zeit, dass einmal in den Fachzeitschriften Kritik an der immer stärker werdenden Verkommerzialisierung unseres Faches geübt wird.



Foto: [M] Nona L. Vendel-Meinardus

Es kommen leider viel zu oft die „BeWeEllerchen“ zu Wort, die uns beibringen wollen, wie man richtig Geld verdient (zm 24/2011, S. 84: „Terminmanagement – Patientenkategorisierung in A, B und C“). Man kann an Medizin nicht die Maßstäbe der Betriebswirtschaft anlegen. Solche Artikel schaden dem Ansehen des Berufsstands. Von diesen Beiträgen fühle ich mich ebenso belästigt, wie von der aggressiven Werbung für all die tollen neuen Produkte und Geräte, die wir Zahnärzte ununterbrochen kaufen sollen.

Ich persönlich komme in meiner Praxis gut zurecht und kann mir auch Hausbesuche bei Patienten im Altersheim leisten, die ganz und gar unrentabel sind. Darüber denke ich nicht lange nach und mache auch keine Exceltabelle,

die den in dieser Zeit entgangenen Gewinn nach ISO 2001 dokumentiert.

Wenn man natürlich seinen Panamera, den Cayenne der Frau und den Boxster der Tochter auf den Stundenertrag umlegt, hat man solche Freiheiten nicht.

Es wäre schön, wenn weitere kritische Beiträge zu aktuellen Entwicklungen in der Zahnmedizin unter ethischen Gesichtspunkten erscheinen würden. Themen gibt es genug: Praxisketten, Datenschutz (egk), Reglementierungswahn (QM, Validierung), Fortschrittsglaube, Wachstumsdogmen ...

Dr. Mark Vongerichten
Kaiserslautern
m_vongerichten@yahoo.de

Geteilter Meinung

■ Zum Beitrag „Mundschleimhautveränderungen: Nekrotisierende ulzerative Parodontitis beim HIV-Patienten“ in zm 23/2011:

In den zm vom 1.12.2011 hat sich in dem interessanten Artikel „Nekrotisierende ulzerative Parodontitis beim HIV-Patienten“ ein Fehler eingeschlichen. Im Kasten „Fazit für die Praxis“ (vorletzte Zeile) steht „Haarzelleukoplakie“. Es existiert zwar eine Haarzell-Leukämie, jedoch keine Haarzell-Leukoplakie. Hier muss es Haarleukoplakie heißen. Man kann übrigens geteilter Meinung sein, ob eine CD4-Zellzahl von 400/µl dem Normwert entspricht. Dieses ist zumindest der niedrigste Wert (400-1500/µl). Sogar bei der Einteilung der HIV/AIDS-Stadien (CDC-Klassifikation, 1993) wird ein Wert von 500/µl genannt.

Prof. Dr. A. M. Schmidt-Westhausen
CharitéCentrum für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde (CC3)
Aßmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin



Foto: KZBV-Axentis.de

— Patienteninteressen-Zertreter

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

in den Mittelpunkt gehört der Patient. Das sollte Grundlage aller Themen im Gesundheitswesen sein – unabhängig von Blickwarte und Interessenvertretung.

Was die Heilberufe betrifft, spricht dafür unser Berufsethos. Wem das nicht reicht, dem kann ich nur raten, sich mit den Image-Daten von uns Zahnärzten bei unseren

Patienten vertraut zu machen. Ganz aktuell und repräsentativ wird erneut bestätigt: Das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient ist exzellent.

Wem selbst das – aus welchen ideologischen Gründen auch immer – nicht genug ist, dem hilft nur noch gesunder Menschenverstand: Niemand sägt an dem Ast, auf dem er sitzt. Ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt ist auf das intakte Verhältnis zu seinem Patientenstamm angewiesen. Wer verspielt schon seine Existenzgrundlage?

Um so erstaunlicher ist es, wenn Gruppierungen, die sich genau das – Interessenvertretung und Schutz unserer Patienten – auf ihre Fahnen schreiben, uns Heilberufen mit prinzipiellem, mitunter offensichtlich pathologischem Misstrauen begegnen.

» **Ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt ist auf das intakte Verhältnis zu seinem Patientenstamm angewiesen. Wer verspielt schon seine Existenzgrundlage?**

So geschehen im Januar, als sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Richtlinie zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung befasst hat. KZBV und GKV-Spitzenverband haben dazu einen (bis

auf ganz wenige dissente Punkte) gemeinsamen Entwurf erarbeitet, der eine Pseudonymisierung der Daten sowohl der Zahnärzte als auch der Patienten vorsieht. In einer eigens dazu veröffentlichten Pressemitteilung

titeln die Patientenvertreter im G-BA: „Zahnärzte gefährden Qualitätssicherung.“ Ihre Befürchtung garnierten die Vertreter vom Deutschen Behindertenrat, der BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und des Verbraucherzentrale Bundesverbands mit dem Vorwurf einer „überraschenden Auslegung des Paragraphen 299 SGB V“ und sehen den Untergang der Qualitätssicherung, sollte sich der Bundesbeauftragte für Datenschutz diese Auslegung zu eigen machen. Patientenvertreter auf einem irrationalen Kreuzzug. Das ist ein böswilliger und vorsätzlicher Tritt gegen unseren Berufsstand. Er konterkariert nicht nur die seit Jahren gängige Praxis im zahnärztlichen Bereich, er verstößt auch ge-

gen das Gebot des Gesetzgebers, der diese Pseudonymisierung im § 299 des Sozialgesetzbuchs V fordert. Dort wird zwingend vorgeschrieben, das bei Richtlinien des G-BA eine Pseudonymisierung von Patientendaten zu gewährleisten ist. Wer lesen kann, wie sicherlich der Bundesdatenschützer, ist klar im Vorteil. Unser gemeinsam mit den Krankenkassen vorgelegter Entwurf hält sich an diese Rechtsnorm.

Dass die Patientenvertreter angesichts unseres Vorschlags befürchten, die hier ausformulierte Einhaltung des Gesetzes könne einen bisher im ambulanten ärztlichen Bereich auf anderer Basis geduldeten Datentransfer infrage stellen, ist Indiz für die Überreaktion der Patientenvertreter, aber kein stichhaltiger Grund für diesen Frontalangriff. Unabhängig vom Prozedere im ärztlichen Bereich können wir keine Verstöße gegen den Datenschutz akzeptieren, noch dazu ohne Not. In der zahnärztlichen Versorgung sind Maßnahmen zur Sicherung und zur Verbesserung der Behandlungsqualität möglich, ohne dass personenbezogene Patientendaten weitergegeben werden. Und es ist geradezu illusorisch anzunehmen, dass gerade die Krankenkassen sich in einen solchen Entwurf einbringen würden, wenn das nicht erreichbar wäre.

Was Datenschützer für diese Meinung der Patientenvertreter übrig haben, wird sicherlich keinen guten Eindruck bei den zu vertretenden Patienten hinterlassen. Wir Zahnärzte würden jedenfalls nicht so leichtfertig mit sensiblen Daten uns schutzbefohlener Patienten umgehen. Interessieren die Patientenvertreter hier überhaupt die Interessen der Patienten? Oder war der mutwillige Tritt gegen uns angeblich qualitätsfeindliche Raffke-Zahnärzte nur eine willkommene Gelegenheit? Wie dem auch sei: Das war kein Fehltritt eifriger Patientenvertreter, sondern eher der eifernder Interessen-Zertreter.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Psychologie

Vorurteile schon im Kindesalter

Die Wurzeln für fremdenfeindliche Einstellungen liegen nach Erkenntnissen des Jenaer Psychologen Andreas Beelmann oft schon in der Kindheit. Eine Auswertung von 113 Studien weltweit habe ergeben, dass Kinder vor allem im Alter von fünf bis sieben verstärkt ethnische oder nationale Vorurteile entwickeln. Später spiele weniger das Alter als vielmehr das soziale Umfeld wie Freundeskreis und Familie eine größere Rolle, berichtete der Experte. Das Grundschulalter sei deshalb eine kritische Zeit, in

der sich Vorurteile festigen können, erklärte Beelmann. „Wenn es keinerlei Kontakt zu sozialen Fremdgruppen gibt, kann man auch keine persönlichen Erfahrungen machen und hält an pauschalen negativen Bewertungen länger fest.“ Das erkläre die oft hohe Fremdenfeindlichkeit in Regionen mit wenig Ausländern. Einmal entstandene Vorurteile könnten so auch in späteren Lebensjahren auf hohem Niveau relativ konstant bleiben.

Gerade im Grundschulalter sei es daher wichtig, Kindern Kontakte zu Angehörigen anderer Nationalitäten zu ermöglichen. Aus Studien über längere Zeiträume hinweg sei bekannt, dass es bei Kindern, die mit ausländischen Kindern befreundet sind, extrem unwahrscheinlich ist, dass sie fremdenfeindliche Vorurteile bis hin zum Rechtsextremismus entwickeln. mg/dpa



Foto: Fotolia.com - Michael Jung

Organspende

Meistens entscheiden Angehörige

In neun von zehn Fällen müssen die Angehörigen über eine mögliche Organspende entscheiden, weil der Verstorbene seinen Willen nicht dokumentiert hat. Das belegen Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Nur knapp sieben Prozent hatten 2011 ihre Entscheidung schriftlich hinterlegt, zum Beispiel mit einem Organspendeausweis. 28 Prozent hatten sich vor ihrem Tod zumindest mündlich geäußert. In 42 Prozent der Fälle waren die Angehörigen bei ihrer Entscheidung auf den „mutmaßlichen Willen“ des Verstorbenen angewiesen. In jedem vierten

Fall gab es keinen Anhaltspunkt, ob der Tote für oder gegen eine Organspende war. „Die Ablehnungsrate ist mit über 40 Prozent am höchsten, wenn die Entscheidung alleine im Ermessen der Angehörigen liegt“, folgert die Stiftung. „Aus Unsicherheit, die falsche Entscheidung zu treffen, kommt es hier in vier von zehn Fällen zu einer Ablehnung der Organspende.“ Die Zahl der Organspenden in Deutschland ist 2011 deutlich gesunken. Laut DSO spendeten im vergangenen Jahr 1 200 Menschen nach ihrem Tod Organe, 7,4 Prozent weniger als im Vorjahr. eb/dpa

www.igel-monitor.de

Portal bewertet IGeL-Leistungen

Ein neues Internetportal informiert ab sofort über Nutzen und Schaden von Selbstzahlerangeboten beim Arzt. Krankenversicherte sollen dort wissenschaftlich fundierte Bewertungen zu den Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) finden. „In vielen Fällen sind die Leistungen ein großes Ärgernis und leider, das muss man sagen, in vielen Fällen sogar medizinisch bedenklich“, erklärte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer, zum Start der nicht-kommerziellen Plattform in Berlin. Entwickelt wurde sie vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbands (MDS). Befragungen hätten gezeigt, dass inzwischen etwa jedem vierten GKV-Versicherten beim Arztbesuch eine

IGeL-Leistung angeboten wird und Patienten sich nicht ausreichend darüber informiert fühlen, heißt es. In vielen IGeL-Fällen komme kein formeller Behandlungsvertrag zustande, Ärzte verlangten manchmal eine Vorabzahlung. „Die Versicherten beklagen sich darüber, dass Zeitdruck aufgebaut wird, dass keine fundierte Entscheidung möglich ist“, sagte Pfeiffer und forderte grundsätzlich eine 24-stündige Einwilligungssperre für IGeL-Leistungen. Zu erwarten sei, dass Versicherte sich in vielen Fällen gegen das IGeL-Angebot entscheiden. Pfeiffer kritisierte in diesem Zusammenhang auch, dass die im kürzlich vorlegten Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vorgesehenen IGeL-Regelungen nicht weit genug gingen. „Bei den sogenannten Haustürgeschäften gibt es eine gesetzliche Widerspruchsfrist zum Schutz des Verbrauchers. Etwas Vergleichbares brauchen wir auch hier“, betonte sie. mg/dpa



Foto: Fotolia.com - Eric Issele

Stiftung Apollonia zu Münster

Förderpreis ausgeschrieben

Zum elften Mal vergibt die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ im Jahr 2011 ihren Förderpreis für besondere Leistungen auf dem Gebiet der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. „Durch den Preis, der mit 15 000 Euro dotiert ist, will die Stiftung die präventionsorientierte Zahnheilkunde fördern und die Zahnheilkunde als

präventives ärztliches Handeln im Ansehen der Bevölkerung verankern“, so der Vorsitzende des Stiftungsvorstands und Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Klaus Bartling. pr/pm



■ **Bewerbungen sind an die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“, c/o Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Herrn Direktor Ass. iur. Frank Hanneken, Auf der Horst 29, 48147 Münster, zu richten.**

PKV

Neue Tarife für 150 000 Nichtzahler

Immer mehr Privatversicherte bleiben Beiträge schuldig – und tragen damit zu den jüngsten Anhebungen bei. Rund 150 000 Nichtzahler reißen in der PKV nach Branchenangaben ein Finanzloch von mehr als einer halben Milliarde Euro auf. Schassen können die zuletzt teils deutlich teurer gewordenen Versicherer die säumigen Kunden nicht. Eine gesetzliche Regelung soll nun den Weg für einen Nichtzahler-tarif mit geringem Leistungsumfang frei machen. „Es gab Ende September 2011 insgesamt 144 000 Nichtzahler in der Privaten Krankenversicherung“, sagte ein Sprecher des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV), der „Welt“. Debeka-Chef

Uwe Laue hatte deren gesamte Beitragsschuld mit rund 550 Millionen Euro beziffert. Die Bundesregierung erwägt, den Weg für „Nichtzahler-tarife“ frei zu machen, wie in Regierungskreisen bestätigt wurde. Laut „Welt“ soll der rund 100 Euro im Monat kosten und nur akute Krankheiten oder Schwangerschaften abdecken. Zunächst sollten säumige Versicherte zweimal gemahnt werden, bevor ihr bisheriger Tarif automatisch in einen Ruhezustand versetzt wird. Dafür nötige Änderungen seien im Bundesfinanz- und Bundesjustizministerium schon weit gediehen. Im federführenden Finanzressort war dazu allerdings keine Bestätigung zu erhalten. mg/dpa

Wirtschaftsprüferkammern

EU stellt Selbstverwaltung in Frage

Die Europäische Kommission legte Ende 2011 zwei Überarbeitungsvorschläge für europäische Regelungen über Abschlussprüfungen vor: Den Richtlinienvorschlag zur Änderung der Richtlinie 2006/43/EG über Abschlussprüfungen von Jahresabschlüssen und konsolidierten Abschlüssen KOM (2011) 778/2 sowie den Verordnungsvorschlag über spezifische Anforderungen an die Abschlussprüfung bei Unternehmen von öffentlichem Interesse KOM (2011) 779. Ziel sei, so erläutert die BZÄK, die Schwächen des europäischen Systems der Abschlussprüfungen zu überwinden, wie sie die Finanzkrise 2008 deutlich gemacht hätte. Aus Sicht der freiberuflichen Selbstverwaltung habe diese Überarbeitung eine besondere Brisanz. Die Kommission schlägt vor, dass bei Wirt-

schaftsprüfern die Berufsaufsicht, das heißt die Zulassung, Registrierung und insbesondere die Qualitätssicherung, künftig in jedem EU-Mitgliedstaat zentral einer öffentlichen Behörde unterliegen soll. Die öffentliche Aufsicht dürfe ausdrücklich nicht durch Personen erfolgen, die selbst als Abschlussprüfer tätig sind. Ferner könnten sogar Nichtberufsausübende, die über entsprechende Kenntnisse im Bereich Abschlussprüfungen verfügten, mit der Aufsicht betraut werden. Allenfalls in engen Grenzen und unter fachlicher Aufsicht der öffentlichen Behörde sollten die Mitgliedstaaten ausschließlich Aufgaben der Zulassung und Registrierung auf andere Organisationsformen, das heißt auf Körperschaften der beruflichen Selbstverwaltung, übertragen können. pr/pm

Krankenhäuser**Notaufnahmen überfüllt**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) warnt vor immer mehr Patienten in den Notaufnahmen der Kliniken. Die Zahl sei in den vergangenen Jahren deutlich, auf rund sechs Millionen jährlich gestiegen. In einer Stellungnahme gegenüber dem ARD-Politikmagazin „Report Mainz“ heißt es: „Die Krankenhäuser übernehmen hier einen wesentlichen Teil des Versorgungsauftrags, den eigentlich die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren Mitgliedern zu erfüllen hätten.“ Angesichts des Ärztemangels sehen Experten bereits Versorgungsengpässe in den Notaufnahmen. Gesundheitsökonom Christopher Niehues, Dozent an der „Mathias Hochschule“ in Rheine, hat mehr



als 20 Notaufnahmen analysiert. Im Interview mit „Report Mainz“ sagte er: „Viele Notaufnahmen sind zu vielen Zeiten, gerade nachts und am Wochenende, am Rande ihrer Belastungsfähigkeit. Zwangsläufig müssen wir damit rechnen, dass es immer häufiger zu kritischen Versorgungssituationen in Notaufnahmen kommen wird, die letztendlich die Sicherheit der Patienten gefährden.“ Die Vizepräsidentin der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin (EuSEM), Barbara Hogan, sieht neben der steigenden Patientenzahl auch die Unerfahrenheit der Ärzte als Problem. Um die Qualität der Notaufnahmen zu steigern, fordert sie für Deutschland eigene Fachärzte für Notfallmedizin. Die Bundesärztekammer lehnt die Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin ab. In einer Stellungnahme gegenüber „Report Mainz“ heißt es: „Eine eigenständige Qualifikation, die hauptsächlich auf organisatorische Aspekte und auf die Führungsqualifikation zur Leitung einer bestimmten Krankenhauseinheit abstellt, passt nicht in die Systematik der (Muster-)Weiterbildungsordnung.“ ck/pm

Krankenkassen**KKH-Allianz und Allianz trennen sich**

Die beiden Krankenversicherungen KKH-Allianz und Allianz Private Krankenversicherung kündigen zum Jahresende ihre Zusammenarbeit auf. Der Grund: Die wechselseitigen Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Seit Einführung des Gesundheitsfonds Anfang 2009 arbeitet

die KKH-Allianz mit der Allianz im Vertrieb und in der Risikoberechnung zusammen. Jene hatte sich nach einer Meldung der „FAZ“ von der Kooperation erhofft, dass das Neugeschäft bei Zusatzversicherungen für Brillen oder Zahnersatz belebt wird. ck

Pläne der EU-Kommission**Medizinstudium soll verkürzt werden**

Die Deutsche Hochschulmedizin wendet sich mit aller Deutlichkeit gegen die von der EU-Kommission vorgeschlagene Erschwerung des Medizinstudiums. Die Brüsseler Behörde will das Medizinstudium bei gleicher Pflichtstundenzahl (5 500 Stunden) von sechs auf fünf Jahre verkürzen. Eine derartige Verdichtung des Studiums sei weder umsetzbar noch wünschenswert. „Von den 5 500 Mindeststunden, die an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität geleistet werden, entfallen 1 920 Ausbildungsstunden auf das Praktische



Jahr“, erläutert Prof. Dieter Bittersuermann, Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT). „Wenn Brüssel nun ein Studienjahr streichen will, müssten die verbleibenden 3 580 Stunden künftig in vier Jahren bewältigt werden. Der wöchentliche Lern- und Lehraufwand würde um 25 Prozent zunehmen.“ Dr. Alfred Büttner, Leiter der Abteilung Europa der Bundesärztekammer (BZÄK) erklärte gegenüber den zm: „Generell kann ich anmerken, dass die BZÄK sich strikt gegen eine Absenkung oder Aufweichung des zahnärztlichen Ausbildungsniveaus, egal auf welche Weise dies erfolgen sollte, ausgesprochen hat. Dies dürfte analog auch für die Ausbildung der Humanmediziner gelten.“ sf

■ www.mft-online.de

Qualitätszertifikat**BZÄK-Website hat jetzt das afgis Logo**

Die BZÄK-Website trägt jetzt das Qualitätslogo des Aktionsforums Gesundheitsinformati-



system (afgis) e.V. Die Website war von zwei unabhängigen Institutionen geprüft und für gut befunden worden. Bereits 2011 hatte das Institut für Qualität und Transparenz von Gesundheitsinformationen (IQTG) das Webangebot der BZÄK mit dem medisuch-Logo zertifiziert. Nun wurde die Prüfung durch afgis e.V. positiv bestätigt. Die BZÄK-Seite erfülle alle Transparenzkriterien und erhalte damit als qualitativ hochwertiges Gesundheitsinformationsangebot

im Netz das Qualitätslogo, erläutert die BZÄK. Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e.V. ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Verbänden, Unternehmen und Einzelpersonen zur Förderung der Qualität von Gesundheitsinformationen, bei dem die BZÄK Gründungsmitglied ist. pr/pm

■ Für Websitebetreiber, die sich für das Zertifizierungsverfahren von afgis interessieren, steht eine „Gebildete Anleitung zum afgis-Qualitätslogoverfahren“ zur Verfügung: www.afgis.de/afgis-logo/afgis-Anleitung_Dez_2011_Erst_Folge.pdf. Diese dokumentiert, welche Angaben erforderlich sind, um das Prüfverfahren zu beantragen.

TÜV-Studie

QM in Arztpraxen bringt Erfolge

Qualitätsmanagement (QM) in Arztpraxen steigert das Bewusstsein für die Arbeitsprozesse. Das fand eine Studie des TÜV SÜD zusammen mit der Stiftung Gesundheit heraus. Die deutschlandweite Befragung von Ärzten in Großpraxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und ambulanten Kliniken zeigt aber noch mehr.

Laut der Studie „Qualitätsmanagement in ärztlichen Großpraxen und medizinischen Einrichtungen 2011“ reagieren fast neun von zehn Mitarbeitern gut bis ausreichend auf die Einführung von QM. Knapp die Hälfte aller befragten Ärzte bewertete

die Reaktion der Mitarbeiter auf die angekündigte Veränderung mit der Note drei. Nur zehn Prozent aller Mitarbeiter waren der Erneuerung gegenüber sehr negativ eingestellt.

Gut zwei Drittel der Ärzte gaben an, dass sich nach der QM-Einführung das Bewusstsein hinsichtlich der Arbeitsprozesse verbessert habe, 37 Prozent sind überzeugt, dass die Patienteninteressen stärker wahrgenommen werden. Obwohl 43 Prozent der befragten Ärzte ein erhöhtes Diskussionsvolumen im Team wahrnehmen, können laut 41 Prozent die Teambesprechungen mithilfe von QM effizienter

gestaltet werden. „Die Ergebnisse bestätigen die Erfahrungen, die wir mit Kunden machen. Ein QM-System muss gelebt werden. Die Einbindung der Mitarbeiter ist ein wichtiger Erfolgsfaktor – das haben auch die Praxen erkannt“, erklärt Carsten Diercks, Experte für QM-Systeme im Gesundheitswesen und Projektverantwortlicher bei der TÜV SÜD Management Service GmbH. Laut Umfrage involvieren fast 80 Prozent der Befragten ihre Mitarbeiter kontinuierlich in den QM-Prozess. 14 Prozent gaben außerdem an, ihre Mitarbeiter bereits im Voraus über den Ablauf aufgeklärt zu haben, und

7,5 Prozent sprechen ihren Mitarbeitern sogar mehr Kenntnisse über den Prozess zu als sich selbst. Im Vergleich zum gesamten ambulanten Sektor binden Arztpraxen, MVZ und ambulant versorgende Kliniken ihre Mitarbeiter in höherem Maße in QM ein. Interessant ist, dass weniger als die Hälfte aller befragten Ärzte der Meinung sind, dass ihr Team die Skepsis hinsichtlich QM überwunden habe.

Knapp 60 Prozent der Mitarbeiter stehen der Einführung von QM somit trotz enger Mitarbeiterbindung und positiven Veränderungen noch immer kritisch gegenüber. mg/pm

Bundesregierung**Apothekenbetriebsordnung im Kabinett**

Das Bundeskabinett hat die Novelle der Apothekenbetriebsordnung von Gesundheitsminister Daniel Bahr zur Kenntnis genommen. Der Verordnungsentwurf bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

Die geltende Apothekenbetriebsordnung wurde 1987 in Kraft gesetzt. Sie regelt die Arzneimittelversorgung und umfasst die Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln, aber auch ihre Abgabe

und die Beratung von Patienten. Wie das Bundesgesundheitsministerium informiert, soll laut neuer Betriebsordnung die Dokumentation bei der Herstellung von Rezeptur Arzneimitteln verbessert werden, um deren Qualität und die Nachvollziehbarkeit der Rezepturerstellung zu erhöhen. Außerdem sei deutlicher als bisher festgelegt, dass eine Apotheke so eingerichtet sein müsse, dass die Vertraulichkeit der Beratung gewahrt und das Mithören des Beratungsgesprächs verhindert oder zumindest erschwert wird.

Zusätzlich müssten Apotheken in Zukunft die Qualität der Beratung und anderer pharmazeutischer Tätigkeiten über ein Qualitätsmanagementsystem dauerhaft gewährleisten, heißt es. mg/pm



Foto: ABDA

Migrationspolitik**Freie Berufe integrieren Azubis**

Anlässlich seiner Teilnahme am Integrationsgipfel der Bundesregierung erklärte BFB-Präsident und Zahnarzt Dr. Rolf Koschorrek (CDU): „Ausbildung ist die beste Integration. Hier haben die freien Berufe Vorbildcharakter.“ Laut Koschorrek weisen die freien Berufe mit 8,5 Prozent den mit Abstand größten Anteil ausländischer Auszubildender unter allen Ausbildungsbereichen aus. Anders gewendet heißt dies, von den Lehrstellen, die ausländische Jugendliche innehaben, fällt jede achte in den Bereich der freien Berufe. „Ob die Integration in Ausbildung und Beschäftigung gelingt, hängt von guter Bildung, inklusive Sprach-, Sozial-

und Fachkompetenzen ab“, sagte Koschorrek. Hierzu seien Investitionen in die frühkindliche Bildung und Betreuung wie der Ausbau von Krippen-, Kindergartenplätzen sowie Ganztagschulen unabdingbar.

Ein erfolgreiches Miteinander bedinge, miteinander zu sprechen. Also müsse Sprachkompetenz erworben werden können, aber auch nachgefragt werden. Hier liege eine besondere Chance für die Menschen mit ausländischen Wurzeln. Diese sollten sie, indem sie eine zweite Sprache mitbringen, auch als Zusatzqualifikation verstehen, appellierte der BFB-Präsident in Berlin. sf/pm

Neues Forschungsergebnis**BMI des Arztes beeinflusst Beratung**

US-Forscher haben jetzt in einer Erhebung bei 500 niedergelassenen Allgemeinmedizinern und Internisten untersucht, wie deren Einstellung zum Thema Gewichtsreduktion in Abhängigkeit vom eigenen BMI ist. Wie die „Ärztezeitung“ berichtet, hatte die Arbeitsgruppe um Dr. Sarah Bleich den beteiligten Ärzten dazu einen aus 49 Punkten bestehenden Fragebogen vorgelegt. Laut den Ergebnissen sind schlankere Ärzte wohl die besseren Gesundheitsberater, wenn es um Übergewicht und Fettleibigkeit geht. Ärzte mit normalem BMI gaben jedenfalls signifikant häufiger als Kollegen mit erhöhtem BMI an, im Gespräch mit übergewichtigen Patienten die notwendige Gewichtsreduktion zu thematisieren (30 versus 18 Prozent). Die Befragung ergab zudem, dass

normalgewichtige Ärzte ein stärkeres Vertrauen in die eigene Fähigkeit besitzen, den Patienten Ratschläge zum Thema Ernährung (53 versus 37 Prozent) und körperliche Bewegung (56 versus 38 Prozent) geben zu können. Ärzte mit normalem BMI vertraten signifikant häufiger als schwergewichtige Kollegen die Ansicht, dass dicke Patienten den Ratschlägen zur Gewichtsabnahme wahrscheinlich weniger trauen, wenn sie von übergewichtigen oder adipösen Ärzten gegeben werden (80 versus 69 Prozent). Dagegen war in der Gruppe mit erhöhtem BMI der Anteil jener Ärzte höher, die nach eigener Einschätzung erfolgreich sind, wenn es um die Verschreibung einer gewichtsreduzierenden Medikation geht (26 versus 18 Prozent). Die dickeren Ärzte zeigten sich zudem häufiger davon überzeugt, ihren Patienten erfolgreich beim Abspecken geholfen zu haben, auch wenn insgesamt nur ein geringer Anteil der Befragten einen solchen Erfolg reklamierte (fünf versus zwei Prozent). sf



Foto: Fotolia.com - Pejo

BZÄK und KZBV**Hygiene-Empfehlung des RKI getadelt**

BZÄK und KZBV haben den von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Krinko) und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorgelegten Entwurf der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ scharf kritisiert. Er sei „komplett am Risikoprofil von Krankenhäusern, an der Maximalversorgung und an den

Arbeitsabläufen von zentralen Sterilgutversorgungsabteilungen orientiert. Wenn dieser Entwurf für den ambulanten Sektor Gültigkeit erhalten soll, bedarf er einer kompletten Überarbeitung“, heißt es in der Stellungnahme. Neben der fachlichen Auseinandersetzung mit dem Entwurf ist die BZÄK auch auf politischer Ebene bereits aktiv geworden, um unnötige Belastungen für die Kollegenschaft zu verhindern. ck/pm

Umfrage

Ärzte überzeugt von Healthcare-IT

Der Einsatz von modernster Informationstechnik zum Beispiel in Form von elektronischen Patientenakten bringt einer Umfrage der Beratungsfirma Accenture zufolge in den Augen vieler Ärzte Vorteile. So seien 68 Prozent der Befragten überzeugt, dass die IT organisationsübergreifende Prozesse verbessert. Zwei Drittel glauben, dass sie hilft, medizinische Fehler zu reduzieren. Konkret sehen hierzulande rund 62 Prozent der befragten Ärzte einen Nutzen für Praxis und Patienten. Dabei liegt nach Angaben der Ärzte der größte Nutzen der Healthcare-IT

darin, dass sie hilft, organisationsübergreifende Prozesse zu verbessern. Zwei Drittel der deutschen Ärzte glauben aber auch, dass mithilfe der IT Diagnose-Entscheidungen verbessert werden. Und 57 Prozent meinen, der IT-Einsatz reduziere die Zahl unnötiger Eingriffe. mg/pm



Foto: Fotolia.com - chagim

Tagung

Rationierung und Ethik diskutiert

Für eine intensivere öffentliche Diskussion über die Rationierung im Gesundheitswesen sprachen sich die Teilnehmer eines Symposiums der Leibniz-Universität und der Medizinischen Hochschule Hannover am 27. Januar aus. Ethik und Rationierung stünden nicht im Widerspruch. Vielmehr sei es unethisch, weiterhin so zu tun, als ob nach wie vor alles für alle bezahlt werden könne. In seinem Grußwort unterstrich Prof. Dieter Bitter-Suermann, Präsident der Medizinischen Hochschule in Hannover, dass die Versorgungsforschung eine Über- und Fehlversorgung belege, während zugleich immer wieder auch von einer Verknappung und Rationierung der Mittel die Rede sei. Um die Versorgungslage auch zukünftig abzusichern, forderte er eine aktivere Rolle der Politik: „Es

darf nicht sein, dass die Politik das Problem aussitzt und die Betroffenen im Stich lässt.“

Auf die schlechte Datenlage wies Prof. Johann Matthias Graf von der Schulenburg von der Leibniz-Universität hin. Bislang gebe es wenig Studien, die sich wissenschaftlich mit der Rationierung von Gesundheitsleistungen befassen. Dabei sei die Knappheit von medizinischen Ressourcen Alltag in deutschen Kliniken und Praxen. Nicht nur Ärzten sei längst bekannt, dass Arzneien nicht mehr verschrieben werden, wenn das Budget erschöpft sei. Der Gesundheitsökonom sprach sich dafür aus, das Thema offensiv anzugehen. Um eine Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten, sei es allerdings unerlässlich, Mindeststandards festzulegen.

sg

Skandal um Brustimplantate**Warnung vor weiteren Silikonkissen**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat seine Warnung vor möglicherweise gesundheitsschädlichen Brustimplantaten erweitert. Hintergrund: Die französische Firma Poly Implant Prothèse (PIP) hat auch einen deutschen Hersteller mit minderwertigem Silikon geliefert. Betroffen sind Produkte der Firma GfE Medizintechnik GmbH, die von September 2003 bis August 2004 Brustimplantate unter dem Namen „TIBREEZE“

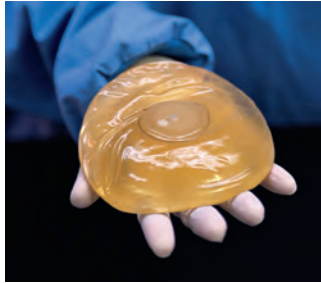


Foto: PhotoDisc

verkauft hat. Seinerzeit wurden die Silikonhüllen durch die GfE Medizintechnik GmbH – heute pfm Medical Titanium GmbH – beschichtet und von PIP mit Silikon geliefert. Der Hersteller weist in einer Kundeninformation darauf hin, dass durch die Veredelung der Oberfläche die gefährliche Rissbildung oder ein sogenanntes Ausschwitzen des Silikons nach bisherigen Erfahrungen unwahrscheinlicher ist als bei Implantaten der Firma PIP. Trotzdem empfiehlt das BfArM nun auch für Implantate des Modells TIBREEZE die vorsorgliche Entfernung. Diese gilt damit für Silikonkissen der Hersteller PIP, GfE Medizintechnik und das Unternehmen Rofil, das PIP-Produkte unter seinem Namen verkauft hatte. mg

Großbritannien**NHS privatisiert komplette Klinik**

Die Privatisierung des staatlichen britischen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) schreitet weiter voran. Erstmals in der Geschichte Großbritanniens wird jetzt ein vormals staatliches Krankenhaus komplett in den Privatsektor überführt. Danach soll es sowohl effizienter als auch patientenfreundlicher werden. Wie ein Sprecher des Londoner Gesundheitsministeriums auf Anfrage der *zm* bestätigte, werde das Hinchingsbrooke Hospital (Grafschaft Cambridgeshire) in diesem Jahr von dem privaten Betreiber Circle übernommen. Bislang wird die Klinik, die 1 700 Ärzte, Krankenpfleger und weiteres Personal beschäftigt, vom NHS geführt. Das Krankenhaus macht seit Jahren Minus, weil es

nicht ausgelastet ist. Nun zogen Gesundheitspolitiker die finanzielle Notbremse. „Wir sind optimistisch, dass ein privater Betreiber die Klinik wieder zurück in die Gewinnzone führen kann“, sagte ein Sprecher der lokalen Gesundheitsverwaltung. „Circle hat einen überzeugenden Sanierungsplan vorgelegt.“ Ärztliche Berufsorganisationen stehen dieser neuen Gesundheitspolitik der Regierung Cameron kritisch gegenüber. Eine Sprecherin des größten britischen Ärzteverbands BMA warnte in London vor einer „scheibchenweisen Privatisierung unseres Gesundheitsdienstes“. In der britischen Zahnmedizin wird heute bereits ein Großteil der Patienten ausschließlich privat therapiert. eb/ast

Initiative in Mecklenburg Vorpommern**Zahnrettungsboxen für 500 Vereine**

Statistisch gesehen verletzt sich jedes zweite Kind noch vor dem 16. Lebensjahr bei Stürzen, Schlägen oder anderen Unfällen insbesondere an den Oberkieferfrontzähnen. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

weitere TK und Kammer ihre Kampagne aus. Bereits Ende 2009 erhielten alle Grund- und Förderschulen in dem nordöstlichsten Bundesland Zahnrettungsboxen. Die Kosten in Höhe von 7 500 Euro trägt die TK. „Das richtige



Foto: Renate Heusch-Lahn

Verhalten in den ersten Minuten nach einer Verletzung ist entscheidend für das weitere Schicksal der verletzten Zähne. Wenn sie richtig versorgt werden, besteht eine hohe Chance, die geschädigten Zähne durch eine regelgerechte

Versorgung in der Zahnarztpraxis im Kiefer zu erhalten“, erklärte der Vize-Präsident der Bundeszahnärztekammer Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (links) bei der Übergabe in Schwerin. sf/rhl

und die Techniker Krankenkasse (TK) haben dem unfallbedingten Zahnverlust den Kampf angesagt. Dafür wurden jetzt über den Landessportbund rund 500 Sportvereine im Land mit einer Zahnrettungsbox ausgestattet. Mit der Übergabe der Boxen

■ www.zahnunfall.de

Amnog**Medikamentenpreise sinken**

Die schwarz-gelben Arzneimittelsparpakete zeigen Wirkung: Die Krankenkassen haben im vergangenen Jahr deutlich weniger für Medikamente ausgeben müssen als 2010. Die Entlastung liegt bei knapp 2,8 Prozent oder knapp einer Milliarde Euro. Zugleich gaben die Preise nach. Die Arzneimittelausgaben gehören mit etwa 18 Prozent Anteil zu den großen Ausgabenposten der gesetzlichen Kassen. Nach Berechnungen des Deutschen Apothekerverbands (DAV) sanken sie 2011 um 2,8 Prozent

oder 800 Millionen Euro auf 27,1 Milliarden Euro.

Die Preise für Arzneimittel sanken nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK im vergangenen Jahr um durchschnittlich 2,4 Prozent. Von Januar 2010 bis Dezember 2011 habe der Rückgang sogar bei 3,6 Prozent gelegen, berichtet die „Bild“. Gründe dafür seien unter anderem die Einführung neuer Nachahmerpräparate sowie sinkende Festbeträge für bestimmte Medikamente. mg/dpa

Nachlese DGI-Kongress

Nanostrukturen zukunftsweisend

Im Knochen verankerte Titanimplantate sind ein solides Fundament für Zahnersatz. Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner, Mainz, skizzierte beim 25. DGI-Kongress in Dresden den Weg von der Entdeckung der Osseointegration bis heute.

Aktuell wird erforscht, wie sich Proteine effektiv an Implantate ankoppeln und Zellen sich zur Knochensynthese anregen lassen. Nanostrukturen könnten dabei eine Schlüsselfunktion übernehmen. Der schwedische Orthopäde Per Ingvar Brånemark entdeckte das Phänomen der Osseointegration von Titan im Jahr 1952, also vor 60 Jahren.

Er definierte seine Entdeckung als strukturellen und funktionellen

behandelte Oberflächen mit definierter Rauigkeit im Submikro-Bereich. Diese wirken hydrophil und fördern die Anlagerung knochenbildender Zellen. Wie eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Wagners Abteilung nachweisen konnte, tragen diese Oberflächen außerdem in unterschiedlichem Ausmaß dazu bei, dass Vorläuferzellen zu Osteoblasten reifen und Schlüsselfaktoren für die knöcherne Einheilung synthetisiert werden.

Wagner erinnerte daran, dass Brånemark für das Jahr 2011 in einer Vorschau auf mögliche Weiterentwicklungen eine „biologische“ Zeit angekündigt hatte.

Aktuelle Forschungsziele seien laut Wagner osteo-induktive, adhäsive und antiinfektiöse Eigenschaften. Diese und andere Methoden sollen die Osseointegration schneller und damit sicherer

machen, was vor allem bei schwachem Knochen und bei Risikopatienten relevant sein kann.

So tragen experimentelle Oberflächen Signalmoleküle für die gezielte Anlagerung von Proteinen. Antiinfektiöse Effekte werden hingegen interessanterweise nicht durch aufgetragene Wirkstoffe, sondern wiederum durch Nanostrukturierung erreicht. Wagner schlussfolgerte, dass die Zukunft biologischen Modifikationen, aber auch physikalisch oder chemisch wirksamen Nanostrukturen gehören könnte. sp/dgi



Foto: Initiative proDente e.V.

Verbund zwischen Knochen und Oberfläche eines belasteten Implantats. Dieser folgt der primären Stabilisierung, die zum Beispiel durch eine geeignete Gewindegestaltung und die Präparation des Knochenlagers erreicht wird.

Die Oberfläche von Brånemarks geschlossen einheilenden Titanschrauben war maschinert, also weitgehend glatt. Die im Jahr 1976 von André Schroeder vorgestellten transgingivalen ITI-Hohlzylinder-Implantate hatten eine additive Titan-Plasmaspray-Beschichtung. Aktueller Standard sind ablativ, also abtragend

Kieferorthopädie

IKG mit neuem Logo

Die Initiative Kiefergesundheit (IKG) hat seit dem 1. Januar 2012 ein neues Logo. Das bedeutet laut der gemeinnützigen Initiative aber nicht, dass man sich von bisherigen Aufgaben verabschiede. „Das neue Logo signalisiert im Gegenteil, dass die Präventionsleistungen



der Kieferorthopädie den gesamten Lebensbogen betreffen – von der Kindheit, die schon immer im Fokus

unserer Arbeit stand, über die Erwachsenenzeit bis in die Phase des Alters“, erklärte die stellvertretende IKG-Vorsitzende Dr. Gundi Mindermann. eb/pm

Laserschutzbeauftragter

Pflicht für Praxen und Kosmetikstudios

Ob Aknenarben, Kurzsichtigkeit oder Karies – Laser gelten heute oft als Allzweckwaffe in Medizin und Kosmetik. Doch Ärzte, Zahnärzte und Kosmetikerinnen, die in ihrer Praxis oder in ihrem Studio lasern, müssen strenge Sicherheitsbestimmungen einhalten: Inzwischen ist es Pflicht, schriftlich einen Laserschutzbeauftragten zu bestellen, sofern Laser der Schutzklassen 3 oder 4 zum Einsatz kommen. Unter diese Klassen fallen die meisten Medizin- und Kosmetik-Laser. Laserschutzbeauftragte müssen die Teilnahme an einem anerkannten Laserschutz-Kurs nachweisen.

Denn: Bei etwa 70 Prozent aller Laser-Unfälle sind die Augen betroffen, was sogar zum Erblinden führen kann, wie der Laserexperte

Dr. Müller-Steinmann, ärztlicher Direktor des Hautarztzentrums Kiel, berichtete. So erforderten verschiedene Wellenlängen von Lasern auch unterschiedliche Laserschutzbrillen. Der Dermatologe warnte weiter vor anderen Gefahren: „Wenn Laser Gewebe abtragen, entsteht dadurch Rauch, der giftige Gase wie Benzol und Blausäure sowie Blutfragmente und Viren enthalten kann.“ Hier müssten dann spezielle Rauchabsauger zum Einsatz kommen. Zudem bestehe Feuergefahr, besonders wenn sich im Raum entzündliche oder brennbare Materialien befinden, wie etwa Anästhetika, Desinfektionslösungen, Salben oder Kunststoffe. „Ein Tabu im Behandlungsraum sind Spiegel“, erklärt der Experte. „Denn sie könnten den Laserstrahl reflektieren.“ Auch bei Fliesen, anderen glatten Oberflächen und medizinischen Instrumenten ist aus diesem Grund Vorsicht geboten. Die Sicherheitsvorkehrungen reichen bis hin zu den Fenstern, die mit undurchlässigem, nicht brennbarem Material wie Milchglas ausgestattet sein müssten. sp/pm



Foto: Fotolia.com - Max Tactic

DGIM zum Autofahren

Mobile Senioren sind angesagt

Nach Ansicht der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) sollten ältere Patienten gemeinsam mit ihren Ärzten alles dafür tun, um im Alter mobil zu bleiben, denn im Jahr 2040 wird mehr als ein Viertel aller Autofahrer über 65 Jahre alt sein. Bei bestimmten Erkrankungen sollten ältere Menschen jedoch ihren Führerschein abgeben. Für Prof. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM, ist dies aber durchaus kein Grund, an steigende Unfallzahlen zu denken: Ältere Menschen profitierten von ihrer über viele Jahre gewonnenen Fahroutine. In der Unfallstatistik seien 65-Jährige

eher selten vertreten. Fölsch: „Auch viele häufige, mit hohem Alter assoziierte Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Rheuma erhöhen das Unfallrisiko nicht oder nur geringfügig.“ Ab einem Alter von 75 bis 80 Jahren mehrten sich dann aber die Unfälle, da mehr Augenerkrankungen sowie Diabetes Typ 2 und leichte Demenzerkrankungen die Fahrtauglichkeit mindern können, berichtet der Professor für PsychoGerontologie. Da sich die Demenz schleichend entwickelt, sei es nicht einfach, den richtigen Zeitpunkt zu finden, wann ein Patient sich nicht mehr hinter Steuer setzen sollte. Untersu-

chungen wie der „Mini-Mental-Status-Test“ helfen dem Arzt zwar bei der Diagnose, ihre Ergebnisse seien aber nicht das alleinige Kriterium, meint Studienleiter Prof. Kaiser: Für ein Fahrverbot sprächen auch Persönlichkeitsveränderun-

gen hin zu aggressivem und impulsivem Verhalten. sp/pm

*Quelle:
C. Drebenstedt, H. J. Kaiser:
Immobilität im Alter: Fahreignung,
Gang und Stürze; Deutsche
Medizinische Wochenschrift 2011;
136 (40) 000*



Foto: MEV

Die richtige Balance



Foto: Fotolia.com - dampoint

Es ist ein Griff ins Wespennest: Die FDP-Minister Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (Justiz) und Daniel Bahr (Gesundheit) haben den Entwurf für ein Patientenrechtegesetz vorgelegt. Damit werden erstmals alle Regelungen zu diesem Bereich gebündelt. Bisher sind sie in verschiedenen Gesetzbüchern verstreut und teilweise nur durch die Rechtsprechung entwickelt worden. Die Ärzteschaft ist aufgeschreckt und fürchtet „amerikanische Verhältnisse“. Schließlich ist für Mediziner und andere Leistungserbringer in den USA das Risiko hoher Schadensersatzforderungen immens. Die Opposition wirft der Regierung dagegen vor, eine Mogelpackung zu präsentieren. Mit dem Gesetz verbessere sich für die Patienten gar nichts, so monieren SPD und Grüne.

Tatsächlich dürfte sich im Arzt-Patienten-Verhältnis durch das Gesetz wenig ändern – und das ist gut so. Denn das gezeichnete Bild vom rechtlosen Patienten, der sich nicht gegen Ärztepfeusch wehren kann, ist völlig verzerrt. Erstens kommen schwere Kunstfehler hierzulande äußerst selten vor. Zweitens gilt schon heute in diesen Fällen eine umgekehrte Beweislast: Der Arzt muss dann nachweisen, dass der Schaden selbst bei einer richtigen Behandlung eingetreten wäre. Klar geregelt wird zudem, dass der Patient „verständlich und umfassend informiert“ wird. Das umfasst die Diagnose, Behandlungsrisiken und erforderliche Unter-

suchungen – all dies gehört in den Praxen und Kliniken längst zum Alltag.

Den selbst ernannten Verfechtern umfassender Patientenrechte geht es aber um viel mehr. Sie wollen in allen Fällen die Beweislast umkehren. Mediziner stünden dann unter dem Generalverdacht, falsch zu behandeln – es sei denn, sie können das Gegenteil beweisen. Dies zeugt von einem merkwürdigen Verständnis der Heilkunst. Welcher Arzt würde in einem solchen Klima des Misstrauens noch wagen, riskantere Therapien vor-



Foto: privat

Das Patientenrechtegesetz verändert nicht die Balance zwischen Ärzten und Patienten, aber die zwischen Versicherten und Krankenkassen, meint Dr. Dorothea Siems, Politikkorrespondentin der Welt, Berlin.

zuschlagen? Viele Krankheitsbilder sind zudem diffus, sodass die richtige Behandlung oftmals gar nicht auf Anhieb zu finden ist. Absurd ist auch der Vorschlag, den Patienten Schadensersatzansprüche einzuräumen, wenn Ärzte ihnen unwirksame oder überflüssige IGeL-Leistungen empfohlen haben. Die Versicherten sind keineswegs so unmündig, wie manche Politiker tun, sondern durchaus in der Lage, sich über den Nutzen von Zusatzleistungen, die von den Krankenkassen nicht bezahlt werden, zu infor-

mieren. Dass die Nachfrage nach solchen Angeboten in den vergangenen Jahren stetig gewachsen ist, zeigt, dass die Patienten durchaus gewillt und in der Lage sind, für ihre Gesundheit in die eigene Tasche zu greifen. Und Versicherte, die das Gefühl haben, in einer Praxis über den Tisch gezogen zu werden, können sich wehren: Hierzulande gilt schließlich die freie Arztwahl.

Während sich die Beziehung zwischen Patienten und Heilberufen durch das Patientenrechtegesetz nicht grundlegend ändert, gilt das für das Verhältnis zwischen Versicherten und Krankenkassen nicht. Hier räumt der Gesetzgeber den Patienten neue Rechte ein. So müssen die Kassen künftig in engen Fristen über Anträge auf Leistungen entscheiden. Reagiert die Versicherung nicht innerhalb von drei Wochen, so kann sich der Patient künftig die Leistung selbst beschaffen und die Krankenkasse muss die entstandenen Kosten zahlen. Holt die Krankenversicherung zunächst ein Gutachten des MDK ein, so verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Diese klare Regelung verbessert die Position der Patienten deutlich. Denn die heutige Praxis ist nicht immer kundenfreundlich. Manche Kassen lassen sich – ob aus Überforderung oder Absicht – viel Zeit bei der Bearbeitung derartiger Anträge, Befürchtungen, die Krankenkassen könnten infolge der Neuregelung in Zukunft derartige Anträge eher knauseriger behandeln als heute, sind unbegründet. Denn auch für AOK, Barmer & Co. gilt, dass die Versicherten abspringen können, wenn sie sich bei einer Kasse nicht gut aufgehoben fühlen. ■

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Zukunft des Gesundheitswesens

Der Wettbewerb soll es richten

Führt der Wettbewerb im Gesundheitswesen zu einer besseren Patientenversorgung? Diese Frage stellten sich die Teilnehmer einer Tagung des Bundesverbands Managed Care e.V. (BMC) am 24./25.01.2012 in Berlin. Während das FDP-geführte Gesundheitsressort überzeugt ist, das Richtige für die Patienten zu tun, machte die Veranstaltung vor allem eines klar: Unter Wettbewerb kann man Verschiedenes verstehen, auch wenn man scheinbar das Gleiche meint.

Ulrike Flach (FDP), Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, skizzierte die ergriffenen Maßnahmen im Gesundheitsbereich und zog eine positive Bilanz. Priorität habe für die christlich-liberale Koalition vor allem die „weitere verlässliche Finanzierung des Gesundheitssystems“, was angesichts der demografischen Entwicklung eine besondere Herausforderung darstelle. Dabei verfolge die Koalition

Wettbewerb mehr für den Patienten tun können.“ Nicht Zwang sei der Leitgedanke der Liberalen, sondern die Vielfalt, die sich ergibt, wenn Anbieter untereinander im Wettbewerb stehen.

Dabei werde des Öfteren unterstellt, so Flach, dass Wettbewerbselemente im Gesundheitssystem fehl am Platz sind. Doch dies sei ein Missverständnis. Wie der Wettbewerb in der Wirtschaft einen Mehrwert

bereich sei es durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) gelungen, klare Wettbewerbselemente zu installieren, die den Patienten zugute kämen.

Flach unterstrich, dass es besonders wichtig sei, die Vernetzung über Sektorengrenzen hinweg zu optimieren, die Patienten wollten „nicht länger durch ein Labyrinth der medizinischen Versorgung irren“. Ohnehin falle den Patienten zunehmend eine andere Rolle als bisher zu. Sie müssten verstärkt Gesundheitsleistungen hinterfragen und eine gute Versorgungsqualität einfordern. Dieses veränderte Rollenverständnis spiegele sich auch im Patientenrechtegesetz wider, mit diesem würden die Rechte des Patienten gestärkt.

Auf die richtigen Elemente kommt es an

Quasi als Kontrapunkt hinterfragte der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem den Sinn von Wettbewerb im Gesundheitswesen. Er stellte klar, dass man unterschiedlicher Meinung darüber sein kann, was unter Wettbewerb zu verstehen und wie Wettbewerb im Gesundheitswesen zu organisieren ist. Ferner gebe es auch unterschiedliche Antworten auf die Frage, wie stark Versorgungsprozesse gesteuert werden müssen – und nicht die eine, Glück versprechende Methode. Wasem präsentierte eine weiter gefasste Definition von Wettbewerb und bezeichnete diesen mit Hinweis auf die Ökonomie als einen ergebnisoffenen „Such- und Entdeckungsprozess zur Erreichung von Top-Qualität“.

Im Gegensatz zu Bereichen der Marktwirtschaft zeichne sich der Gesundheitssektor durch eine ganze Reihe von Besonderheiten aus, die man bei der Diskussion um die Implementierung von Wettbewerbselementen beachten müsse. Diese seien: ein hohes Maß an asymmetrischer Information, das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, die gesellschaftliche Erwartung an die solidarische Finanzierung



Foto: soupstock – Fotolia.com


Beim Sport ist der Wettbewerb klar definiert, so einfach ist es in der Gesundheitspolitik nicht.

in der Gesundheitspolitik nicht die Vorstellung eines paternalistischen Staates, sondern favorisiere ein Gesundheitssystem, das im Wettbewerb der Anbieter für den Patienten die besten Lösungen bereithält. Dies sei die völlige Umkehr von der Politik der vergangenen Jahre, die von der katholischen Soziallehre geprägt gewesen seien. Flach: „Wir glauben, dass wir mit mehr

für die Konsumenten generieren soll, etwa bessere Produkte, so ziele der Wettbewerb im Gesundheitssystem darauf ab, mehr Effizienz ins System zu bringen und mehr Entscheidungsmöglichkeiten für die Patienten zu erreichen. Beispielsweise erlaube das GKV-Versicherungsstärkungsgesetz Krankenkassen, den Versicherten differenzierte Wahltarife anzubieten. Auch im Pharma-

des Systems und die Zugangsgleichheit zu den Leistungen. Gerade „die signifikanten Merkmale des Gesundheitsbereichs“ machten den Sektor besonders komplex und den Vergleich mit herkömmlichen Märkten so schwierig.

Schon allein die Übertragung der Konsumentenrolle auf die Situation der Patienten könne wegen der ungleichen Informationssymmetrie nicht funktionieren. Eine direkte Übertragung ökonomischer Prozessstrukturen auf das Gesundheitssystem sei daher mit Skepsis anzusehen. Vielmehr erfordere die Adaption von ökonomisch geprägten Elementen in das System eine besondere Sorgfalt.

 **Eine unüberlegte Adaption von marktwirtschaftlichen Wettbewerbselementen ins Gesundheitssystem ist zu vermeiden.**

Wasem unterstrich, dass der Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt, also das Ringen um die besten Leistungsangebote, zwar Sinn mache, die entsprechenden politischen Rahmenvoraussetzungen aber erfüllt sein müssten. Bei der derzeitigen Gesundheitspolitik sei dies jedoch nicht zu erkennen. Um die Adaption wettbewerblicher Elemente ins Gesundheitssystem strukturiert und sinnvoll zu gestalten, brächte Wasem eine zu gründende Aufsichtsbehörde ins Spiel, die auf Länderebene installiert werden sollte und die die Korrelation von Wettbewerb und dessen Auswirkungen auf die Versorgung im Blick haben müsste.

Schlechte Noten erteilte dem gegenwärtigen Gesundheitssystem Prof. Gerd Gigerenzer. Eine effizientere Gesundheitsversorgung brauche vor allem (noch) besser ausgebildete Ärzte und besser informierte Patienten, beides suche man derzeit vergeblich. Entlang der Argumentationskette seines Buches „Better Doctors, better Patients, better Decisions“, bei dem Gigerenzer als Herausgeber fungiert und in dem verschiedene Gesundheitsexperten ihre Vorstellungen für eine bessere medizinische Versorgung darlegen, plädierte er dafür, vorhandene Effizienzreserven im System zu heben, anstatt den Rotstift anzusetzen. sg

GOZ-Novelle 2012 – die wichtigsten Änderungen

Mundschleimhaut und Parodontium

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 5 geht es um „Abschnitt E – Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums“.



Etliche neue berechnungsfähige Positionen finden sich in Abschnitt E der neuen GOZ.

Foto: Fotolia.com - Sebastian Duda

In die Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt E der GOZ „Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums“ wurden die berechnungsfähigen Materialien aufgenommen. Neben den Materialien zur Förderung der Blutgerinnung sind insbesondere die Membranen bei den Maßnahmen zur Geweberegeneration, die dazu erforderlichen Fixierungs-Pins sowie das atraumatische Nahtmaterial gesondert berechnungsfähig.

PAR-Index aufgenommen

Der im Bema seit einigen Jahren aufgenommene „Parodontale Screening Index“ (PSI) findet in der GOZ 2012 mit der neuen Nummer 4005 „Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex“ seine Entsprechung. Die Leistung ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig. Die alte „Mu“ wurde insoweit konkretisiert, dass Taschenspülungen mit eingeschlossen sind.

Neu ist die Nummer 4025 „Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation“. Diese Leistung ist berechnungsfähig, wenn an einem Parodontium unterhalb des Zahnfleischsaums ein Medikament mit hinreichender Stand- und Einwirkzeit eingebracht wird. Entzündungshemmende

Salben erfüllen den Leistungsinhalt nicht. Die Leistung ist beim Mittelsatz des Gebührenrahmens mit 1,94 Euro zwar sehr schwach bewertet, kann aber je Zahn berechnet werden, und das Medikament ist nicht eingeschlossen.

Trennung ein- und mehrwurzeliger Zähne

Bei der „Entfernung harter und weicher Zahnbeläge“ wird nun eine Trennung zwischen den ein- und den mehrwurzeligen Zähnen vorgenommen: Nummern 4040 und 4055. Dabei wurde klargestellt, dass die Belagentfernung auch an Implantaten und an Brückengliedern berechnungsfähig ist. Neu ist die Abrechnungsbeschränkung. Diese Leistung darf nur einmal innerhalb von 30 Tagen berechnet werden. Vorher steht für Nachreinigungsmaßnahmen die Nummer 4060 zur Verfügung, die auch als Nachreinigung nach einer Professionellen Zahnreinigung (1040) herangezogen werden kann.

Parodontalchirurgische Therapien

Hierbei unterscheidet die GOZ jetzt das geschlossene Vorgehen (Nummern 4070 für einwurzelige und 4075 für mehrwurzelige Zähne) vom offenen Vorgehen: Bei den Lappenoperationen (4090 und 4100) gilt allerdings die etwas andere Differenzierung nach Front- und Seitenzähnen, so dass die Prämolarenbehandlung hier unter der höher bewerteten Nummer 4100 subsumiert ist.

Socket preservation

War die alte Nummer 411 nur für das Auffüllen parodontaler Knochendefekte geöffnet, so ist die Leistungsbeschreibung zur Nummer 4110 erweitert worden. Die Verwendung von Proteinen zur regenerativen Behandlung und das Auffüllen von Knochen im Rahmen einer chirurgischen Behandlung – beispiels-





Ob PSI, parodontal-chirurgische Therapien oder socket preservation – für den Zahnarzt ergeben sich einige Änderungen bei der Abrechnung.

weise bei Extraktionswunden – ist nun unter dieser Nummer zu berechnen. Die Kosten von Einmal-Instrumenten, die im Zusammenhang mit dieser Behandlung benutzt werden, sind separat berechnungsfähig.

Neue GOZ-Leistungen

Die Nummer 4130 ist neu gefasst und beschreibt nun die „Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut“. Davon wird das Bindegewebsstransplantat differenziert: Nummer 4133.

Die Osteoplastik kann – sofern sie nicht im Rahmen einer PAR-Operation, sondern als selbstständige Leistung durchgeführt wird – mit der Nummer 4136 berechnet werden.

Immer wenn zu (parodontal-)chirurgischen Leistungen die Verwendung einer Membran hinzutritt, kommt die Nummer 4138 je Zahn/Implantat zur Anwendung. Für einige der parodontalchirurgischen Leistungen ist der Zugang zur Anwendung der OP-Zuschläge nach den Nummern 0500 ff geöffnet, auch wenn diese nicht alle – wie bei 4090 und 4130 – die geforderte Untergrenze bei der Punktzahl erreichen.

Dr. K. Ulrich Rubehn
Kaltenweide 84
25335 Elmshorn

■ Die Bundeszahnärztekammer hat die Kommentierung der neuen GOZ unter folgendem Link veröffentlicht: <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>.

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)

Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV

Auftakt zum Jahr der Patienten

Gelungener Auftakt zum neuen politischen Jahr: Rund 460 Gäste aus Politik, Standespolitik, Ministerien, Medien und Verbänden kamen zum Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV in die Parlamentarische Gesellschaft Berlin. Wieder einmal zeigte sich der zahnärztliche Event als gern genutzte Plattform auf dem Politparkett der Hauptstadt.



Fotos: BZÄK-Axentis.de

Gastgeber mit Politprominenz (v.l.n.r.): BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Johannes Singhammer (CSU), Staatssekretär Thomas Ilka, BZÄK-HGF Florian Lemor, der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz, BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel und Steffen-Claudio Lemme (SPD)

Dr. Peter Engel, BZÄK-Präsident und federführender Gastgeber, nutzte die Gelegenheit zu einem kurzen politischen Statement. Zwar sei die GOZ-Novelle für die Zahnärzte mehr als enttäuschend ausgefallen. Erfreuliche Tendenzen zeigten sich aber beim Versorgungsstrukturgesetz, das als Startpunkt

zu sehen sei, unter anderem die zahnmedizinische Versorgung von behinderten und pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. BZÄK und KZBV hätten hierzu ein entsprechendes Konzept (AuB-Konzept) vorgelegt. Ein erster positiver Schritt sei die Gegenfinanzierung auftretender Mehrkosten für Heim- und Hausbesuche, dem müssten aber weitere folgen. Engel verwies ferner auf die nun gesetzlich verankerte Mitgestaltung der BZÄK beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Sachen Qualitätssicherung und auf das geplante Patientenrechtegesetz, bei dem er vor praxisfremden juristischen Übersteuerungen warnte. Mit Blick auf die demografischen Veränderungen im Berufsstand – die Zahnmedizin wird zunehmend weiblich – forderte er eine gesetzliche Verankerung von Lösungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Als viertgrößter Arbeitgeber im Gesundheitswesen könne die Zahnärzteschaft Seismograf und Ideengeber für zukünftige Entwicklungen sein.



Dr. Peter Engel sieht die Zahnärzteschaft als Ideengeber für zukünftige Entwicklungen.

Paradigmenwechsel

Die Zusammenarbeit mit der Zahnärzteschaft sei nicht immer einfach, aber stets konstruktiv, lobte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, (CDU). Das Jahr 2011 mit der Aufhebung der strikten Budgetierung und damit mehr Verhandlungsspielraum betrachte sie für die Zahnärzte als Paradigmenwechsel. Die Versorgung pflegebedürftiger und behinderter Menschen sei für sie eine „moralische Verpflichtung“, dem Zuschlag für Heimbesuche müssten weitere Maßnahmen folgen. Auch das Thema Familie und Beruf sei in der Politik angekommen, hierzu werde es bald Gespräche geben, zu denen sie die Zahnärzteschaft ausdrücklich einlade.

Für Johannes Singhammer, Stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, ist 2012 das „Jahr der neuen Wege“. Er verwies darauf, dass die im VStG geplanten Versorgungselemente für Pflegebedürftige extrabudgetär veranschlagt seien, ebenso würden bei der Pflegereform Maßnahmen zur zahnärztlichen Versorgung außerhalb des Budgets eingeplant werden. Singhammer: „Es geht um das Nachholen von Humanität.“ Steffen-Claudio Lemme, MdB (SPD), dankte den Zahnärzten für ihre Arbeit am Patienten und für das Allgemeinwesen. Zwar sei man



Für Dr. Jürgen Fedderwitz ist 2012 das Jahr der Patienten.



Begrüßten unisono das stärkere Engagement für pflegebedürftige und behinderte Menschen (v.l.n.r.): Annette Widmann-Mauz, Steffen-Claudio Lemme, Johannes Singhammer, Christina Aschenberg-Dugnus und Harald Weinberg.

sich an vielen Stellen der politischen Arbeit in 2011 nicht einig gewesen, dennoch zähle er auf die Fortsetzung guter Gespräche mit BZÄK und KZBV auch in diesem Jahr. Herausforderungen könnten nur im Dialog mit den Interessenvertretern gemeistert werden. Die guten Leistungen der Zahnärzte bei der Verbesserung der Mundgesundheit betonte Christina Aschenberg-Dugnus, pflegepoli-

er sich für den Zugang zu Präventionsleistungen (wie PZR) für alle aus, der Sozialstatus solle nicht an den Zähnen erkennbar sein.

Anerkennung

Last, but not least nutzte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz als zweiter Gastgeber des Events die Gelegenheit zu politischen Anmerkungen. Während in der Gesundheitspolitik 2011 die Ärzte und Zahnärzte im Fokus standen, seien es 2012 die Patienten. Fedderwitz verwies auf das AuB-Konzept der Zahnärzteschaft, das in der Politik auf allgemeine Anerkennung gestoßen sei und forderte weitere versorgungspolitische Schritte zur Umsetzung ein. Was das geplante Patientenrechtegesetz betrifft, so mahnte er zu „viel Augenmaß“ im Zuge der weiteren Beratungen. Ein Knackpunkt sei das Zuviel an Bürokratie, Ärzte und Zahnärzte

dürften nicht in Formalismus ersticken. Auch appellierte er, dass das in der zahnärztlichen Selbstverwaltung gut etablierte und gelebte Gutachterwesen nicht „unter die Räder“ kommen dürfe. pr



Dr. Günther E. Buchholz, stellvertretender Vorsitzender der KZBV, im Gespräch mit Karin Maag, MdB (CDU)

tische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion. Auch sie verwies auf die geplante Pflegereform und die angedachten Maßnahmen für Pflegebedürftige und behinderte Menschen. Jedoch, so ihr Einwand, sei nicht alles umsetzbar, was wünschenswert ist, dennoch bemühe man sich, die berechtigten Interessen von Zahnärzten und Patienten abzuwägen.

Harald Weinberg, MdB (Die Linke), schließlich sah sich im Konsens mit den Zahnärzten hinsichtlich ihrer Konzepte für alte und behinderte Menschen. Außerdem sprach



Der stellvertretende Vorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer (l.), und Prof. Dr. Dietmar Oesterreich tauschten sich mit dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, aus.



Die Gastgeber mit BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Christoph Benz, dem G-BA-Vorsitzenden Rainer Hess und dessen designiertem Nachfolger Josef Hecken (v.l.n.r.)

Fotos: BZÄK-Aventis.de

Report Familien in Baden-Württemberg

In der Pflegemühle

Pflege und Job lassen sich nur schwer vereinbaren. Das zeigt der „Report Familien in Baden-Württemberg“, den Familienministerin Katrin Altpeter (SPD) jetzt vorstellte. Ihr Fazit: Wer zu Hause Angehörige pflegt, gerät beruflich oft ins Abseits.

Fast neun von zehn pflegenden Angehörigen in Deutschland sind der Meinung, dass Pflege und Beruf nicht gut zu handeln sind. Über die Hälfte hält die Koordination für „eher schwer“ oder „sehr schwer“. Weil

allem reiben sie sich auf. Kündigen oder die Pflege einstellen ist für die meisten keine Lösung. In Deutschland kommt es dennoch häufig vor, dass Pflegenden weniger oder ganz aufhören zu arbeiten. Die – teilweise

Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten unterstützt Pflegenden. Ein gutes Drittel davon bietet eine Arbeitsfreistellung an, die über die gesetzlichen Regelungen hinausgeht. Außerdem gewährt jede elfte Firma im Bedarfsfall finanzielle oder andere Hilfen, um einen Pflegedienst oder eine Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen. In den meisten Betrieben scheint die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf allerdings immer noch eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Doppelt belastet

„Immer mehr Beschäftigte setzen sich der Doppelbelastung aus. Deshalb sind betriebsinterne Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gefragt“, fordert die Ministerin. ck



Foto: kebox – Fotolia.com

es immer mehr alte und pflegebedürftige Menschen gebe, gewinne die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aber zunehmend an Bedeutung, sagt Altpeter. Beispiel Baden-Württemberg: Dort werden laut Altpeter zwei Drittel der Kranken zu Hause gepflegt, überwiegend von Frauen. Bundesweit kummert sich nahezu jeder zehnte Beschäftigte zwischen 25 und 49 Jahren um ältere oder kranke Familienmitglieder, zwei Drittel davon außerdem noch um Kinder.

Im Übrigen klagen die Betroffenen in allen Ländern über nahezu die gleichen Probleme: Stress, eine angeschlagene Gesundheit, finanzielle Sorgen, die unbefriedigende Pflegesituation und die familiäre Belastung generell. Ihre eigenen Interessen kommen meist zu kurz: Freundschaften leiden, auf der Arbeit ist es unbefriedigend, alles in

nicht unbedingt erfüllenden – Alternativen: Pflegeangebote annehmen, die Bedürftigen im Krankenhausaufenthalt pflegen oder sich im Notfall selbst krankschreiben lassen.

Blinde Chefs

Dabei könnten Arbeitgeber die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für ihre Mitarbeiter massiv erleichtern, indem sie die Arbeitszeit entsprechend gestalten. Wenn sie etwa Gleitzeit einführen, die Kernarbeitszeit auflösen und kurzfristig Teilzeit sowie kurzzeitige Arbeitsunterbrechungen zulassen, ohne dass daraus berufliche Nachteile entstehen. Der Knackpunkt: Mehr als 60 Prozent der befragten Personaler geben zu, dass sie das Thema noch gar nicht auf der Agenda haben. Ungefähr ein Drittel der

INFO

Die Familienpflegezeit

Das seit Beginn des Jahres gültige Familienpflegezeitgesetz sieht vor, dass Beschäftigte ihre Arbeitszeit für maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden wöchentlich reduzieren können, wenn sie einen Angehörigen pflegen. Wer beispielsweise auf 50 Prozent herunter geht, erhält als pflegender Angehöriger weiterhin 75 Prozents seines Gehalts. Steigt er wieder voll ein, bekommt er so lange 75 Prozent seines letzten Bruttoeinkommens bis das Zeitkonto wieder ausgeglichen ist. Während der Familienpflegezeit kann dem Arbeitnehmer nicht gekündigt werden und er erwirbt Rentenansprüche. Sein Chef hat die Möglichkeit, beim Bundesfamilienamt einen zinslosen Kredit zur Refinanzierung des von ihm vorzuschießenden Gehaltsanteils zu beantragen. ■

Winterfortbildungskongress Braunlage

Zahnärztliche Wissbegierde

Den Kontroversen in der Zahnmedizin widmete sich der 59. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) in Braunlage. „Was Sie als Zahnarzt schon immer wissen wollten“ wurde laut Kongressmotto vom 25. bis zum 28. Januar im Harz beantwortet.

ZKN-Präsident Dr. Michael Sereny freute sich, knapp 700 Teilnehmer begrüßen zu können – „trotz zunehmender Pflichtveranstaltungen für die Kollegenschaft.“ Er holte aus, dass das heutige Wissen nur der gegenwärtige Stand des Irrtums sei. Damit suchte Sereny bei aller sachlichen Auseinandersetzung um die Kontroversen in der Zahnmedizin dem Thema einen weiterblickenden Aspekt hinzuzufügen. „Seien wir uns bewusst, dass künftige Generationen für unsere heutigen Themen und deren Behandlung bestenfalls ein mildes Lächeln übrig haben werden.“ Der ZKN-Präsident blickte in seiner Rede auf die wichtigsten Ereignisse des Jahres 2011 zurück – vom Unglück in Fukushima über Ehec, Osama bin Ladens Tod, den Arabischen Frühling und die Plagiatsaffären bis zur Finanzmarktkrise und dem zahnmedizinisch wahrscheinlich wichtigsten Thema, der Verabschiedung der neuen GOZ.

Ethik und Zahnmedizin

Den Festvortrag hielt der renommierte Medizinethiker Prof. Giovanni Maio von der Universität Freiburg über die ethischen Grenzen des sich ausweitenden ökonomischen Denkens in der Zahnmedizin. Er appellierte an das Selbstverständnis der Anwesenden, indem er erklärte, der Arztberuf sei etwas Besonderes, nämlich eine Profession. Und eine Profession habe drei Aspekte, die sie ausmache: Sie beziehe sich auf die ganze Person, die sie ausübt – zu einer Profession fühle man sich berufen. Zudem lerne man nicht nur eine Fertigkeit, sondern brauche Erfahrung, erst dadurch



Fotos: D. Wegner-ZKN

Gespannt lauschte das Publikum der Begrüßung von ZKN-Präsident Dr. Michael Sereny (l.) und dem Festvortrag von Prof. Giovanni Maio.

werde man zum Vertreter einer Profession, zum Professionellen. Und schließlich habe sie, im Gegensatz zum Beruf, eine ganzheitliche Orientierung, dem Mediziner gehe es um das Gesamtwohl des Patienten.

Wenn allerdings Medizin als Unternehmung begriffen werde, sei sie keine Profession mehr, sagte der Medizinethiker. Heute gebe es jedoch „eine zunehmende Ökonomisierung in allen Bereichen“. Würden jedoch die Abläufe in sozialen Bereichen nur unter ökonomischen Begriffen verstanden, dann laufe ein standardisierender Optimierungsprozess, wodurch die Persönlichkeit in der Medizin durch ein Prozessmanagement abgelöst werde. Laut Maio führe dies eben nicht zur allseits angestrebten Individualisierung in der Medizin.

„Trotz allem ist Ökonomie in der Zahnmedizin wichtig, sonst werden materielle Ressourcen verschwendet“, sagte der Frei-

burger Professor. Jedoch diene die Ökonomie heute nicht mehr der Medizin, sondern vielmehr die Medizin der Ökonomie. „Das ist eine verkehrte Welt, in der sich die Zahnmedizin heute bewegt.“

Wissenschaft und Praxis

Den 2012 zum dritten Mal ausgelobten Wissenschaftspreis der ZKN erhielt Dr. Anne-Katrin Lührs, Oberärztin in der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und präventive Zahnheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover. Lührs wurde mit dem mit 2000 Euro dotierten Preis für ihre Arbeit über die Haftung von Kompositementen an Dentin ausgezeichnet. Sereny lobte die Verbindung von Wissenschaft und Praxis, die in den Vorträgen der Preisträgerinnen seit der Auslobung des Preises gelungen sei. eb

Wachstumsmarkt Mundgesundheit

Gabriele Prchala

Rund 76 000 neue Arbeitsplätze werden bis zum Jahr 2030 im Dentalsektor entstehen – das betrifft Zahnarztpraxen, Dentallabore und auch den Vertrieb von Produkten im Einzelhandel. Damit leistet die Dentalbranche einen wichtigen Beitrag zum Jobmotor Gesundheitswesen und schafft Wachstumsimpulse. Zu diesem Ergebnis kommt eine neue Studie, die vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln, und dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR, Darmstadt erstellt wurde (Details ab Seite 32ff.). Politisch gesehen sind die Aussagen der Studie ein anschaulicher Beleg für das Erfolgsmodell Freiberuflichkeit.

Die Studie mit dem Titel „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft“ belegt vor allem eines: Die freiberuflich praktizierte Zahnmedizin mit ihren präventions- und versorgungspolitischen Erfolgen und dem damit verbundenen Nutzen für die Bevölkerung bringt positive Effekte für die gesamte



Foto: Fotolia.com-RRF

deutsche Wirtschaft. Gesundheitliche und gesamtwirtschaftliche Ziele stehen nicht etwa in Konkurrenz zueinander, sondern ergänzen und beflügeln sich gegenseitig. Die neue Studie will den Beitrag der Zahnmedizin zur

gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung

und Beschäftigung darstellen, das Beziehungsgeflecht zwischen dem (über Beiträge und Steuern finanzierten) Ersten Mundgesundheitsmarkt und dem (frei finanzierten) Zweiten Mundgesundheitsmarkt klären und die Entwicklungsdynamik der beiden Marktsegmente darstellen. Die Projektleitung liegt bei Dr. David Klingenberg und Dr. Wolfgang Micheelis, IDZ. Partner sind Dr. Dennis A. Ostwald, WifOR und sein Team. Auftraggeber sind die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Schon heute arbeiten der Studie zufolge rund 300 000 Menschen in zahnärztlichen Praxen und rund 100 000 weitere in zahn-technischen Laboren, im Dentalhandel und in der Dentalindustrie. Die Analyse geht davon aus, dass in der Mundgesund-

heitswirtschaft bis zum Jahr 2030 ein zusätzliches Beschäftigungspotenzial für schätzungsweise 76 000 Menschen besteht. Somit könnten im Jahr 2030 insgesamt fast eine halbe Million Beschäftigte in dem Bereich arbeiten. Damit wird die große Bedeutung der Mundgesundheitswirtschaft für den Arbeitsmarkt klar. Während die Gesamtwirtschaft den Prognosen zufolge tendenziell Stellen abbauen wird, fungiert die Mund-

gesundheitswirtschaft mit einem jährlichen Beschäftigungszuwachs von 0,86 Prozent als Beschäftigungstreiber für die Gesamtwirtschaft.

Dentalbranche als Wirtschaftsfaktor

Für Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV, ist damit klar, dass der zahnmedizinische Sektor

nicht immer nur als Kostenfaktor diskutiert werden dürfe: „Die Dentalbranche ist auch Wirtschaftsfaktor und Teil der Jobmaschine Gesundheitswesen.“

Nicht unerheblich sei, dass ein Teil der Arbeitsplätze auch im ländlichen, strukturschwachen Raum entstehen würde. „Wir als KZBV plädieren ja vor allem aus versorgungspolitischen Gründen für den Erhalt einer wohnortnahen zahnmedizinischen Versorgung, die über freiberufliche Praxen organisiert ist. Und wir sehen auch, dass diese freiberufliche Praxisorganisation offensichtlich auch unter beschäftigungspolitischen Gesichtspunkten sinnvoll ist.“ Fedderwitz verweist darauf, dass die Zahnmedizin von heute sich von einem reinen

Reparaturbetrieb wegentwickelt habe, entscheidend sei vielmehr die Verhütung von Zahnerkrankungen. Ausgaben für die präventive Zahnmedizin seien eine sinnvolle Investition, deren Ergebnis eine ständig besser werdende Zahngesundheit der Bevölkerung sei, was auch epidemiologische Studien eindrucksvoll belegten. Besonders erfreulich sei, so Fedderwitz, dass diese positiven Entwicklungen ohne zusätzliche Belastungen für das GKV-System erfolgt seien. Tatsächlich sinke der Anteil der Zahnmedizin an den Leistungsausgaben der GKV seit Langem. Mitte der Siebzigerjahre habe er noch bei über 15 Prozent gelegen, heute seien es rund sieben Prozent. Natürlich bedeute dies auch, dass ein Teil der Ausgaben

nicht mehr in der GKV anfalle, sondern von den Patienten als Eigenanteil beziehungsweise als private Leistung bezahlt werde.

Herausforderung bei Prävention

Den Zusammenhang zwischen dem wachsenden Präventionsbewusstsein in der Be-

völkerung („dental awareness“) und den zu erwartenden Entwicklungen der Mundgesundheitswirtschaft erläutert Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer. Die Wachstumseffekte zeigten sich der Studie zufolge zum großen Teil bei der präventionsorientierten Nachfrage. Und die Erfolge der Prävention hätten zu einem deutlichen Kariesrückgang geführt. Heute müsse man sich in der Zahnmedizin auf neue Heraus-

forderungen einstellen. Dazu gehöre die zunehmende Zahl von Parodontalerkrankungen als Folge demografischer Veränderungen und der damit verbundene längere Erhalt von Zähnen. Auch die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen und deren Betreuung erforderten neue Präventions- und Behandlungskonzepte. Benz: „Die Menschen werden immer älter und sollen und werden ihre eigenen Zähne bis in immer höhere Lebensalter erhalten. Das bedarf natürlich intensiver zahnmedizinischer Betreuung, innovativer Therapien und der technischen Weiterentwicklung von Medizinprodukten.“

Positive Impulse ergäben sich laut Benz für die Entwicklungen beim zahnärztlichen

Praxispersonal. Nicht nur, dass die Zahn-

ärzteschaft damit Bestandschutz betreibe, sondern sie leiste auch einen wichtigen Beitrag zur Sicherung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Die

Ausbildungsquote in Berufen rund um die Zahnmedizin sei traditionell hoch. Es sei davon auszugehen, dass die demografische Entwicklung für weitere Beschäftigungsimpulse sorgen werde.

Einen besonderen Vorteil auf dem zahnmedizinischen Arbeitsmarkt stelle die Möglichkeit dar, zeitlich flexible Arbeitszeitmodelle anzubieten. Dies ermögliche die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. So sei in den letzten Jahren der Anteil der Teilzeitarbeitsplätze weiter gestiegen und liege aktuell bei 26,8 Prozent. Über 84 Prozent der Erwerbstätigen in den Praxen seien weiblich.

Rahmen muss stimmen

Das Fazit der beiden standespolitischen Spitzenvertreter: Die Entwicklungen auf dem Mundgesundheitsmarkt sind dem Prognosemodell zufolge insgesamt erfreulich. Damit der positive Effekt anhält, sollte die Politik aber stabile Rahmenbedingungen gewährleisten. Andernfalls gerate die Jobmaschine ins Stocken.

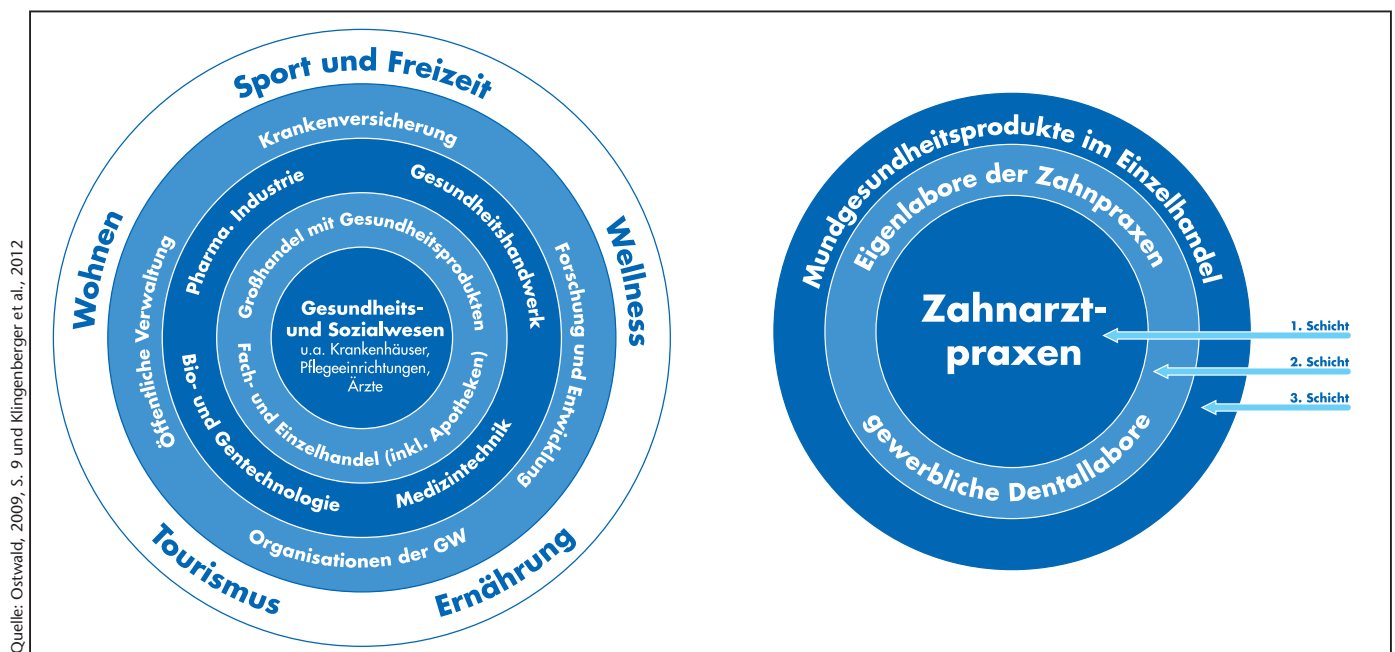
■ Die Ergebnisse der neuen Studie von IDZ und WifOR werden im Rahmen einer Pressekonferenz am 16. Februar in Berlin vorgestellt.



Die Zahnmedizin bringt positive Effekte für die gesamte deutsche Wirtschaft.

Jobmotor für die Zukunft

Mit der Schaffung von 76 000 neuen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2030 ist die Mundgesundheitswirtschaft ein treibender Wirtschaftsfaktor. Dies belegt die neue gesundheitsökonomische Trendanalyse des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zusammen mit WifOR anhand eines innovativen Prognosemodells. Die Wachstumseffekte entstehen vor allem im Zweiten Gesundheitsmarkt, so die Prognosen aus der Wissenschaft.



Grafik 1: Schichtenmodell: Gesundheitswirtschaft und Mundgesundheitswirtschaft

Über den Beitrag der Zahnmedizin zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung und Beschäftigungssicherung in Deutschland gab es bisher keine fundierten Aussagen. Bei der Diskussion über diesen Teil der Gesundheitswirtschaft standen bisher vor allem Kostenfaktoren im Vordergrund, nicht aber produktive Aspekte für die Volkswirtschaft. Die neue Studie quantifiziert – vergleichbar mit Forschungsarbeiten der Gesundheitswirtschaft – jetzt erstmals auch für die Mundgesundheitswirtschaft deren Bruttowertschöpfung und deren Beschäftigungszahlen. Basis sind die Wachstums- und Beschäftigungsanalysen von 1998 bis 2008 anhand der vorhandenen Daten

sowie Prognoseberechnungen für diese beiden Bereiche bis 2030. Die Analyse erfolgt auf der Basis eines mathematisch-statistischen Prognosemodells (Methodik siehe Kasten).

Drei Kernaussagen lassen sich aus der Studie ziehen:

- Die Mundgesundheitswirtschaft schafft 76 000 neue Arbeitsplätze bis zum Jahr 2030 und ist damit ein wichtiger Teil der Jobmaschine Gesundheitswesen.
- Diese Wachstumseffekte resultieren zum großen Teil aus der präventionsorientierten Nachfrage.
- Die Wachstumseffekte entstehen vor allem im Zweiten Gesundheitsmarkt.

Im Folgenden werden die Hauptaussagen der umfangreichen Studie in gestraffter Form skizziert.

INFO

Die neue Studie

David Klingenberg, Dennis A. Ostwald, Paul Daume, Michael Petri, Wolfgang Micheelis: „Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Mundgesundheitswirtschaft“, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Band 33, Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2012, ist im Fachbuchhandel erhältlich.

Tabelle 1: Mundgesundheitswirtschaft in Deutschland – Umsatzvolumen der gesamten MGW (in Mio. €)

	Ausgaben / Umsatz		Veränderung p.a.
	2010	2030	
1. Schicht	14.943,77	18.031,53	0,94 %
davon 2. MGM	3.676,17	6.238,91	2,68 %
2. Schicht	6.255,59	6.822,04	0,43 %
davon 2. MGM	1.538,87	2.360,42	2,16 %
3. Schicht	1.510,00	2.159,55	1,80 %
davon 2. MGM	1.510,00	2.159,55	1,80 %
Gesamt	22.709,36	27.013,12	0,87 %
davon 2. MGM	6.725,04	10.758,88	2,38 %

Quelle: Klittingberger et al., 2012

Gesundheits- und Mundgesundheitswirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft zählt zu einem der größten Wirtschaftszweige und als Wachstums- und Beschäftigungstreiber für die Volkswirtschaft in Deutschland. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes arbeiteten dort 2008 4,6 Millionen Menschen und die Branche erzielte im gleichen Jahr einen Gesamtumsatz von rund 236 Milliarden Euro, das entspricht 10,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP).

Rund sieben Prozent des in der Gesundheitswirtschaft generierten Umsatzvolumens entfallen auf die Mundgesundheitswirtschaft. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt entspricht etwa 0,9 Prozent, der Anteil an der gesamten Bruttowertschöpfung der deutschen Wirtschaft liegt bei 0,6 Prozent. Die Mundgesundheitswirtschaft beschäftigte im Jahr 2010 rund 410 000 Erwerbstätige, was deren Bedeutung für den deutschen Arbeitsmarkt aufzeigt.

Die Gesundheitswirtschaft umfasst das Gesundheits- und Sozialwesen mit ambulanter und stationärer Versorgung, den Pflege-

bereich, sowie assoziierte Teilbereiche mit insgesamt fünf weiteren Schichten. Davon abgrenzbar als Teilbereich ist der Bereich der Mundgesundheitswirtschaft mit insgesamt drei Schichten, den Zahnarztpraxen als erste Schicht, den gewerblichen Dental-laboren und Eigenlaboren als zweite Schicht und Mundgesundheitsprodukten im Einzelhandel als dritte Schicht (Grafik 1).

Zwei unterschiedliche Märkte

Zu unterscheiden ist zwischen Erstem und Zweitem Gesundheitsmarkt. Der Erste Gesundheitsmarkt umfasst die Bereiche der klassischen Versorgung, nämlich die gesetzliche und die private Krankenversicherung. Zum Zweiten Gesundheitsmarkt zählen alle privat finanzierten Produkte und Dienstleistungen rund um die Gesundheit. Schaut man nach der Finanzierungsart, so reicht der Erste Gesundheitsmarkt von erstattungsfähigen Arzneimitteln und Krankenhausaufenthalten bis hin zu Präventionskursen, die durch die Kassen getragen werden. Zum Zweiten Gesundheitsmarkt gehören unter anderem individuelle Gesundheitsleistungen, Wellness-Produkte und OTC-Präparate.

Für die Mundgesundheitswirtschaft legt die Studie die sogenannte klassische Abgrenzung zugrunde: Der Erste Mundgesundheitsmarkt umfasst alles, was durch die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen und durch die Beihilfe getragen wird. Der Zweite Mundgesundheitsmarkt ist eine sogenannte Restgröße, er umfasst alles, was dem ersten Bereich nicht zuzuordnen ist. Durch die Gesetzgebung hat sich in den letzten Jahren ein Markt herauskristallisiert, der vom hochpreisigen Segment auf der einen bis zu Discountangeboten auf der anderen Seite reicht. Mit der Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse im Jahr 2005 hat sich eine Vielzahl von Optionen für Zahnärzte wie auch für Patienten ergeben. Durch private Zuzahlungen hat sich die Relevanz des Zweiten Mundgesundheitsmarkts noch erhöht. Hinzu kommt das gestiegene Mundgesundheitsbewusstsein des Patienten („dental awareness“), das ebenfalls zum Bedeutungszuwachs beiträgt.

INFO

Innovative Methodik

Die IDZ-Studie arbeitet mit einem neu konzipierten Modell zur Prognose der Wachstums- und Beschäftigungseffekte in der Mundgesundheitswirtschaft. Das Modell berücksichtigt die orale Morbidität, die demografische Entwicklung, das Inanspruchnahmeverhalten, das Einkommen pro Kopf und den medizinisch-technischen Fortschritt. Verknüpft werden diese Informationen mit Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung, mit Abrechnungsdaten von Bema und mit epidemiologischen Grunddaten des zahnmedizinischen Versorgungssektors (IDZ-Mundgesundheits-

studien). Diese Daten gehen über das Gesundheitsatellitenkonto (eine volkswirtschaftliche Gesamtrechnung für die Gesundheitswirtschaft) hinaus. Ermöglicht wird die Analyse von Marktsegmenten, nämlich des Ersten und des Zweiten Mundgesundheitsmarkts, von Zahnarztpraxen, Zahntechnik, Dentalprodukten, von Zahnerhalt, Zahnersatz und sonstigen Elementen sowie von Umsatz, Wertschöpfung und Beschäftigung. Eine fortlaufende Aktualisierung ist möglich. Auf Basis der Datennlagen von 1998 bis 2008 wurden Prognosen bis zum Jahr 2030 hochgerechnet. ■

Tabelle 2: Mundgesundheitswirtschaft in Deutschland – Bruttowertschöpfungsentwicklung der gesamten MGW (in Mio. €)

Bruttowertschöpfung			
	2010	2030	Zuwachs p.a.
1. Schicht	9.076,84	10.952,35	0,94 %
davon 2. MGM	2.232,90	3.789,51	2,68 %
2. Schicht	3.408,04	3.716,65	0,43 %
davon 2. MGM	838,38	1.285,96	2,16 %
3. Schicht	890,75	1.273,92	1,81 %
davon 2. MGM	890,75	1.273,92	1,81 %
Gesamt	13.375,63	15.942,92	0,88 %
davon 2. MGM	3.962,03	6.349,39	2,38 %

Quelle: Klingenberg et al., 2012

Zwischen dem Ersten und dem Zweiten Mundgesundheitsmarkt arbeitet die Studie ein komplementäres Verhältnis heraus, das heißt, die beiden Märkte ergänzen sich hinsichtlich ihrer jeweiligen Leistungen.

Solides Wachstumspotenzial

Unter stabilen Rahmenbedingungen weist die Mundgesundheitswirtschaft der Trendanalyse zufolge in den nächsten Jahren ein solides Wachstumspotenzial auf. Für die gesamte Mundgesundheitswirtschaft, die alle drei Schichten umfasst, prognostiziert die Studie (im Basisszenario) ein Umsatzvolumen in Höhe von rund 27 Milliarden

Euro (Tabelle 1). Gegenüber dem Jahr 2010 steigt der Umsatz demnach um 4,3 Milliarden Euro beziehungsweise 22 Prozent. Die prognostizierte jährliche Wachstumsrate der Gesamtumsätze liegt bei rund 0,87 Prozent. Dabei handelt es sich um nominale, nicht inflationsbereinigte Größen.

Außerdem ist der Zweite Mundgesundheitsmarkt der maßgebliche Wachstumstreiber der Wertschöpfung in der Mundgesundheitswirtschaft. Schaut man sich die Bruttowertschöpfung in den drei Schichten an (Tabelle 2), so wird von 2010 bis zum Jahr 2030 ein Anstieg der gesamten Bruttowertschöpfung von 13,37 Milliarden Euro um knapp über 19 Prozent auf 15,94 Milliarden Euro prognostiziert, das entspricht

einem jährlichen Wachstum der Bruttowertschöpfung von 0,88 Prozent. Der Zweite Mundgesundheitsmarkt wird den Berechnungen zufolge weitere 2,39 Milliarden Euro erwirtschaften und damit um etwa 60 Prozent beziehungsweise 2,38 Prozent jährlich zulegen. Die Analyse verdeutlicht, dass der überdurchschnittlich stark wachsende Zweite Mundgesundheitsmarkt als kraftvoller Wachstumstreiber für die Gesamtwirtschaft fungiert.

Für die gesamte Mundgesundheitswirtschaft ist für das Jahr 2010 von einem Umsatzvolumen von rund 22,71 Milliarden Euro auszugehen. Die erste Schicht (zahnärztlicher Leistungsbereich) erzielt dabei 65,8 Prozent der Gesamtumsätze, während der zweiten Schicht (zahntechnischer Leistungsbereich) 27,5 Prozent der Umsätze zuzuordnen sind. Die dritte Schicht leistet mit 6,7 Prozent den vergleichsweise geringsten Beitrag zum Gesamtumsatz der Branche. 2030 werden nach der Prognose rund zwei Drittel der Umsätze der Mundgesundheitswirtschaft, nämlich 66,7 Prozent, auf die Zahnarztpraxen fallen. 25,3 Prozent entfallen auf die zweite Schicht, 8,0 Prozent auf die dritte Schicht (Grafik 2).

Beschäftigungszahlen steigen

Auch die Beschäftigtenzahlen werden sich dem Prognosemodell zufolge positiv entwickeln (Tabelle 3). Für den zahnärztlichen sowie für den zahntechnischen Bereich ergeben sich für das Jahr 2010 insgesamt 382.200 Erwerbstätige. Bis zum Jahr 2030 wird sich der Prognose zufolge die Zahl der Erwerbstätigen in diesem Bereich bis auf 447.300 erhöhen. Dies entspricht einer Steigerung um 17 Prozent gegenüber 2010. Die Beschäftigtenzahl der dritten Schicht wird sich hingegen bis zum Jahr 2030 voraussichtlich um 40 Prozent erhöhen. In diesem Bereich der Mundgesundheitswirtschaft werden im Jahr 2030 voraussichtlich mehr als 38.000 Erwerbstätige beschäftigt sein. Dies entspricht einer Erhöhung um knapp 11.000 Personen. Insgesamt wird die Zahl der Erwerbstätigen in der Mundgesundheitswirtschaft von 2010

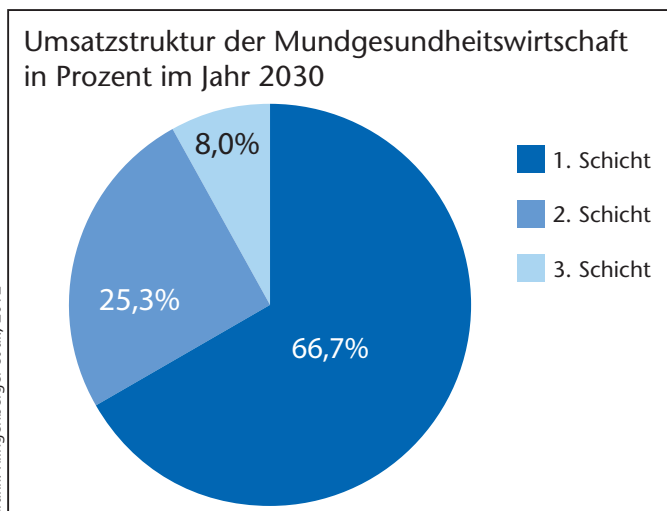


Tabelle 3: Beschäftigungsentwicklung in der MGW

Erwerbstätige (in Tsd.)			
	2010	2030	Veränderung p.a.
1. und 2. Schicht	382,20	447,30	0,79%
3. Schicht	27,36	38,34	1,70%
Gesamt	409,56	485,64	0,86%

Quelle: Klingenberg et al., 2012

bis 2030 um 18,6 Prozent beziehungsweise jährlich um etwa 0,86 Prozent steigen. Während die Branche im Jahr 2010 noch knapp 410 000 Personen beschäftigt, werden 2030 bereits rund 486 000 Erwerbstätige erwartet. Damit entsteht in den nächsten 20 Jahren ein Beschäftigungspotenzial von über 76 000 Personen. Die Mundgesundheitswirtschaft wirkt damit ganz klar als Beschäftigungstreiber für die Gesamtwirtschaft.

Präventionsorientierte Nachfrage

Aufschlussreich sind die Prognosen über das Einkommen der Versicherten und dessen Einfluss auf die Umsatzentwicklung (Tabelle 4). Es zeigt sich, dass Wachstum vor allem

aus präventionsorientierter Nachfrage resultiert. Der zahnerhaltende Leistungsbereich weist die stärksten Umsatzzuwächse auf. Im Jahr 2010 erwirtschaftete er Umsätze in Höhe von 10 Milliarden Euro (Basisszenario), bis 2030 wird der Umsatz voraussichtlich um etwa 26 Prozent auf 12,64 Milliarden Euro steigen. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum von 1,18 Prozent.

Durch die Steigerung der Gesamtumsätze im zahnerhaltenden Bereich werden entsprechend auch die Umsätze im Zweiten Mundgesundheitsmarkt zunehmen. Im Jahr 2010 beläuft sich der Umsatz auf 2,46 Milliarden Euro. Bis zum Jahr 2030 wird sich der Umsatz um 78 Prozent auf 4,37 Milliarden Euro erhöht haben. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum von 2,92 Prozent.

Für den Bereich Zahnersatz ergeben sich dem Prognosemodell zufolge dagegen rückläufige Umsätze. Während im Jahr 2010 noch 3,08 Milliarden Euro auf diesen Leistungsbereich entfallen sind, wird für das Jahr 2030 lediglich ein Umsatz von 2,85 Milliarden Euro und damit ein Rückgang um 8 Prozent prognostiziert.

Trotz der generell abnehmenden Umsätze beim Zahnersatz zeigt sich im Zweiten Mundgesundheitsmarkt noch eine Zunahme der Umsätze. Gegenüber 2010 wird der privat finanzierte Teilmarkt im Jahr 2030 rund 230 Millionen Euro beziehungsweise 30 Prozent mehr umsetzen. Dies entspricht einem jährlichen Wachstum in Höhe von 1,33 Prozent. Da der Zweite Gesundheitsmarkt privat finanziert wird, erscheint ein Anstieg der Umsätze dieses Teilmarkts im Zuge des steigenden Einkommens plausibel. ■

**Tabelle 4: Einkommensszenarien für den zahnärztlichen Leistungsbereich bezüglich Umsatzvolumen (in Mio. €)**

	Einkommenswachstum 1%		Einkommenswachstum 1,96% (Basisszenario)		Einkommenswachstum 3%	
	2010	2030	2010	2030	2010	2030
Zahnerhaltender Leistungsbereich	9.935,23	10.862,95	10.001,73	12.641,98	10.073,78	14.987,36
davon 2. MGM	2.444,06	3.758,58	2.460,43	4.374,13	2.478,15	5.185,63
Zahnersetzender Leistungsbereich	3.075,80	2.612,84	3.084,73	2.851,87	3.094,41	3.167,01
davon 2. MGM	759,65	904,04	758,84	986,75	761,23	1.095,78
Sonstiger Leistungsbereich	1.833,31	1.895,87	1.857,30	2.537,67	1.883,29	3.383,78
davon 2. MGM	451,00	655,97	456,90	878,03	463,29	1.170,78
Gesamt	14.844,34	15.371,66	14.943,77	18.031,53	15.051,48	21.538,14
davon 2. MGM	3.654,71	5.318,59	3.676,17	6.238,91	3.702,67	7.452,19

Quelle: Klingenberg et al., 2012

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/ KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

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

Der besondere Fall

Nicht nur Bisphosphonate verursachen eine Kiefernekrose

Oksana Petruchin et al.

Bislang ist bekannt, dass Bisphosphonate, die zur Therapie unter anderem von Mammakarzinomen sowie der Osteoporose ihren Einsatz finden, Knochennekrosen besonders im orofazialen Bereich auslösen können. Diese stellen für den behandelnden Zahnarzt zunehmend ein großes Problem dar. Der vorliegende Fall beschreibt eine solche Nekrose, die jedoch nicht durch die Bisphosphonatgabe, sondern durch eine andere, in der Krebstherapie verordnete Stoffklasse auftrat.

geruch hingewiesen, den er persönlich nicht wahrnahm.

Anamnestisch war zu eruieren, dass 2007 ein Nierenzellkarzinom diagnostiziert worden war, woraufhin eine Tumornephrektomie der linken Niere erfolgte. Bereits zwei Jahre später wurde eine Weichteilraumforderung im Bereich des Manubrium sterni mit ossärer Destruktion im Sinne einer Metastase des oben genannten Karzinoms diagnostiziert. Eine Regression der sternalen Tumormanifestation konnte unter täglicher Einnahme von 37,5 mg Sunitinib (Sutent®) erzielt werden. Seit April 2010 erfolgte zusätzlich eine intravenöse Gabe von 6 mg Bondronat im sechswöchigen Rhythmus. Die sonstige Medikation bestand aus ASS 100 und L-Thyroxin.

Bei der klinischen Inspektion imponierte ein desolates Gebiss bei starkem Knochenabbau und großflächigem Nekroseareal vestibulär im ersten Quadranten. Die Restbeziehung bestand aus den Zähnen 17, 15, 11 bis 24, 27 sowie 43 und 44. Alle Zähne wiesen Lockerungsgrad III auf. Neben einer spontanen Zahnfleischblutung konnte an mehreren Stellen eine putride Sekretion aus dem Parodontalspalt beobachtet werden. Des Weiteren wies der Patient einen enorm fauligen Foetor ex ore auf.

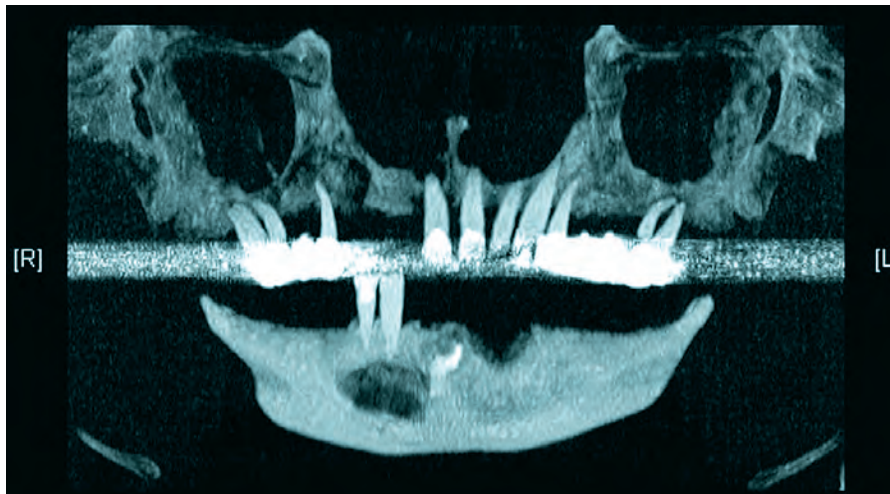


Abbildung 1: Präoperative OPG-Rekonstruktion aus dem CT: zystische Läsion mit Wurzelrest im vierten Quadranten, horizontaler Knochenabbau im Oberkiefer mit osteolytischen Prozessen

Ein 62-jähriger Patient stellte sich im Januar 2011 in der Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie der Universitätsklinik Frankfurt am Main vor. Der Patient hatte seit etwa drei Monaten einen

putriden Ausfluss aus dem rechten Nasenloch bemerkt, der vor allem nachts auftrat, sowie eine starke Zahnlockerung und einen spontanen Zahnverlust. Außerdem wurde er seitens seiner Ehefrau auf starken Mund-

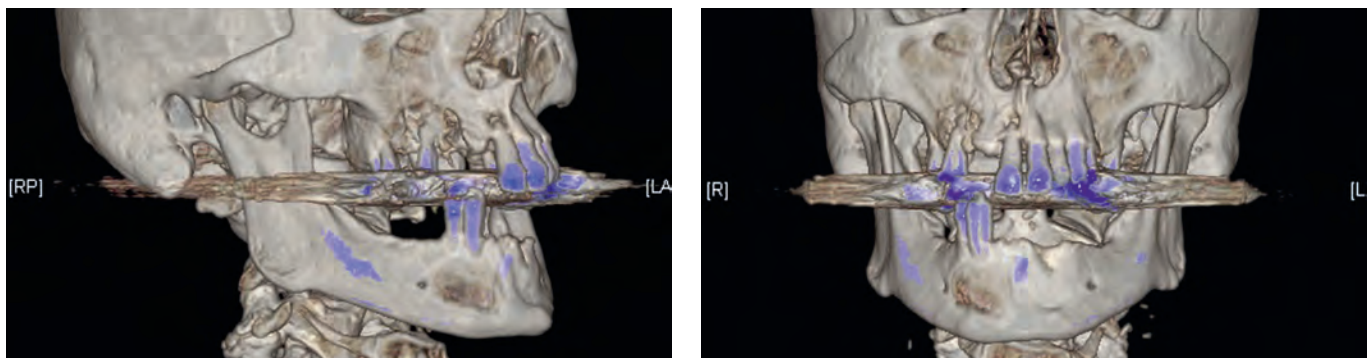


Abbildung 2: In der 3-D-Rekonstruktion des CT-Datensatzes zeigen sich die Destruktion der fazialen Kieferhöhlenwand rechts und die zystische Ausdehnung im UK.

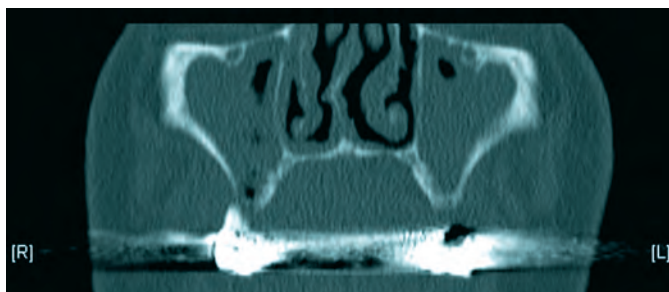


Abbildung 3:
Die computertomografische Darstellung zeigt eine totale Verschattung beider Sinus maxillaris mit Verlust einer kaudalen knöchernen Begrenzung im ersten Quadranten.

Die Computertomografie der Nasennebenhöhlen (NNH-CT) (nativ) zeigte dann das Ausmaß der knöchernen Destruktion. Neben der ausgedehnten generalisierten Nekrose des Oberkiefers konnte nebenbefundlich eine zystische Läsion im Bereich des Unterkiefers Regio 41 bis 45 diagnostiziert werden. Voraussichtlich ging diese vom Wurzelrest des Zahnes 41 aus. Weiterhin bestand eine totale Verschattung beider Sinus maxillaris und eine akzentuierte Lymphadenopathie in allen abgebildeten Leveln. Als therapeutische Maßnahme erfolgte

flächig dekortiziert, bis sich eine Blutung aus dem Knochen zeigte. Die Deckung erfolgte dann lokal mit Mukoperiostlappen.

Nach der Extraktion der nun nur noch vorhandenen Unterkieferzähne 43 und 44, konnten über eine Erweiterung der Extraktionsalveolen sowohl der retinierte Wurzelrest 41 als auch der Zystenbalg vollständig entfernt werden. Im Hinblick auf die Anamnese des Patienten empfahl sich dieses Vorgehen, um die knöchernen Zugangskavität möglichst gering zu halten und den ohnehin geschädigten Knochen keinen größeren chirurgischen Traumata auszusetzen.

Um eine verbesserte Wundheilung zu gewährleisten, erhielt der Patient für insgesamt fünf Tage eine Magensonde. Während des stationären Aufenthalts erfolgte eine parenterale Antibiose. Die Nasentamponade wurde ab dem dritten postoperativen Tag reduziert.

Eine histopathologische Aufarbeitung des eingesandten Knochenmaterials bestätigte die Knochennekrose. Nach einer Heilungsphase von insgesamt drei Monaten konnte eine prothetische Versorgung mit einer Totalprothese in Ober- und Unterkiefer durch den Hauszahnarzt erfolgen. Der Patient wurde instruiert, bei auftretenden Druckstellen sofort den behandelnden Zahnarzt

aufzusuchen, da diese als potenziell typische lokale Auslösefaktoren einer BPNJ (Bisphosphonate-induced osteo-necrosis of the jaw) anzusehen sind [Dannemann C., 2007]. Alternativ zur tegumental getragenen Prothese hätte man eine Implantat-gestützte Lösung zur Verringerung von Prothesenfreiheitsgrad in Betracht ziehen können. In einem systematischen Review von Grötz et al. [Grötz et al., 2010] wird die Möglichkeit einer Implantation bei Bisphosphonat-

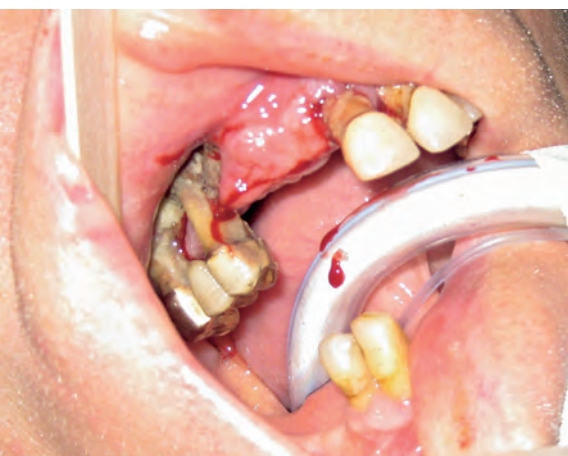


Abbildung 4: Operationssitus mit deutlich sichtbarem Knochensequester Regio 14 bis 16

zunächst unter Intubationsnarkose die Extraktion aller Zähne im Oberkiefer. Hierbei konnte ein großflächiges Knochensequester aus dem ersten Quadranten in toto geborgen werden. Die rechte Kieferhöhle erschien dadurch breitflächig eröffnet, es erfolgte eine ausgiebige Ausräumung des Granulationsgewebes und die Einlage einer Furacintamponade mit Ausleitung zum unteren Nasengang. Der noch verbleibende Alveolarfortsatz des Oberkiefers wurde groß-

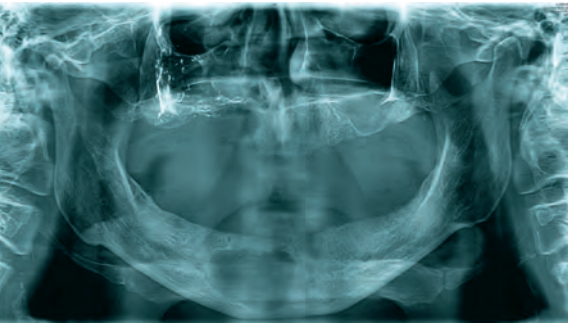


Abbildung 5: Postoperatives OPG nach Zahnextraktion: Zystektomie im UK und Dekortikation im OK: Die Opazität in der rechten Kieferhöhle entspricht den Residuen der eingelegten Jodoformtamponade.

Patienten ausführlich diskutiert. Im vorliegenden Fall würde das Problem neben anderen Risikofaktoren auch rein anatomisch im fehlenden Alveolarfortsatz des ersten Quadranten vorliegen.

Diskussion

Bisphosphonate werden seit über 30 Jahren zur Beeinflussung des Knochenstoffwechsels bei Patienten mit Osteoporose, Knochenstoffwechselerkrankungen oder metastasierenden Tumorerkrankungen eingesetzt. Bei onkologischen Patienten (wie Plasmozytom, Tumorleiden mit Knochenmetastasen) beträgt die Inzidenz einer Kiefernekrose zwischen drei und zehn Prozent (AWMF). Trotz zahlreicher Veröffentlichungen und Fortbildungsveranstaltungen zu den Nebenwirkungen einer Therapie mit Bisphosphonaten, vor allem im zahnärztlichen Bereich, besteht ein großes Wissensdefizit bezüglich

der Behandlung dieser Patienten. Leider werden die Betroffenen mit dem Problem der Nebenwirkung einer möglichen Kiefernekrose (BPONJ) erst mit dem Eintreten dieser konfrontiert. Im klinischen Alltag offenbart sich ein enormes Aufklärungsdefizit. Die erste Reaktion der Patienten erfolgt im Absetzen oder in der Verweigerung einer Weitereinnahme des Präparats.

Ein spontanes Auftreten einer Bisphosphonat-induzierten Kiefernekrose – wie im vorliegenden Fall beschrieben – ist eher seltener anzutreffen, meist geht eine zahnärztlich-chirurgische Intervention voraus [Dannemann C., 2007].

Die Besonderheit des aktuellen Falles liegt im spontanen Auftreten einer massiven Kiefernekrose der eher selten betroffenen Maxilla [Bamais, 2005] nach bereits kurzfristiger Einnahme von Bondronat. Weiterhin sei auf die Therapiekombination aus Sunitinib und Bondronat hingewiesen. Bei Sunitinib handelt es sich um ein Zytostatikum, das seine Indikation bei metastasierenden Nierenzellkarzinomen hat. Der Wirkstoff Sunitinib ist ein Kinaseninhibitor. Diese Enzyme spielen die entscheidende Rolle bei der Vermehrung von Zellen. Sunitinib schaltet auf molekularer Ebene die Signalwirkung von Wachstumsfaktoren aus, die der Tumor für sein Wachstum benötigt.

Der Hersteller Pfizer warnt in einem Rote-Hand-Brief vor der möglichen Entwicklung einer Kieferosteonekrose. Die Vermutungen gehen dahin, dass die anti-angiogenetische

Aktivität von Sunitinib den Heilungsvorgängen entgegenwirkt. Es erscheint deshalb wahrscheinlich, dass eine Kombinationstherapie aus Bisphosphonaten und anderen Zytostatika die Entstehung einer BPONJ begünstigt [Rote-Hand-Brief]. Der Wirkstoff wird derzeit als Ergänzungstherapie mit Bisphosphonaten bei einer Chemotherapie oder einer antihormonellen Therapie, zum Beispiel bei der Behandlung von Prostatakarzinomen, Nierenzellkarzinomen, Brustkrebs oder dem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom, eingesetzt [Manegold, 2007].

Tipps für die Praxis

- Eine besondere Aufmerksamkeit ist bei Patienten mit malignen Grunderkrankungen erforderlich, beziehungsweise die häufige Aktualisierung der Anamnese ist nötig.
- Eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Zahnarzt und dem Onkologen sollte erfolgen.
- Eine zahnärztliche Sanierung vor Einleitung einer Radio-/Chemotherapie oder Therapie mit Bisphosphonat-Präparaten ist unumgänglich.
- Die Abstimmung der zeitlichen Therapieplanung mit anderen Fachdisziplinen ist unbedingt erforderlich.
- Cave, wenn der Patient eine Therapie mit Zytostatika erhält, da es unter antiangiogenetischer Therapie zu Wundheilungsverzögerungen kommen kann.

ZÄ Oksana Petruchin
 Nicole Chambron
 Dr. Dr. Oliver Seitz
 Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. med. habil.
 Robert Sader
 Klinik für Mund-, Kiefer- und
 Plastische Gesichtschirurgie
 Universitätsklinikum Frankfurt
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt
 petruchin@gmx.de



Abbildung 6: Zwei Wochen nach OP mit einer MAV in Regio 14: Es erfolgte eine plastische Deckung.



Abbildung 7: Klinischer Zustand drei Monate nach OP mit deutlichem knöchernem Defizit und Vestibulumabflachung im ersten Quadranten

zm Leser service

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

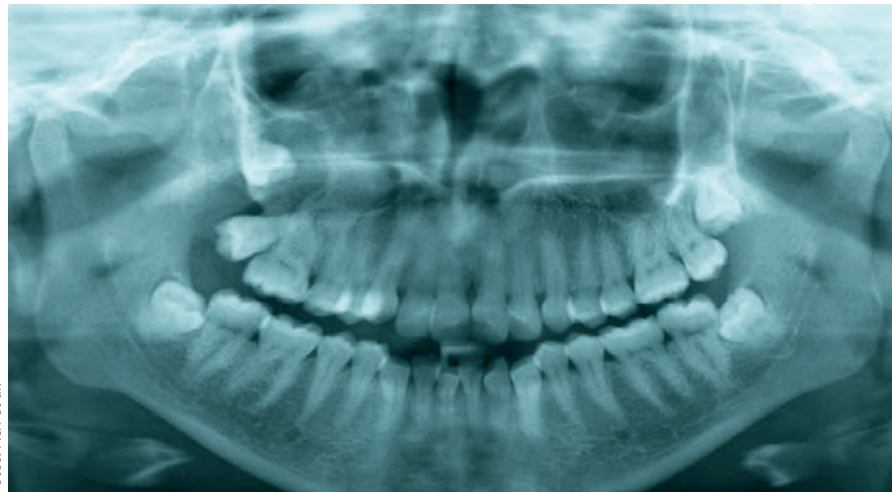
Unklare Raumforderung der Kieferhöhle

Das sinonasale Osteom

Tobias Ach, Elisabeth Huber, Antonios Moralis, Torsten E. Reichert



Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.



Fotos: Ach et al.

Abbildung 1: Präoperatives Orthopantomogramm mit Verschattung der rechten Kieferhöhle und dem in eine zystische Struktur eingebetteten, hochverlagerten Zahn 18. Der Zahn 17 kommt nach distal gekippt zur Darstellung.

Eine 21-jährige Patientin stellte sich in der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Regensburg zur Einleitung einer kieferorthopädischen Behandlung vor. Allgemeinerkrankungen, Allergien oder eine regelmäßige Medikamenteneinnahme wurden, wie auch spezifische Beschwerden im Zahn-, Mund- und Kieferbereich, verneint. In der veranlassten Röntgendiagnostik (Orthopantomogramm und Fernröntgenseitenaufnahme) zeigten sich die Weisheitszähne retiniert und verlagert. Insbesondere der Zahn 18 imponierte hoch verlagert und von einer zystischen Struktur umgeben. Zusätzlich war eine Verschattung im Bereich der rechten Kieferhöhle manifest, die außerdem den Zahn 17 nach distal verdrängte (Abbildung 1). Eine ergänzende digitale Volumetomografie verifizizierte eine knöchern

erscheinende Raumforderung im Bereich der rechten Kieferhöhle mit zystischen Anteilen und dem hoch verlagerten Zahn 18 (Abbildung 2).

Die operative Exploration und Entfernung der unklaren Raumforderung wurde in Intubationsnarkose geplant. Der Zugang zur rechten Kieferhöhle erfolgte mittels eines freien Knochendeckels nach Lindorf. Dabei imponierte eine harte, glatt begrenzte Tumormasse, die wegen ihrer Größe und knöchernen Konsistenz nicht in toto reseziert werden konnte (Abbildung 3). Nach

Separierung der Raumforderung in einzelne Fragmente (Abbildung 4) konnte diese entfernt werden (Abbildung 5). Analog zur präoperativen Diagnostik zeigte sich der hoch verlagerte Zahn 18 in die Raumforderung integriert, die in diesem Bereich zystisch verändert war. Nach vollständiger Resektion der Tumormasse war eine partielle Destruktion der fazialen Kieferhöhlenwand manifest. Nach Anlage eines Nasenfensters zum unteren Nasengang schloss sich in selber Sitzung die Osteotomie der Zähne 28, 38 und 48 an. Die histopathologische Aufarbeitung der zystischen Struktur zeigte eine entzündlich überlagerte epitheliale Zyste entsprechend einer follikulären Zyste. Die mikroskopische Begutachtung der knochenharten Kieferhöhlenraumforderung ergab von respiratorischem Flimmerepithel überkleidete Proliferate aus lamellärem Knochen mit einzelnen lymphoplasmazellulären Entzündungszellinfiltraten (Abbildung 6). In Zusammenschau aller Befunde wurde die Diagnose eines sinonasalen Osteoms gestellt.



Abbildung 2: Präoperatives DVT mit knöchern imponierender Raumforderung und dem in eine zystische Struktur integrierten verlagerten Zahn 18



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

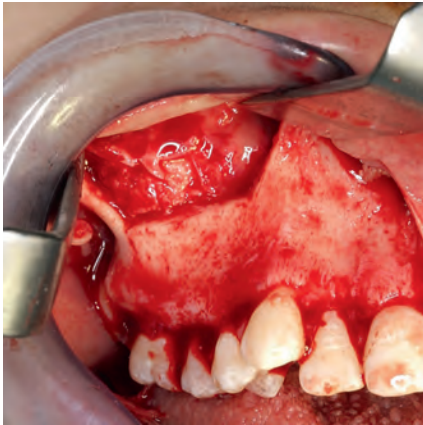


Abbildung 3: Operationssitus nach osteoplastischer Eröffnung der Kieferhöhle

Diskussion

Differenzialdiagnostisch müssen bei einer Verschattung der Kieferhöhle neben entzündungsbedingten Krankheitsbildern (Sinusitis, Kieferhöhlenempyem), einer Kieferhöhlenmykose und einer traumatischen Genese (Hämatosinus) auch zystische Prozesse sowie benigne und maligne Tumoren in Betracht gezogen werden [Metelmann, Kaduk, 2007]. Während inflammatorische beziehungsweise traumatische Erkrankungen in der Regel über eine klinisch-radiologische Untersuchung sicher diagnostiziert werden können, kann vor allem bei asymptomatischen Raumforderungen eine definitive Klassifizierung letztendlich nur über eine histopathologische Aufarbeitung erfolgen.

Unter einem Osteom versteht man dabei nach aktueller WHO-Definition eine benigne Läsion, bestehend aus gut differenziertem reifem Knochengewebe mit überwiegend

lamellärer Struktur von sehr langsamem Wachstum [Jundt, 2010].

Pathogenetisch sind Osteome auf eine posttraumatische beziehungsweise postinflammatorische reaktive Knochenneubildung oder auf eine Ossifikation von bereits vorhandenen knorpeligen Vorläuferläsionen zurückzuführen.

Als primäre Manifestationsorte von Osteomen sind in erster Linie Rippen, Becken, Kiefer und lange Röhrenknochen wie Femur oder Tibia zu nennen [Jundt, 2010].

Bei der Klassifizierung von Osteomen werden drei Gruppen unterschieden [Schajowicz, 1994]:

1. Klassisches Osteom: Dieses findet sich im Bereich der bindegewebig präformierten Schädelknochen (Tabula externa) sowie in der Nasennebenhöhlenregion. Die bevorzugte Lokalisation hierbei sind der Sinus frontalis und die Cellulae ethmoidales. Vereinzelt finden sich Osteome auch – wie im beschriebenen Fall – in der Kieferhöhle.
2. Juxtakortikales/paraossales Osteom: vornehmlich an der Außenfläche der langen Röhrenknochen
3. Medulläres Osteom (Enostom): in spongiossem Knochen

Klassische Osteome manifestieren sich vornehmlich im vierten und im fünften Lebensjahrzehnt mit einer leichten Bevorzugung des männlichen Geschlechts. Treten Osteome bereits in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter auf, muss auch an das Vorliegen eines Gardner-Syndroms gedacht werden, insbesondere bei multipltem ossärem Befall [Jundt, 2010; Rocha, 2011].



Abbildung 4: In Fragmente zerlegtes Osteom inklusive des retinierten und verlagerten Zahnes 18

Fazit für die Praxis

- Differenzialdiagnostisch müssen bei einer Verschattung der Kieferhöhle entzündliche, traumatische und neoplastische Prozesse bedacht werden.
- Manifestieren sich Osteome bereits im ersten oder im zweiten Lebensjahrzehnt, muss das Vorliegen eines Gardner-Syndroms erwogen werden.
- Solide Prozesse in der Kieferhöhle sollten entfernt und einer histopathologischen Begutachtung zugeführt werden, um einen malignen Prozess auszuschließen.

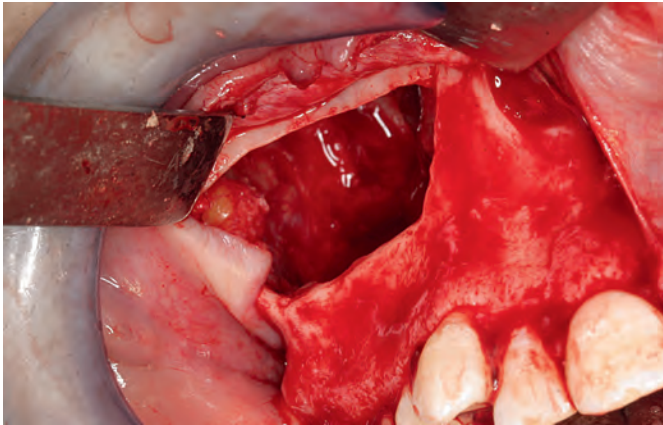


Abbildung 5:
Operationssitus
nach Entfernung
des Osteoms

Dabei handelt es sich um eine autosomal-dominante Form der familiären adenomatösen Polyposis, die neben multiplen Osteomen vor allem mit Darmpolyposis, Epidermoidzysten, einer Hypertrophie des retinalen Pigmentepithels und endokrinen Störungen assoziiert ist. In diesem Zusammenhang ist anzuführen, dass sich die extraossären Symptome häufig erst nach einer Latenzzeit von weiteren zehn bis 15 Jahren zeigen [Jundt, 2010], worüber die Patienten aufgeklärt werden sollten.

Nach aktueller Literatur präsentieren zehn Prozent der Bevölkerung Osteome im Becken, in der Wirbelsäule oder in den Rippen, sodass diese in diesen Regionen als Normvariante einzuordnen sind [Jundt, 2010]. Osteome im Bereich der Nasennebenhöhlen sind wesentlich seltener und werden bei 0,5 bis ein Prozent der Nasennebenhöhlen-

aufnahmen als Zufallsbefund diagnostiziert. Mit circa 80 Prozent bildet dabei der Sinus frontalis den Hauptmanifestationsort im Nasennebenhöhlensystem, gefolgt von den Cellulae ethmoidales [Jundt, 2010; Hosemann, 2010]. Demgegenüber sind Osteome in den Kieferhöhlen als Raritäten zu betrachten [Rocha, 2011]. Radiologisch kommen Osteome als kugelige bis ovale Verschattungen zur Darstellung. Gelegentlich kann auch eine ringförmige Schichtung der einzelnen Mineralisierungszonen beobachtet werden [Jundt, 2010].

Klassische Osteome der Nasennebenhöhlen bleiben in der Regel lange Zeit symptomfrei [Jundt, 2010; Hosemann, 2010] und sind somit häufig – wie auch in diesem Beispiel – Zufallsbefunde im Rahmen einer radiologischen Untersuchung [Woldenberg, 2005]. Erst bei Größenprogredienz entwickeln sich aufgrund der Sekretabflussstörung und der zunehmenden mechanischen Druckwirkung unspezifische Kopfschmerzen respektive Sinusitiden [Jundt, 2010; Hosemann, 2010]. In extremen Fällen ist auch der Einbruch eines Kieferhöhlenosteoms in die Orbitahöhle mit damit verbundener Diplopie und Visusverlust beschrieben worden [Park, 2006].

Die Therapie beinhaltet die Abtragung und histopathologische Begutachtung des Osteoms. Damit soll vor allem ein malignes Geschehen im Sinne eines Osteosarkoms, das speziell im Initialstadium ähnliche klinisch-radiologische Charakteristika aufweisen kann, sicher ausgeschlossen werden [Rocha, 2011]. Die Entfernung von Osteomen der Kieferhöhle kann dabei bei klei-

neren Tumoren über einen endonasalen Zugang durchgeführt werden. Bei größeren Tumoren empfiehlt sich hingegen ein osteoplastischer Zugang zur Kieferhöhle, um eine vollständige Resektion der Raumforderung zu gewährleisten. Größere Osteome müssen hierbei in aller Regel – wie im vorliegenden Fall – in einzelne Fragmente zerlegt und anschließend geborgen werden [Jundt, 2010; Hosemann, 2010]. Die histopathologische Aufarbeitung ergibt vornehmlich lamellären Knochen, der als kompakter Knochen beziehungsweise in Form von Trabekeln angeordnet ist. Zwischen den Trabekeln zeigen sich Fett- und Bindegewebsanteile, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Vor allem bei deutlich ausgebildetem Bindegewebe kann sich die Abgrenzung zum ossifizierenden Fibrom bisweilen schwierig gestalten [Jundt, 2010]. Differenzialdiagnostisch kommen darüber hinaus Osteoblastome, Odontome und Osteosarkome in Betracht [Rocha, 2011].

Dr. Tobias Ach
Dr. Dr. Antonios Moralis
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Tobias.Ach@klinik.uni-regensburg.de

Dr. Elisabeth Huber
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.

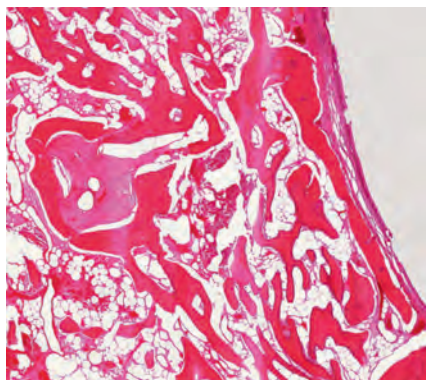


Abbildung 6: Anteile des Osteoms aufgebaut aus reifem, überwiegend lamellärem Knochengewebe; zwischen den Knochenbälkchen liegt lockeres fibrovaskuläres Stroma und Fettmark; am rechten Bildrand Überkleidung durch respiratorisches Epithel (HE-Färbung, 30x Vergrößerung)

Neue Allergien

Exotische Leiden

Dickes Augenlid durch Nagellack, geschwollene Lippen nach einem Kuss, ein anaphylaktischer Schock nach einem Schluck an der Bar – die Suche nach den Ursachen verlangt von Ärzten oft kriminalistische Fähigkeiten. Denn allergische Reaktionen kommen häufiger und wegen immer untypischerer Ursachen vor.

Foto: MEV

Es besteht kein Zweifel mehr: Allergien haben dramatisch zugenommen und verlaufen häufig schwerer als früher. Doch damit nicht genug: Die Ausbreitung der Allergien geht auch mit immer ungewöhnlicheren Unverträglichkeiten einher. Verborgene Allergene in unvermuteten Dingen des täglichen Lebens machen die Suche nach den Übeltätern für die Ärzte oft zu einer frustrierenden Detektivarbeit.

Die Hamburger Medizinerin Lisa Tyzak hat für ihre jüngst veröffentlichte Doktorarbeit am „Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie“ der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 1 762 wissenschaftliche Publikationen zum Thema „Wohnumfeld und Allergien“ ausgewertet. Die von ihr ermittelten Daten lassen die enorme Größenordnung des Problems erahnen: Allergische Krankheiten haben sich innerhalb von 20 Jahren verdoppelt. Bereits heute ist etwa ein Fünftel der Deutschen von einer Allergie betroffen – und es werden immer mehr. Die pro Jahr von Allergien verursachten Kosten liegen in Europa mittlerweile bei 29 Milliarden Euro.

Allergien drohen nicht nur auf der Wiese und unter Bäumen, sondern auch im heimischen Wohnbereich, wo die meisten Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. „Durch diesen hohen zeitlichen Faktor findet sich im Wohnumfeld die größte Exposition gegen-

über Allergenen und anderen Faktoren“, erklärt Tyzak. „Es gibt bereits viele interessante Studien, die veranschaulichen, wie umfassend das Wohnumfeld auf atopische Erkrankungen einwirken kann.“ Dabei seien nicht nur bereits bekannte Allergene wie Hausstaubmilben und Schimmelpilzsporen von Bedeutung, erläutert die Medizinerin. Auch vermeintlich harmlose Wohngegenstände könnten allergische Erkrankungen verschlechtern und stellen somit eine unerwartete Gefahrenquelle dar. Ein typisches Beispiel sind Zierpflanzen: In einer Studie aus Belgien reagierten 78 Prozent der Patienten auf mindestens eine ihrer Zimmerpflanzen mit einem allergischen Schnupfen (Rhinitis).

Tierliebe mit Folgen

Die dramatische Entwicklung zwingt die Allergologen, ihre Behandlungsstandards immer wieder veränderten Umständen anpassen. So wurde früher Menschen, die auf Schuppen von Felltieren allergisch waren, der Verzicht auf Tiere mit Fell oder Federn empfohlen. Sie sollten ihre Tierliebe mit bis dahin unverdächtigen Tierarten wie Reptilien oder Fischen ausleben. Doch der Wechsel verlief nicht immer glücklich.

So befindet sich unter den von der Hamburger Doktorandin untersuchten Publika-

tionen auch ein international berühmt gewordener Fall aus der Hautklinik der TU München: Dort stellte sich vor Jahren eine 23-jährige Frau mit einem chronischen Fließschnupfen vor, die in ihrem Schlafzimmer immer wieder allergische Asthmaanfälle bekam. Sie wurde auf alle gängigen Allergene getestet, auf Milben und Schimmel, auf Pollen und Früchte, jedoch ohne Erfolg. Selbst der besonders häufig allergieauslösende Gummibaum in ihrem Schlafzimmer erwies sich als unschuldig. Erst später erfuhren die Münchner Allergologen, dass die Frau Echsen als haar- und federfreie Haustiere hielt. Damit war die Allergiequelle gefunden: Die Schuppen einer australischen Echse namens Cunninghams Stachelskink (*Egernia cunninghami*) entpuppten sich als die Ursache ihrer Beschwerden.

Solche Fälle sind längst keine Seltenheit mehr. „In der Allergologie scheint nichts unmöglich zu sein“, sagt der Münchner Allergologe Dr. Peter Schnabel: „Es gibt mittlerweile mehr als 20 000 Stoffe, von denen eine allergieauslösende Wirkung bekannt ist und ständig kommen weitere hinzu.“

Schock an der Theke

Fragwürdige Bekanntheit bei Allergologen erlangte eine 34-jährige Frau, die 15 Minuten nachdem sie an der Bar einen Campari-

Orange getrunken hatte, einen schweren anaphylaktischen Schock erlitt. Als auslösendes Allergen wurde das bis zum Jahre 2006 in Campari enthaltene und auch deklarierte Karmin nachgewiesen. „Die Patientin war vermutlich durch den Gebrauch von karminhaltigen Lippenstiften oder Lidschatten sensibilisiert worden, denn sie hatte auf diese Produkte mit Hautbrennen und juckenden Augen reagiert“, berichtet Schnabel.

Der rote Farbstoff Karmin ist ein unter der Nummer E 120 offiziell zugelassener Zusatzstoff. Er darf in Konfitüren, Fruchtzubereitungen und Süßigkeiten, aber auch in Medikamenten und Kosmetika verwendet werden. Karmin ist durchaus natürlichen Ursprungs: Er wird aus Cochenille gewonnen, einer auf den kanarischen Inseln und in Mexiko heimischen Läuseart. Die künstliche Nachahmung der Farbe heißt Cochenille-rot A (Ponceau 4R) und ist unter der Nummer E124 ebenfalls für die Färbung von Brause, Süßwaren, Fruchtgelee oder Lachsersatz zugelassen. Auch dieser Farbstoff gilt als allergologisch problematisch.

Zunächst vor einem Rätsel standen die Ärzte auch bei einer jungen Frau, die unter einem Ekzem auf dem rechten Augenlid litt. Wieso nur auf einem Lid? Die Beobachtung ihrer Haltung beim Lesen verhalf den Medizinern zur Lösung: Die Patientin berührte dabei immer wieder gedankenverloren das rechte Lid mit den Fingern. Dabei kam sie in Kontakt mit dem aufgetragenen Nagellack, der sich als das ursächliche Allergen entpuppte.

„Das kommt häufiger vor als man denkt“, erklärt Schnabel. „Acht Prozent aller Kontaktallergien werden durch Nagellack ausgelöst. Sie äußern sich allerdings nur selten an den Fingern: 90 Prozent der Symptome betreffen das Gesicht, vor allem Wangen, Kinn und Hals. Jeder von uns berührt viele Male am Tage unbewusst das Gesicht mit den Händen, kratzt sich hinterm Ohr, fasst sich an die Lippen oder legt beim Schlafen die Hände unters Gesicht. So haben die Allergene stundenlang Gelegenheit, aus dem Lack in die Haut zu gelangen.“

Auch Allergien durch Textilien nehmen zu. Bei der Veredelung von Textilfasern verwendet die Industrie über 8000 verschiedene Chemikalien. Als besonders allergisierend hat sich dunkel gefärbte und eng anliegende Kleidung wie zum Beispiel Strumpfhosen, Leggings, Unterwäsche und Blusen herausgestellt. Bei einer Untersuchung an der Universitätshautklinik in Göttingen machten besonders schwarze Bodys, Büstenhalter und Leggings in der Trendfarbe Schwarz den Allergologen Arbeit. Aber auch die häufig verwendeten Dispersionsfarbstoffe aus der Gruppe der Azo- und Anthrachinonfarben mit den Bezeichnungen DP Blau 124 beziehungsweise 106, DP Rot 1 und DP Orange 3 hatten allergische Reaktionen zur Folge.

Allergie auf den Ehemann

Wie schwierig die Suche nach allergisierenden Substanzen sein kann, zeigt der Fall einer jungen Frau, die jedes Mal nach dem Sex unter Rötungen, Schwellungen und einem unangenehmen Juckreiz im Vaginalbereich litt. Die Symptome wurden im Laufe der Zeit schlimmer und es kam zu weiteren Komplikationen wie zu einem chronischen Fließschnupfen, zu Asthma und zu Ödemen. Erst als ihre Ärzte Tests mit den Spermien fremder Samenspenden vorgenommen hatten, stellte sich heraus, dass die allergische Reaktion ausschließlich vom Samen ihres Mannes ausgelöst wurde. Durch die Benut-

zung von Kondomen verschwand der Spuk. Zur Erfüllung des Kinderwunschs musste daher eine künstliche Befruchtung mit den gewaschenen Spermien des Mannes vorgenommen werden.

Illustriert mit dem Foto einer hässlich geröteten, von Blasen übersäten Hautstelle berichteten schottische Hautärzte aus Glasgow über die allergische Hautreaktion einer Patientin, der ein Chirurg auf der Haut mit einem Markerstift die geplante Operationsstelle angezeichnet hatte. Der Stift enthielt Kolophonium (Geigenharz), das unter anderem auch in Klebstoffen verwendet wird. Die Patientin war überempfindlich auf Heftpflaster.

Kolophonium wird auch in Farben, Papier, Pappe, in Lidschatten und Rouge, in Polituren und Pflegemitteln, im geharzten griechischen Retsina-Wein und sogar in Kaugummi verwendet. Wer beim Hören seiner Lieblingsstücke aus dem MP3-Player rote Ohren bekommt, reagiert damit weniger auf den sexistischen Text mancher Rapper, sondern ist unter Umständen auf den kolophoniumhaltigen Klebstoff im Kopfhörerüberzug allergisch.

Wer bestimmte Nahrungsmittel nicht verträgt, ist manchmal sogar dann gefährdet, wenn ein anderer sie isst. Eine Nahrungsmittelallergie kann nämlich beispielsweise auch durch Küssen ausgelöst werden. Ein typischer Fall, diesmal aus Zürich: Eine 24-jährige Frau leidet seit zwölf Jahren unter einer Pollenallergie. Allmählich entwickelte sie auch ein sogenanntes Orales Allergie-Syndrom mit Juckreiz an den Lippen, an der Zunge und am Gaumen nach dem Genuss von rohen Äpfeln, Karotten, Sellerie und Haselnüssen. Von da an verzichtete sie auf diese Lebensmittel. Eines Tages passierte es dann doch: Nach einem innigen Kuss von ihrem Freund schwellen ihre Zunge und die Lippen massiv an. Der Freund hatte unmittelbar vor dem Treffen einen Apfel gegessen.



Foto: Prodakszym – Fotolia.com

Sex sollte eigentlich Spaß machen – doch Allergien können Betroffenen auch dieses Vergnügen verleiden.



Schon ein kleiner Schluck Rotwein kann bei Allergikern zu heftigen Reaktionen führen.

Foto: CC

Krank durch Gerüche

Gefahr droht allerdings nicht nur beim Küssen, sondern sogar vom Duft der Allergene. „Manche Menschen, die auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch reagieren, bekommen ihre allergischen Symptome schon dann, wenn sie am offenen Fenster einer Wohnung vorbeigehen, in der das allergene Nahrungsmittel zubereitet wird“, berichtet Schnabel. „Das Gleiche passiert Menschen, die auf Pferdehaar allergisch sind. Sie müssen auch um Pferdeställe einen großen Bogen machen“. Der häufigste Rat der Allergologen lautet deshalb: „Expositionsprophylaxe“ oder „Karenz“. Zu Deutsch: „Meiden Sie alles, wogegen Sie allergisch sind.“ Doch das ist oft schwierig, manchmal sogar unmöglich, weil viele Allergene miteinander verwandt sind. Ein typisches Beispiel dafür liefern die besonders heimtückischen Kreuzreaktionen mit Beifußpollen. Nicht ohne Grund galt Beifuß (*Artemisia*) im Altertum als „mater herbarum“, also Mutter aller Pflanzen. Seine Allergene sind auch mit den Pollenallergenen von Asters, Gerbera und Löwenzahn verwandt.

Damit noch nicht genug. Die Liste der mit Beifuß verschwisterten Nahrungsmittel liest sich wie ein Kochbuch der schmackhaften Küche: Wer auf Beifuß allergisch reagiert, kann oft auch Sellerie, Petersilie, Kamille, Anis, Karotten, Arnika, Sonnenblumenkerne, Dill, Paprika, Senf, Currygewürz, Koriander, Lauch, Kümmel und Fenchel nicht gut vertragen. Das „Birken-Beifuß-Sellerie-Syndrom“ erfordert besondere Umsicht beim Essen: Allein Sellerie findet sich wegen seines hohen Gehalts an ätherischen Ölen und Bitterstoffen als würzende Zutat in hunderterlei Dingen, von Suppenwürze und Gemüsezubereitungen angefangen bis zum Kräutersalz.

Auch exotische Früchte wie Mangos können die Allergie auslösen. Bei manchen Betroffenen kann schon ein kleiner Biss zu juckenden Quaddeln (Urticaria) im Mund führen. Die allergisch-anaphylaktische Reaktion reicht von Zungen- und Lippenbrennen über Schleimhautschwellungen, Halskratzen, Gaumenzucken, Schluckstörungen bis hin zur akuten Atemnot. Es kann auch zum Anschwellen der Ohren, zu Fließschnupfen, einer verstopften Nase und Augenjucken kommen.

Allergische Reaktionen auf die Modefrucht Kiwi wiederum sind nicht nur beim Essen, sondern auch durch bloßen Hautkontakt möglich. Die Betroffenen bekommen schon beim Anfassen der Südfrucht eine Nesselsucht. Menschen, die auf Kiwis allergisch reagieren, müssen auch beim Verzehr von Ananas und Papayas mit allergischen Symptomen rechnen.

„Zum Glück werden die meisten Nahrungsmittelallergene bei der Zubereitung zerstört“, betont Schnabel. „So können die meisten Menschen, die zum Beispiel auf Karotten in rohem Zustand allergisch reagieren, das gekochte Gemüse problemlos essen.“

Roter Kopf durch Rotwein

Manchen Menschen scheint Alkohol selbst in großen Mengen nichts anzuhaben, anderen steigt bereits der erste Schluck zu

Kopf. Das ist durchaus wörtlich gemeint: Ein hochroter Kopf schon nach dem ersten Schluck legt den Verdacht auf eine Weinallergie nahe, besonders, wenn er von einer verstopften Nase und Atembeschwerden begleitet wird.

Allerdings sei nicht alles, was danach aussieht, eine echte Allergie, stellt Schnabel klar. Zwar seien allergische Reaktionen auf bestimmte Bestandteile des Weines, zum Beispiel auf Trauben oder auf den Edelfäulepilz *Botrytis cinerea* durchaus möglich, aber extrem selten. Häufiger kämen dagegen Unverträglichkeitsreaktionen vor. Wenn jemand zum Beispiel auf den Alkohol selbst oder auf sein Zerfallsprodukt Essigsäure empfindlich reagiert, verträgt er überhaupt kein alkoholisches Getränk.

Nach einer französischen Studie muss man bei 0,2 Prozent aller Menschen mit solchen Reaktionen rechnen. Es drohen Rötungen, vor allem des Gesichts und des Dekolletés, aber auch migräneartige Kopfschmerzen, eine Schwellung der Nasenschleimhaut und Nasenfließen, gelegentlich auch Atembeschwerden.

Ob jemand nach dem ersten genüsslichen Schluck lediglich freudig errötet oder gleich eine „rote Bombe“ bekommt, hängt oft vom Histamingehalt des jeweiligen Getränks ab. Champagner sowie Weine aus Bordeaux und Chianti haben in der Regel einen hohen Histamingehalt, einfache Tischweine aus Südtirol enthalten dagegen meist nur wenig davon.

Der Unterschied kann gewaltig sein: Während Bordeaux-Weine über 2000 Mikrogramm Histamin pro Liter enthalten, bringt es ein Blauer Zweigelt auf lediglich 375 und ein Grüner Veltliner sogar auf nur 7 Mikrogramm pro Liter.

Liebhaber verschiedener Weißweinsorten reagieren gelegentlich auch auf den Schwefelgehalt ihres Getränks mit einer Unverträglichkeit. Asthmatiker sind besonders häufig davon betroffen. Die meisten Weinetiketten enthalten deshalb den Vermerk „Enthält Sulfite“ oder „Contains sulfits“.

Lajos Schöne
Medizinjournalist
Gerstädterstr. 9
81827 München

Trainieren im Team

Hypoglykämischer Anfall

Monika Daubländer, Peer Kämmerer, Martin Emmel, Gega Schwidurski-Maib

Die Zahnmedizinische Fachangestellte an der Anmeldung der Zahnarztpraxis wird darauf aufmerksam, dass sich im Wartezimmer eine etwa 45-jährige Patientin ungewöhnlich laut verhält. Sie schimpft lauthals, lacht hysterisch und belästigt die anderen Patienten. Die Angestellte versucht, die Patientin in einen separaten Raum zu führen, um sich intensiver um sie kümmern zu können und die Situation zu entschärfen. Dies gelingt nicht, weil sich die Patientin dagegen wehrt und jegliche Hilfe ablehnt. Denn sie fühlt sich subjektiv wohl. Letztendlich muss der Zahnarzt einschreiten. Er berührt die Patientin am Oberarm, um sie aus dem Wartezimmer zu führen. Dabei bemerkt er, dass die Patientin zittert und kaltschweißig ist. Er kann eine Mydriasis feststellen. Eine weitere körperliche Untersuchung lässt die Patientin aber nicht zu. Dennoch sind eine beschleunigte Atmung und hohe Erregung fest-



Foto: Chuck's Pictures – Fotolia.com

Kalter Schweiß auf der Stirn, ein blasses Gesicht – das können erste Hinweise auf eine Hypoglykämie sein.

Glukosemessgeräts sind, wird der Patientin, die inzwischen somnolent ist, aber noch schlucken kann, unter der Verdachtsdiagnose Hypoglykämie im Sitzen ein stark zuckerhaltiges Getränk, das zufällig eine der Angestellten mitgebracht hatte, eingeflößt. Die Frau erholt sich ganz langsam und stabilisiert sich sowohl bezüglich der vegetativen Symptomatik als auch seitens des Bewusstseinszustands und entschuldigt sich vielmals für diesen Vorfall, der ihr sichtlich unangenehm ist.

Diagnose dieses Falles

Hypoglykämische Zwischenfälle sind häufige Vorkommnisse in der täglichen klinischen Praxis. Besonders bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2, wie auch in dem beschriebenen Fall, ist die Prävalenz hoch. Die Hypoglykämie beeinträchtigt das Leben der betroffenen Patienten stark, steigert das Risiko, einen schweren Unfall zu erleiden und ist oftmals ein limitierender Faktor, physiologische Blutzuckerspiegel unter anti-diabetischer Therapie zu erreichen. In einer aktuellen Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein niedriger Blutzuckerspiegel mit reduzierten kardiovaskulären Komplikationen

der Zahnarzt eine Anamnese zu erheben. Die Einnahme von Genussmitteln in den letzten Stunden wird verneint, eine längere Nahrungskarenz aber bejaht, ebenso wie ein Diabetes mellitus. Da weder die Patientin noch der Zahnarzt akut im Besitz eines

erleiden und ist oftmals ein limitierender Faktor, physiologische Blutzuckerspiegel unter anti-diabetischer Therapie zu erreichen. In einer aktuellen Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein niedriger Blutzuckerspiegel mit reduzierten kardiovaskulären Komplikationen



zustellen. Der Zahnarzt gewinnt den Eindruck, dass die Frau verwirrt ist und nun auch Probleme hat, das Gleichgewicht zu halten. Fast kommt es zu einem Sturz auf dem Weg ins Behandlungszimmer. Nachdem sie Platz genommen hat, wird sie etwas ruhiger und beginnt zu grimassieren, greift wie nach Halt suchend um sich und gibt schmatzende Geräusche von sich. Da die Patientin zum ersten Mal und als Akut-schmerzpatientin in der Praxis ist, versucht



Foto: Gesundheitszentrum Wetterau GmbH

Die Blutzuckermessung gibt sehr schnell Auskunft über den Zustand des Patienten.

Eine andere mobile „Untersuchungsstation“ für den schnellen Einsatz in jedem Behandlungszimmer



Foto: Kämmerer

tionen assoziiert ist. Die daraus zu folgernde aggressive Einstellung der Blutzuckerwerte prädisponiert die Patienten noch weiter zu immer wiederkehrenden hypoglykämischen Episoden, die wiederum einen negativen Einfluss auf die Gesamtmortalität haben. Die unbehandelte, unkontrolliert und rezidivierend auftretende Hypoglykämie kann zu schweren Folgen wie irreversiblen neurologischen Komplikationen und sogar zum Tod führen.

Definition der Hypoglykämie

Als unterer Grenzwert einer noch normalen Glukosekonzentration im Plasma werden 70 mg/dl gesehen. Somit stellt dieser Laborparameter die biologische Unterscheidungsgrenze zur Hypoglykämie dar. Symptome können jedoch bereits bei höheren Blutglukosewerten auftreten und bei niedrigeren fehlen. Differenziert wird zwischen der leichten Hypoglykämie, die von dem Patienten noch selbst behandelt werden kann, und der schweren Hypoglykämie, die mit Bewusstseinsverlusten oder gar Koma assoziiert ist und bei der die Hilfe anderer Personen benötigt wird. Zur labormedizinischen Definition einer schweren Hypoglykämie wird der Glukosewert von 40 bis 50 mg/dl verwendet.

Differenzialdiagnose

Eine wichtige Differenzialdiagnose zur Hypoglykämie sind zerebrale Störungen, vor allem der akute Schlaganfall, der sich mit klinisch ähnlichen Symptomen bemerkbar machen kann. Hier ist die Bestimmung der Blutglukose die wichtigste Prozedur, die unbedingt unternommen werden sollte. Bei starker körperlicher Belastung und/oder bei Stressereignissen (wie sie beispielsweise ein Zahnarztbesuch darstellt), können auch gesunde Patienten mit einer Hypoglykämie reagieren.

Die Ursachen schwerer Hypoglykämien können multifaktoriell sein:

- iatrogene Geschehnisse (zum Beispiel Insulin-Überdosierung)
- infektiöse Erkrankungen, vor allem

mit begleitender Sepsis

- Tumor (zum Beispiel Insulinom)
- Autoimmunerkrankungen
- Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten, unter anderem von Beta-Blockern und ACE-Hemmern
- übermäßiger Alkoholgenuss

Physiologie

Tritt eine Hypoglykämie auf, so handelt es sich um die Folge eines Missverhältnisses zwischen hepatischer Glukoseabgabe und

INFO

Notfallserie ab 2012

Eine Notfallsituation ist eine besondere Herausforderung. Aber nicht jedes Praxisteam hat gemeinsam eine Beatmung geübt und für den Tag X geprobt. Aber nur ein eingespieltes Team kann schnell und richtig handeln. Die zm stellen in jeder geraden Ausgabe eine Notfallsituation vor, die im Praxisteam besprochen werden sollte, damit jeder seinen Handgriff im Notfall auch wirklich beherrscht. Denn Kompetenz rettet Leben. Bereits veröffentlichte Themen: zm 2/2012: Die Synkope ■

Glukoseaufnahme der verbrauchenden Organe.

Allgemeine Diagnostik

Typisch für eine Hypoglykämie ist die Whipple-Trias, die aus den Punkten

- Zeichen einer Unterzuckerung,
- Nachweis einer Hypoglykämie (40 bis 50 mg/dl) sowie
- rasche Symptombeseitigung nach Kohlenhydrataufnahme besteht.

Die Symptome einer Hypoglykämie sind stark variabel und individuell unterschiedlich. Aggression, plötzliche Müdigkeit und Schweißausbrüche können auf einen hypoglykämischen Anfall hinweisen. Insgesamt lassen sie sich unterteilen in

- autonome Symptome (Heißhunger, Übelkeit, Erbrechen, Asthenie, Nervosität, Schwitzen, Tachykardie, Tremor, Mydriasis, Hypertonus),
- neuroglykopen Syndrome (Verwirrtheit, Doppelbilder, halbseitige Lähmungen, mangelnde Koordination, Sprachstörungen, Bewusstseinsverlust, Unruhe, verlangsamtes Denken) sowie
- nicht-spezifische Symptome und primitive Automatismen (Grimassieren, Greifen, Schmatzen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Aggressivität). Sollte keine Kohlenhydratzufuhr erfolgen, so tritt Somnolenz bis hin zum hypoglykämischen Schock mit zentralen Atem- und Kreislaufstörungen auf.

INFO

Präventive Maßnahmen

- Frühzeitige Aufklärung des Patienten über perioperative Nahrungsaufnahme und Medikamentenapplikation
- Schulung der Patienten zur „Hypoglycemia awareness“
- Glukosebestimmung aus dem Kapillarblut als Monitoring oder beim Auftreten von Symptomen
- Falls Blutzuckermessung nicht möglich und bei Vorliegen einer typischen Symptomatik: orale Glukosegabe



Foto: Kämmerer

Mit 0,6 ml Blut kann innerhalb von fünf Sekunden die quantitative Blutzuckerbestimmung im Messbereich von 10 bis 600 mg/dl durchgeführt werden.

Allgemeine Therapie

Ratsam ist, diabetische Patienten gezielt darauf hinzuweisen, dass sie ihre normale Medikation sowie entsprechende Nahrung vor dem Eingriff zu sich nehmen. Sollten dennoch Symptome einer akuten Hypoglykämie auftreten, ist es zu empfehlen, dem noch kooperationsfähigen Patienten oral Glukose zuzuführen, dies gegebenenfalls auch ohne vorherige Bestimmung des Blutglukosewerts. Als Dosis werden hier fünf bis 20 g bei einem erwachsenen Patienten empfohlen. Dies kann in Form von stark zuckerhaltigen Getränken oder Gelen geschehen. Bei einer asymptomatischen oder milden bis moderaten Hypoglykämie ist daraufhin nach 15 bis 20 Minuten mit einer Besserung zu rechnen. Ist der Patient nicht mehr in der Lage, mit dem Behandler zu kooperieren, oder ist der Patient bereits bewusstlos, muss die Gabe über einen intravenösen Zugang erfolgen. Erbringen die oben genannten Maßnahmen keinen Erfolg oder sind in der zahnärztlichen Praxis nicht verfügbar, ist der Notarzt zu alarmieren, der dem Patienten vorzugsweise Glukose i. v.,

(initial 40 bis 100 ml Glukose 40-prozentig, anschließend Glukose fünfprozentig per infusionem), in schwereren Fällen, einen Bolus von 50 ml oder Glukagoninfusion (1 mg/ml) zukommen lässt. Die Zielgröße ist ein Blutzuckerspiegel von etwa 200 mg/dl. Bis zum Eintreffen des Notarztes sind die Vitalzeichen des Patienten (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) zu überprüfen und der Patient, wenn er bewusstlos ist, in die stabile Seitenlage (siehe zm 2/2012, Seite 49) zu bringen. Um eine erneute Hypoglykämie zu vermeiden, sollte bei diesen Patienten alle 30 Minuten für die ersten zwei Stunden der Blutglukosespiegel gemessen und, wenn nötig, weiter substituiert werden. Sobald möglich, erfolgt dies dann wieder oral durch die Gabe von Kohlenhydraten.

Kritische Wertung dieser Notfallsituation

Eine ausführliche Anamnese bietet dem behandelnden Arzt bei Auftreten eines akuten Ereignisses die Möglichkeit der diagnostischen Eingrenzung und das rasche Einleiten weiterer diagnostischer und therapeutischer Schritte.

Dies war im vorliegenden Fall bedingt durch das Verhalten der Patientin erschwert und nur verzögert möglich. Die primäre Verdachtsdiagnose Alkoholintoxikation ergab

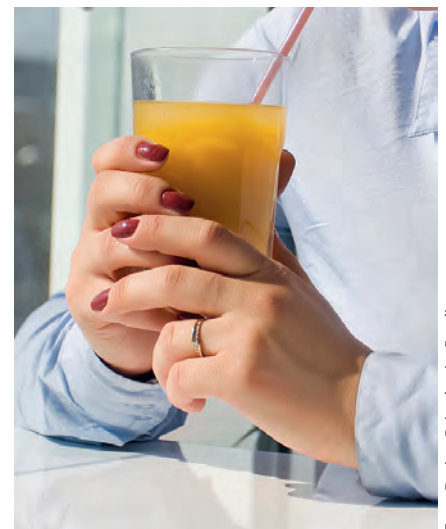


Foto: Dmitry Bairachnyi – Fotolia.com

Erstmaßnahme für unterzuckerte Patienten: Trinken einer zuckerhaltigen Lösung oder eines Saftes in kleinen Schlucken im Sitzen



Bis der Notarzt die Praxis erreicht, kann das Team lebensrettende Maßnahmen ergreifen.

sich auch aus dem auffälligen Benehmen, ist aber für eine Hypoglykämie typisch. Letztendlich hat aber die Anamnese zur Diagnose geführt. Es ist davon auszugehen, dass schätzungsweise ein Drittel aller Diabetikerkrankungen nicht diagnostiziert sind. Generell wird ein Screening auf Diabetes bei allen Patienten empfohlen, die älter als 45 Jahre sind. Risikofaktoren sind unter anderem Adipositas (BMI > 30), Hypertonie, Alkoholabusus, Leberdysfunktionen, Hypothyreoidismus, Niereninsuffizienz und bereits festgestellte Glukosetoleranz. Auf anamnestische Symptome wie Polyurie, Polydipsie und unerklärlichen Gewichtsverlust ist sensibel zu reagieren. Gerade aufgrund der möglichen schwerwiegenden Folgen ist es auch die Aufgabe des behandelnden Zahnarztes, gefährdete Patienten

zu erkennen, aufzuklären und präventiv einzugreifen. Die Behandlung diabetischer Patienten sollte in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Internisten oder Hausarzt erfolgen. Nach einem, wie in dem Fall beschriebenen, hypoglykämischen Ereignis ist zu klären, ob die Patientin schon öfter derartige Anfälle hatte oder ob es sich um eine erstmalige Angelegenheit handelte. Aufgrund der möglichen Differenzialdiagnosen (vor allem Apoplex) sollte im Falle einer Erstmanifestation dringend Abklärung über den Hausarzt empfohlen werden.

*Univ.-Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (KöR)
Augustusplatz 2
55131 Mainz
daublaen@uni-mainz.de*

*Dr. Dr. Peer Kämmerer
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (KöR)
Augustusplatz 2
55131 Mainz*

*Dr. Martin Emmel
Praxis Dr. Mohr
Thilmanystr. 5
54634 Bitburg*

*Dr. Gega Schwidurski-Maib
Hans-Katzer-Str. 4
50858 Köln*

INFO

Mögliche Fehler bei der Therapie

- Falsche Blutzuckermesswerte durch mangelnde Reinigung der Haut an der Einstichstelle für die Kapillarblutglukosebestimmung (vor allem Glukose)
- Zu späte Diagnosestellung und zu später Therapiebeginn (bei akuter neurologischer und psychiatrischer Symptomatik immer Blutzuckerbestimmung)
- Verwechslung der Symptomatik mit einem hyperglykämischen Koma und Blutzuckersteigerung bei Glukosegabe

zm Leser service

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

Arzneimittel in der Schwangerschaft

Embryotox – viele Infos im Netz

Während der Schwangerschaft ist allgemein große Zurückhaltung hinsichtlich einer medikamentösen Therapie angesagt. Doch was tun, wenn eine Behandlung mit Arzneimitteln unumgänglich ist? Welche Erfahrungen es gibt und welche Medikamente Schwangere bedenkenlos einnehmen können, welche aber nicht, lässt sich im Internet erfahren.

Üblicherweise gibt die Fachinformation darüber Auskunft, ob ein Medikament während der Schwangerschaft eingenommen werden kann oder nicht. Neuere Wirkstoffe aber sind auf dem Beipackzettel und in der Fachinformation regelmäßig mit Warnhinweisen versehen, was vor allem daran liegt, dass keine ausreichenden Erfahrungen zu Anwendungen in der Schwangerschaft vorliegen.

Das hat zur Folge, dass Schwangere – ebenso wie Kinder – in aller Regel lediglich mit althergebrachten Arzneimitteln behandelt und somit vom therapeutischen Fortschritt weitgehend ausgeschlossen werden. Andererseits ist selbstverständlich das Risiko groß, Schwangeren ein Medikament zu verordnen, das nicht in dieser Situation geprüft wurde und bei dem nicht zweifelsfrei gesichert ist, dass es unbedenklich ist für Mutter und Kind. Das erklärt die oft großen Unsicherheiten, wenn Schwangere einer Medikation bedürfen.

Besonders groß ist diese Problematik, wenn Frauen mit Grunderkrankungen wie beispielweise einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, einer Epilepsie oder einem Diabetes mellitus schwanger werden und eine Fortführung der Behandlung auch während der Schwangerschaft erforderlich ist. „Auch Schwangere und Stillende müssen mit Arzneimitteln versorgt werden, denn unbehandelte Erkrankungen können sowohl die Mutter als auch das Kind gefährden“, heißt es hierzu auf einer vertrauenswürdigen Internetseite, die speziell zu dieser Thematik informiert.

Neue Webseite für Schwangere

Unter der Webadresse www.embryotox.de lässt sich nachschauen, welche Erfahrungen zu bestimmten Arzneimitteln und zu speziellen Krankheiten während der Schwangerschaft vorliegen. Die Webseite ist so strukturiert, dass zum einen geprüft werden kann, ob es Erfahrungen für ein bestimmtes Arzneimittel gibt, ob es also zum Beispiel bei Acetylcystein, Insulin oder Valproinsäure entsprechende Risiken für Schwangere gibt. Zum anderen kann man

sich auch darüber informieren, welche Medikamente bei bestimmten Erkrankungen wie Asthma, Hypertonie oder Infektionen problemlos verordnet werden können und bei welchen Wirkstoffen Vorsicht geboten ist.

Die Internetseite des öffentlich geförderten und unabhängigen Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie in Berlin wurde bereits 2008 eingerichtet und wird seitdem kontinuierlich weiter ausgebaut. Die Seite ist frei zugänglich, die vermittelten Informationen beruhen auf wissenschaftlichen Daten und stimmen somit nicht immer mit den Produktinformationen in Beipackzetteln und Fachinformationen überein. Die Datenbank deckt zudem nicht alle Medikamente und alle Krankheiten ab, gibt aber wertvolle Hinweise zu bereits vorhandenen Erfahrungen. Die Informationen sind dabei so aufbereitet, dass sie eine rasche Orientierung darüber ermöglichen, ob ein bestimmtes Medikament einer Schwangeren oder einer Stillenden verordnet werden darf und was zu tun ist, wenn Schwangere oder Stillende ein spezielles Arzneimittel bereits eingenommen haben.

Therapieentscheidungen sollen vereinfacht werden

Die Angaben sollen, so heißt es auf der Internetseite, dazu beitragen, therapeutische Entscheidungen zu erleichtern und Therapieabbrüche, Fehlbildungen durch Medikamente, unnötige vorgeburtliche Diagnostik, Abbrüche gewünschter und intakter Schwangerschaften sowie unnötiges Abstillen zu vermeiden. Die Embryonaltoxikologie in Berlin bietet darüber hinaus ein Beratungstelefon (030/3030-8111) rund um die medikamentöse Therapie während Schwangerschaft und Stillzeit an.

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



Nase verstopft, Nebenhöhlen entzündet, welches Medikament kann da Abhilfe schaffen? Eine neue Webseite gibt jetzt Auskunft.

35 Jahre AKFOS

Zahnmedizin und Recht

Anfang Oktober 2011 feierte der Arbeitskreis für Forensische Odontostomatologie (AKFOS) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferzahnheilkunde (DGZMK) sein 35-jähriges Bestehen. Seit der Gründung 1976 kümmert sich der

Rötzscher auf die vielfältigen Aktivitäten des Arbeitskreises zurück. Das größte Ereignis war die Arbeit nach dem Tsunami in Südostasien 2004. Gemeinsam mit 19 weiteren



Welche interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle gefährdeter Kinder zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe möglich ist, erläuterte Dr. Peter Schäfer aus Mannheim.



Foto: AKFOS

*Verleihung der AFIO-Medaille (v.l.n.r.):
Dr. Dr. Claus Grundmann, Prof. Dr. Rüdiger Lessig,
Dr. Dr. Klaus Rötzscher, Dr. Dr. Jean-Marc Hutt,
Dr. Jean-Claude Bonnetain*

Arbeitskreis unter anderem um Begutachtungen in Zivil- und Strafrecht, um Probleme der zahnmedizinischen Nomenklatur, um Geschlechtsbestimmungen, Altersschätzungen und Bissspuren beziehungsweise Altersbefunde.

Beim Jubiläumskongress in Mainz blickte der AKFOS-Ehrevorsitzende Dr. Dr. Klaus

Nationen halfen die AKFOS-Mitglieder in Zusammenarbeit mit Kriminalisten des Bundes- und mehrerer Landes-kriminalämter bei der Identifizierung der Opfer. Alle 32 in Thailand und Sri Lanka tätigen Zahnärzte wurden 2005 für ihren Einsatz mit der Verdienstmedaille der Deutschen Zahnärzteschaft ausgezeichnet.

Auch im wissenschaftlichen Teil der Tagung wurden interessante Themen angesprochen. Dr. Reinhard Schilke diskutierte, ob kariöse Gebisse ein sicherer Indikator für die Vernachlässigung von Kindern sind. Trotz des deutlichen Kariesrückgangs bei Kindern würden bei bestimmten Gruppen gesundheitliche Probleme nicht wahrgenommen oder nicht angemessen behandelt: Vernachlässigte oder misshandelte Kinder weisen bis zu neunmal häufiger unbehandelte kariöse Zähne auf.

Vorteilhaft sei eine gemeinsame politische Zielsetzung, insbesondere dann, wenn Jugend- und Gesundheitsamt in einem Dezernat vereint sind.

Die Möglichkeiten der modernen Thanatopraxie erklärte Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg. Durch bestimmte Techniken gelingt es speziell ausgebildeten Bestattern, anhand von Bildern Gewalt- und Unfallopfer so weit wiederherzustellen, dass die Angehörigen am offenen Sarg Abschied nehmen können.

Zum Abschluss der Tagung wurden mit Rötzscher, Grundmann und Prof. Dr. Rüdiger Lessig drei AKFOS-Mitglieder mit der Ehrenmedaille der französischen Schwestergesellschaft des Arbeitskreises, der AFIO, ausgezeichnet.

*Dr. Dr. Claus Grundmann
Ruhorter Str. 195
47119 Duisburg*

Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie

Kieferorthopädie und Mundgesundheit

Die 84. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie fand vom 21.9. bis zum 25.9.2011 in der Elbmetropole Dresden statt. Die erste Tagung der Gesellschaft wurde vor 101 Jahren ebenfalls in der Landeshauptstadt veranstaltet – ein willkommener Anlass, nun wieder einmal dorthin zurückzukehren.



Die Veranstaltung stand unter der Leitung des Tagungspräsidenten Prof. Dr. Winfried Harzer, der bereits 1994 die erste Jahrestagung nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern organisiert hatte. Sie begann mit einem Vorkongress zum Thema „Peer Assessment Rating (PAR) Index“, den die Hauptreferentin PD Dr. Eve Tausche, Dresden, bestritt. Sie vermittelte rund 40 Teilnehmern theoretische Grundlagen zur Ergebnisqualität, die in praktischen Übungen an Anfangs- und Endmodellen umgesetzt werden konnten.

Das umfangreiche wissenschaftliche Programm wurde mit dem Hauptthema „Kieferorthopädie und Mundgesundheit“ eingeleitet. Der häufig einseitigen Betrachtung und Einschätzung kieferorthopädischer Behandlung mit den durch die Plaquebelastung risikobehafteten Multibandapparaturen wurde in den ersten beiden Hauptvorträgen durch Prof. Dr. Monika Bullinger, Hamburg, und Prof. Dr. Andrej Zentner, Amsterdam, der Gewinn an Lebensqualität und Gesundheit entgegengestellt. Auch in den Folgevorträgen, die sich vorwiegend mit dem

Thema Patientenzufriedenheit nach kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischer Therapie bei behinderten Kindern, bei Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe und mit LKGS-Spalten beschäftigten, wurde die mundgesundheitsbezogene Verbesserung der Lebensqualität deutlich herausgestellt. Am Beispiel einer stark vergrößerten sagittalen Stufe konnte dies mit einem frühen Eingreifen zur Prävention von Zahntraumata belegt werden (Abbildungen 1a und 1b).

Teamfortbildung

Die interdisziplinäre „Diagnostik und Therapie der Angle-Klasse II/2“ stand als zweites Hauptthema im Mittelpunkt des Interesses. Ein alternatives therapeutisches Vorgehen durch Molaren-Distalisation im Oberkiefer mithilfe skelettaler Verankerung einerseits und Unterkieferverlagerung mittels Herbstscharnier nach Protrusion der Schneidezähne andererseits verdeutlichte erneut die Notwendigkeit einer abgestimmten indi-

viduellen Diagnostik, um morphologisch möglichst auch ein funktionelles Optimum zu erreichen (Abbildungen 2a und 2b).

Dr. Albino Triaca, Zürich, zeigte neue Operationstechniken, speziell für die Tiefbissbehandlung, bei denen mittels Segmentosteotomie Unterkieferanteile nach ästhetischen Prinzipien verlagert und morphologisch angepasst wurden. Er setzt damit neue Maßstäbe für das Erzielen eines funktionell-ästhetischen Optimums. Anschließend referierte PD Dr. Ingrid Peroz, Berlin, über die Problematik der Dysfunktionsdiagnostik bei Klasse-II/2-Patienten.

Im Rahmen der freien Vorträge boten sich sowohl dem forschungsinteressierten als auch dem praxisorientierten Teilnehmer eine Vielzahl interessanter Inhalte. Dabei fiel eine Zunahme von Themen zur dreidimensionalen Bildgebung auf, die den konventionellen doch in vielen Fällen überlegen sind und sicherlich in den kommenden Jahren zunehmend auch im Praxisalltag verstärkt Bedeutung gewinnen werden.

Die Behandlung mittels Distaktionsosteogenese im hypoplastischen Ober- oder



Abbildung 1a: Starke Protrusion der oberen Schneidezähne bei einem zehnjährigen Jungen – ein Risiko für ein Kronentrauma



Abbildung 1b: Traumaprophylaxe durch eine kieferorthopädische Behandlung



Abbildung 2a: Deckbiss (Angle-Klasse II/2) mit traumatischen Einbissen bei einem 50-jährigen Patienten



Abbildung 2b: Orthodontische Multibandbehandlung zur Bisshebung und zur dentalen Abstützung der Schneidezähne

Fotos: Harzer

Unterkiefer zeigte besonders bei Anwendung enoraler Distraktoren einen deutlichen Gewinn für das kieferorthopädische Behandlungsspektrum.

Initiiert durch den Präsidenten der DGKFO, Prof. Dr. Andreas Jäger, Bonn, wurde – als Novum auf einer Jahrestagung – Nachwuchswissenschaftlern die Möglichkeit geboten, in einer Parallelsitzung aktuelle Studien vorzustellen und gemeinsam zu diskutieren. Dieses Parallelsymposium wurde von den Teilnehmern sehr positiv bewertet und wird im kommenden Jahr fortgeführt, da es wertvolle Impulse für die Forschung auf kieferorthopädischem Gebiet liefert.

Zum zweiten Mal fand ein Tag für das Praxisteam statt, der die Themen „Praxis-hygiene“ und „Individualprophylaxe“ als Schwerpunkte hatte. Der Nachkongresskurs zum Thema: „Strategies to correct open bite“ den Prof. Ravindra Nanda, Farmington, USA, leitete, rundete die Tagung als eine praxisorientierte Veranstaltung mit neuen Möglichkeiten zum kollegialen Austausch ab.

Der Kongress wird den 2000 Teilnehmern aus Deutschland und weiteren 23 Ländern in guter Erinnerung bleiben. Für diejenigen Tagungsteilnehmer, die schon 1994 an der Dresdner Tagung teilnehmen konnten, war

neben dem wissenschaftlichen Fortschritt auch das wieder aufblühende Dresden mit seinem wunderschönen Ambiente ein nachhaltiges Ereignis.

Termin 2012

Die 85. Jahrestagung der DGKFO findet vom 26.09. bis zum 29.09.2012 in Stuttgart statt.

Katja Wiczorek
Prof. Dr. Winfried Harzer
Poliklinik für Kieferorthopädie
TU Dresden
Fetscherstr.74
Winfried.Harzer@uniklinikum-dresden.de

Kieferorthopädie

Weniger Karies bei Lingualtechnik

Die Behandlung mit Multibracket-Apparaturen kann zu erhöhter Kariesinzidenz führen. Linguale Zahnflächen haben jedoch eine geringere Kariesanfälligkeit. Die Frage der Untersuchung war daher, ob linguale Bracketsysteme eine kariesprophylaktische Alternative zu herkömmlichen vestibulären Multibracket-Apparaturen darstellen.



Fotos: Etbe, Wehrbein

Plaqueeakkumulation (detektiert mit Färbemethode) an vestibulärer Apparatur sowie rechts bei lingualer Apparatur

Der Hauptgrund für die Entstehung von Karies bei Bracket-trägern ist eine erhöhte Plaqueakkumulation um die Brackets herum, vor allem unter den Bögen, zwischen den Brackets und im Bereich der Gingiva. Bekannterweise sind linguale

eine Split-mouth-Studie durchgeführt. 28 Patienten (Alter zwischen zwölf und 18 Jahren) wurden randomisiert eingeteilt: Gruppe 1: vestibuläre Brackets (Orthos, Ormco, Glendorra, CA, USA) im Oberkiefer und linguale Brackets (TOP Service für Lingualtechnik, Bad Essen, Deutschland) im Unterkiefer, Gruppe 2: vestibuläre Brackets im Unterkiefer und linguale Brackets im Oberkiefer.

Vor Behandlungsbeginn wurde untersucht, ob white spot lesions (WSL) vorlagen. Diese wurden anhand von Fotografien (intra-orale Fotos rechts, links, frontal, Ober- und Unterkiefer) und mit der QLF-Methode (quantitative light-induced fluorescence, mit Inspector Research Systems, Amsterdam, Niederlande) erfasst. Die Aufnahmen wurden sequenzweise pro Quadrant angefertigt. Vor der Aufnahme wurden die Zahnoberflächen für zwei Sekunden mithilfe einer Multifunktionsdüse getrocknet. Während der Behandlung wurde die Kariesentwicklung visuell und

mithilfe der QLF-Methode überwacht. Die Behandlungsdauer lag im Durchschnitt bei 18,1 Monaten ($\pm 5,5$ Monate). Die Kariesausdehnung (beobachtet durch den totalen integrierten Fluoreszenzverlust) sowie die WSL-Flächen wurden jeweils für die vestibulären und die lingualen Flächen bei jedem Patienten berechnet. Für die statistische Auswertung wurde der gepaarte t-Test (SPSS) herangezogen.

Die Anzahl der vestibulären kariösen Läsionen, die sich während der kieferorthopädischen Behandlung entwickelt hatten, war größer als die Anzahl der lingualen Läsionen. Es gab keine Unterschiede in der Inzidenz der vestibulären Läsionen bezüglich Ober- und Unterkiefer. Die Anzahl der neuen WSL auf den mit Brackets versehenen vestibulären Flächen war 4,8-mal höher als die Anzahl der neu entstandenen WSL an lingualen mit Brackets beklebten Zahnflächen. Die Kariesausdehnung war auf den vestibulären Flächen 10,6-mal höher als auf den lin-

gualen Flächen. Es wurden ebenfalls Zusammenhänge für bereits vor der Behandlung bestehende WSL oder kariöse Läsionen und die Zunahme der kariösen Läsionen während der Behandlung gefunden. Gab es vor der Behandlung schon eine WSL oder kariöse Läsion, kam es während der Behandlung mit den Brackets (lingual und vestibulär) zu einem vermehrten Auftreten von Karies.

Die verminderte kariöse Inzidenz auf lingualen Flächen während und nach der Behandlung mit lingualen Brackets könnte aber auch auf kariesätiologische Faktoren oder Form und Größe der Brackets zurückzuführen sein. Um diese Frage genauer zu untersuchen, müsste eine Referenzstudie mit vestibulären Brackets, die ähnlich wie die lingualen Brackets die komplette vestibuläre Fläche bedecken, durchgeführt werden. Es gibt momentan aber keine Studien dieser Art, da die Compliance und die Akzeptanz solcher Brackets gering sind. Trotzdem zeigen die Ergebnisse der Studie, dass es bei der Behandlung mit lingualen Brackets zu einer verminderten kariösen Inzidenz kommt. Darum ist die Behandlung mit lingualen Brackets, vor allem bei Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko zu favorisieren.

Quelle:
Van der Veen MH, Attin R, Schwestka-Polly R, Wiechmann D: Caries outcome after orthodontic treatment with fixed appliances: do lingual brackets make a difference? *Eur J Oral Sci* 2010; 118: 298-303.



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

Zahnflächen weniger kariesanfällig als vestibuläre, was wahrscheinlich auf den Speichelfluss, die mechanische Reinigung der lingualen Zahnflächen durch die Zunge und Unterschiede in der Schmelzoberfläche und damit eine verringerte Plaqueretention zurückzuführen ist. Um diese Hypothese zu untersuchen, wurde

Kieferorthopädie

Einfluss von Form, Größe und Farbe der Eckzähne auf die Attraktivität des Lächelns

Zwischen drei Prozent und sechs Prozent der deutschen Bevölkerung zeigen eine Hypodontie. Bei der kaukasischen Bevölkerung ist der laterale Oberkieferinzisivus mit einer Inzidenz von einem bis zwei Prozent betroffen. Fehlt ein lateraler Oberkieferinzisivus, so beeinträchtigt das die Proportionen des labialen Oberkiefersegments und beeinflusst damit auch die Attraktivität des Lächelns.

Ein unattraktives Lächeln kann sich negativ auf die Persönlichkeit, das äußere Erscheinungsbild und das persönliche Wohlbefinden auswirken. Bei der Behandlung von Patienten mit fehlenden lateralen Oberkieferinzisiven gibt es drei mögliche Behandlungsalternativen:

1. Lücke belassen,
2. Platz schaffen für eine prothetische Versorgung (Brücke oder Implantat),
3. Lückenschluss durch Einstellung des Eckzahnes anstelle des lateralen Inzisivus und dessen Umgestaltung zu einem lateralen Inzisivus.

Der Vorteil des Lückenschlusses liegt in der besseren Langzeitprognose im Vergleich zur prothetischen Versorgung. Die Schwierigkeit der Einstellung des Eckzahnes anstelle des lateralen Inzisivus bezogen auf die Ästhetik, liegt in der unterschiedlichen Größe, Farbe und Morphologie der Zähne. Möglichkeiten, den Eckzahn optisch anzugleichen, liegen in der Bracketpositionierung. Die Positionierung des Brackets um 180° gedreht führt zu einer Vergrößerung des palatalen Torques und damit zu einer Reduzierung der Prominenz des Eckzahnes. Eine weitere gingivale Positionierung des Brackets führt zu einer Extrusion des Zahnes und damit zu einer Verbesserung der gingivalen Ästhetik. Inzisal muss der Eckzahn anschließend etwas eingekürzt werden, womit die Ästhetik ebenfalls der eines lateralen Inzisivus angeglichen werden konnte.

Wenn der Eckzahn zu breit ist, kann die mesio-distale Breite reduziert werden. Da der Eckzahn aufgrund seiner Morphologie mehr Dentin hat, ist er meistens dunkler und muss gegebenenfalls etwas gebleicht werden.

Ziel der Studie war erstens die Auswirkung der Ästhetik des Lächelns durch die stufenweise Veränderung folgender Parameter zu untersuchen: Breite der Zahnkrone, Kronenhöhe, Morphologie der Eckzahnspitze, Höhe des Gingivasaums und Farbe sowie zweitens die Wahrnehmung und Bewertung der Attraktivität des Lächelns unter Kieferorthopäden, Zahnärzten und Laien (ohne zahnmedizinischen Hintergrund) zu vergleichen. Dazu wurden die Veränderungen von insgesamt 120 Untersuchern (40 Kieferorthopäden, 40 Zahnärzte und 40 Laien) beurteilt und die Beurteilungen der drei Untersuchungsgruppen miteinander verglichen. Die Beurteilung erfolgte anhand eines digital bearbeiteten Fotos eines Patienten, der anstelle der lateralen Inzisiven stehende Eckzähne hat. Auf dem Foto waren die Oberkieferzähne, die Lippen und die umgebenden Weichgewebe (ohne Nase und Kinn) zu sehen. Das Foto wurde symmetrisch gespiegelt (Photoshop CS2 software, Adobe Systems, San Jose, Californien) und schrittweise bezüglich folgender vier Variablen verändert: 1. Breite des Eckzahnes (sechs Bilder), 2. Kronenhöhe und Morphologie der Eckzahnspitze (neun Bilder), 3. Höhe des Gingivasaumes



Foto: Erbe, Wehrbein

Patientin mit Nichtanlage 12 und 22 nach Behandlung und Lückenschluss durch Einstellung der Canini anstelle der lateralen Inzisivi

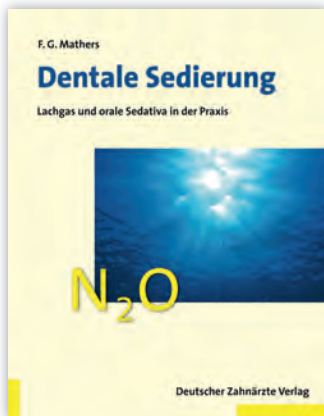
(sechs Bilder) und 4. Farbe des Eckzahnes (zehn Bilder). Die Bilder wurden farbig auf Fotopapier in der Größe 15 cm x 10 cm ausgedruckt und innerhalb der vier Variablengruppen in randomisierter Reihenfolge ausgelegt. In jede Variablengruppe wurde ein Duplikat integriert, um die Reliabilität der Untersucher festzulegen. Alle Untersucher sollten während einer Sitzung eine der vier Variablengruppe betrachten und sie nach Attraktivität (von am attraktivsten zu am wenigsten attraktiv) ordnen. Nachdem sie alle Gruppen untersucht hatten, wurden die vier attraktivsten und die vier unattraktivsten Bilder in je eine Gruppe zusammengefasst. Die Untersucher sollten dann das attraktivste und das am wenigsten attraktive Bild aussuchen. Die Daten wurden statistisch mit einer gemischten logistischen Regressionsanalyse untersucht. Ein 0,5 mm unterhalb des Gingivasaums des mittleren Inzisiven liegender Gingivasaum wurde als am attraktivsten bewertet. Je höher der Gingivasaum des Eckzahnes war, als desto unattraktiver galt er.

Hellere Eckzähne wurden im Vergleich zu dunkleren bevorzugt, schmale im Vergleich zu breiteren Varianten am häufigsten positiv bewertet. Hohe und spitze Eckzähne wurden als unattraktiv bewertet.

Alle drei Untersuchungsgruppen hatten eine breite Übereinstimmung in der Bewertung der Attraktivität des Lächelns. Innerhalb der Gruppe der Laien gab es dabei die größten Variationen. Klinische Relevanz: Man kann zusammenfassen, dass sich Eckzähne bei entsprechender Indikation anstelle der lateralen Inzisiven einstellen lassen und bei entsprechender Modifikation ein attraktives Lächeln erreicht werden kann.

Quelle:
Brough E, Donaldson AN, Naini FB: Canine substitution for missing maxillary lateral incisors: The influence of canine morphology, size and shade on perception of smile attractiveness. *Am J Orthod Dentofac* 2010; 138/6;705.e1-705.e9

Dr. Verena Hohlbach
OÄ Dr. Christina Erbe
Prof. Dr. Dr. Heinrich Wehrbein
Universitätsmedizin Mainz
Poliklinik für Kieferorthopädie
Augustusplatz 2, 55131 Mainz
verena.hohlbach@unimedizin-mainz.de



F. G. Mathers:
Dentale Sedierung. Lachgas und orale Sedativa in der Praxis.
 Deutscher Ärzteverlag.
 ISBN: 978-3-7691-3473-5
 49,95 Euro

Alternative Lachgas

Die gute Nachricht zuerst: Es gibt ein deutschsprachiges Buch zu dieser Thematik. Der deutsch-amerikanische Anästhesist F. G. Mathers, der in Köln das Institut für dentale Sedierung leitet und regelmäßig Kurse zu dieser Thematik abhält, hat es im Deutschen Zahnärzte Verlag publiziert. Als Koautoren fungieren eine Rechtsanwältin (rechtliche Grundlagen der Sedierung durch den Zahnarzt), ein weiterer Anästhesist (Notfälle) und ein zahnärztliches Praxisteam (Rolle der zahnmedizinischen Fachassistenten bei der dentalen Sedierung). Das Buch erinnert in seinem Schreibstil eher an ein Essay als einen wissenschaftlichen medizinischen Text, auch wenn durch die zitierte Literatur dieser Anspruch wohl erhoben werden soll. Gut beschriftete Abbildungen, Tabellen sowie Aufzählungen würden Verständnis, Lesbarkeit und das gezielte

Auffinden spezieller Informationen erleichtern.

Die persönlichen Tipps und Tricks zeugen von der umfangreichen klinischen anästhesiologischen Erfahrung des Autors, lassen jedoch jede wissenschaftliche Evidenz vermissen. Beispielhaft soll hier die Empfehlung, den Benzodiazepinantagonisten Flumazenil bei einer zu tiefen Sedierung beidseits des Zungenbändchens submukös zu injizieren, zitiert werden. Hierdurch kann sogar der Patient zusätzlich gefährdet werden. Die Darstellung, dass bei erwachsenen Patienten die orale Sedierung mit Benzodiazepinen sicherer und vorteilhafter im Vergleich zu einer gut titrierten intravenösen Sedierung sei, insbesondere mit Midazolam ist nicht nachvollziehbar. Dies trifft nur für Kinder zu, da hier die Venenpunktion zum einen schwierig und zum anderen traumatisierend sein kann.

Leider bleibt der Autor in weiten Abschnitten des Buches oberflächlich und geht nicht konkret auf die deutschen Gegebenheiten ein. So fehlen zum Beispiel die Hinweise auf die Entschließungen zur Analosedierung für diagnostische und therapeutische Eingriffe bei Kindern beziehungsweise Erwachsenen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) sowie die S3-Leitlinie zur Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie. Aber auch die aktuellen Empfehlungen zur Reanimation (2010) sind nicht erwähnt.

Fazit: Das Buch ist nett zu lesen, die Inhalte können aber nicht unmittelbar umgesetzt werden und in keinem Fall ersetzt es eine grundlegende theoretisch-praktische Ausbildung in Sedierungsverfahren und Notfallmaßnahmen.

Monika Daubländer



Sven-David Müller:
Das Kein Gluten Kochbuch.
 Verlagshaus Mainz, 2011.
 ISBN: 978-3-86317-021-9
 9,95 Euro

Glücklich ohne Gluten

Immer mehr Menschen leiden unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Vor allem die Anzahl derer, die kein Gluten vertragen, hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Dabei gibt es verschiedene Abstufungen der Glutenintoleranz bis hin zur Zöliakie. Bis die Diagnose eindeutig gestellt wird, vergeht für Patienten oft ein langer Leidensweg von Arzt zu Arzt.

Doch wer weiß, dass er unter Glutenunverträglichkeit leidet, kann etwas dagegen tun: Gluten

konsequent meiden, meist ein Leben lang. Trotzdem kann man noch schmackhafte Gerichte genießen, ohne das Gefühl zu bekommen, es fehle etwas. Dabei hilft aktuell „Das Kein Gluten Kochbuch“ von Sven-David Müller. Neben einem theoretischen Teil mit nützlichen medizinischen und ernährungstherapeutischen Informationen über Gluten und Zöliakie finden sich mehr als 50 Rezepte, die beweisen, dass man auch ohne Gluten schmackhaft und unkompliziert kochen und

backen kann. Damit ist die Zusammenstellung eines abwechslungsreichen und gesunden Speiseplans möglich. Abgerundet werden die Informationen durch weiterführende Internet- und Buchtipps sowie wichtige Adressen für Ratsuchende. Schade nur, dass einige leckere Rezepte für Patienten, die neben Glutenintoleranz auch unter Laktoseunverträglichkeit leiden, nicht brauchbar sind, weil sie Milchprodukte als Zutaten vorsehen. pr



Rainer Schöttl, D. D. S (USA):
 CMD: Kein Schicksal!
 MediPlus Verlagsgesellschaft,
 Unterleinleiter, 2009.
 ISBN: 978-3-9812738-2-3
 16,80 Euro

CMD – ein Einstieg

Nach Jahren des Dornröschenschlafs erfährt die Diagnostik und Therapie craniomandibulärer Dysfunktionen seit Jahren wieder vermehrt Beachtung. Dies führt nicht nur zu sehr gut besuchten Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD) im traditionellen Bad Homburg, sondern auch zur Erstellung verschiedener zahnärztlicher Lehrbücher und Neuauflagen zu diesem Themengebiet. In Ergänzung hierzu hat der Kollege Schöttl jetzt unter dem Titel „CMD: Kein Schicksal!“ einen Ratgeber in Taschenbuchformat verfasst.

Auf 74 Seiten spannt er dabei einen Bogen von der Grundlage über die Diagnostik hin zur Therapie. Dabei widmet sich der Autor zunächst der Frage „Was ist CMD überhaupt?“ und anschließend der Frage „Wer leidet unter CMD?“.

In der weiteren Folge geht der Autor auf den Zusammenhang „CMD und Segmente“ ein und schildert dann als Grundlage des weiteren Verständnisses die Funktion des craniomandibulären Systems. Anders als bei typischen Ratgebern sind die verwandten Grafiken allerdings klein – teils zu klein. Als ergänzende Illustrationen im äußeren Satzspiegel helfen sie aber, dem Zusammenhängen ein „Gesicht“ zu geben.

Im Abschnitt „Diagnose“ (ab Seite 19) wird besonders klar

der Grundgedanke erkennbar, der die inhaltliche Achse des Werkes bildet. Demnach sind die wichtigsten Kriterien bei der Diagnose der CMD: „Art und Umfang der vorliegenden Kompensationen aufzudecken“ sowie „zu etablieren, ob diese Kompensationen in einem Zusammenhang mit den Symptomen stehen, wegen denen der Patient Hilfe sucht“. Die hierzu durchzuführenden Untersuchungen beinhalten nach der Konzeption des Autors eine spezifische Anamnese (Seite 21), ergänzt durch die allgemeine Anamnese, eine Muskeluntersuchung, die Untersuchung der Kiefergelenke sowie eine intraorale Inspektion. Hinzu kommen als weiterführende Diagnostikmaßnahmen eine Haltungsuntersuchung, zur Inspektion der Muskulatur eine Elektromyografie sowie Reaktionstests mit gezielter Veränderung einzelner Parameter (ab Seite 33).

Die zweite Hälfte des Ratgebers ist dem Thema „Therapie“ gewidmet. Einen relativ breiten Raum nimmt dabei die Frage ein, was Patienten selbst tun können. Diese Frage nimmt auch der zehnteilige Abschnitt „Was ist mit der Psyche?“ auf und gibt eine Anleitung zur Selbstbehandlung mit dem Ziel, Blockaden aufzubrechen, die bisher kompensatorische Verhaltensmuster verursachen.

Auf die „Problemstelle Bissregistrierung“ geht der Autor eher

kurz ein und stellt als bevorzugtes Registrierungsverfahren die myozentrische Bissnahmetechnik vor (Seite 65). In der Folge werden verschiedene Aufbissbehelfe und Schienen aufgelistet, darunter unter anderem der Myozeptor, Bissbehelfe aus Acrylat, Behelfe aus Acetal-Kunststoff, geklebte Schienen sowie der Bionator. Eine Zusammenfassung rundet den Ratgeber ab, gefolgt von einem Anhang mit einer kurzen Liste empfohlener Literatur und einem Glossar.

Insgesamt ist „CMD: Kein Schicksal!“ so schlank, dass es zum Lesen einlädt. Dabei stellt sich die Frage, für wen das Buch eigentlich geschrieben ist? Mit der Angabe seines amerikanischen akademischen Titels auf dem Cover signalisiert Anders schon die Adressierung an Patienten. Anders als klassische Ratgeber ist dieser aber nicht in „Patientendeutsch“ geschrieben und betrachtet den Gesamtkomplex auch nicht ausdrücklich aus Patientensicht. Dieses ist offensichtlich kein Zufall, denn der Autor beschreibt, dass er „gar nicht so sehr zwischen dem Patienten und dem Therapeuten“ unterscheidet, sondern eher eine Anleitung zur Problemlösung vermitteln möchte.

Diese richtet sich mithin auch an Zahnärzte, die einen Einstieg in dieses Thema suchen, um einen Überblick zu gewinnen.

Oliver Ahlers, Hamburg



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72	Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 69
	Freie	S. 78		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
Anästhesie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 70		KZV Baden-Württemberg	S. 72
Bildgebende Verfahren	Freie	S. 80		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 73
	Chirurgie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 70	Freie	S. 79
	ZÄK Niedersachsen	S. 69	Kieferorthopädie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 70
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70		ZÄK Niedersachsen	S. 69
	KZV Baden-Württemberg	S. 71	Freie	S. 84	
	Freie	S. 79	Kinder- und Jugend-ZHK	LZK Rheinland-Pfalz	S. 69
Diagnostik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74		Konservierende ZHK	ZÄK Niedersachsen
Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 72			ZÄK Westfalen-Lippe
EDV	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70	Notfallmedizin	KZV Baden-Württemberg	S. 71
Funktionslehre	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 70			ZÄK Sachsen-Anhalt
		KZV Baden-Württemberg	S. 71	Parodontologie	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 73			KZV Baden-Württemberg
Homöopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72
	Hygiene	ZÄK Mecklenb.-Vorpommern	S. 70	Praxismanagement	ZÄK Niedersachsen
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 69			KZV Baden-Württemberg
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 74		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72
	Freie	S. 80	Prophylaxe	Freie	S. 80
					LZK Berlin/Brandenburg
				Freie	S. 82
			Prothetik	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 70
					Freie
			Qualitätsmanagement	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 73
					ZÄK Mecklenb.-Vorpommern
			Recht	ZÄK Niedersachsen	S. 69
					KZV Baden-Württemberg
			ZFA	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 69

Kongresse Seite 74

Hochschulen Seite 76

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 77

Freie Anbieter Seite 78

Wollen Sie an einer Fortbildungsveranstaltung einer Kammer oder KZV teilnehmen? Den unten stehenden Kupon können Sie für Ihre Anmeldung verwenden. Einfach ausschneiden, ausfüllen und per Post oder Fax an den Veranstalter senden.



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: 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

Fachgebiet: Kinder- & Jugend-ZHK
Thema: Verhaltensführung und Hypnose in der Kinderzahnheilkunde – ein Teamkurs
Referentin: Dr. Barbaras Beckers-Lingener
Termin: 28.03.2012
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 128301
Kursgebühr: 160 EUR

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Ästhetische Perfektion mit Keramikrestorationen 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: 1060 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 reicht's 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 Großböling
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 Zahnentfernung
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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Konservierende Zahnheilkunde
Thema: Wege der Schichttechnik für direkte und indirekte Frontzahnrestauration
Referent: Prof. Dr. Lorenzo Vanini
Termin:
 02.03.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 03.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 12 740 006
Gebühr: 690 EUR

Fachgebiet: EDV

Thema: Vertiefender QM-Workshop für den ZA und sein Team Gestaltung von Präsentationen mit PowerPoint für die Zahnarztpraxis

Referenten: Dozententeam der ZÄKWL

Termin:

03.03.2012: 09.00 – 16.30 Uhr

Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 12 762 202

Gebühr: ZA 199 EUR, ZFA 139 EUR

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Biologisch adäquate Rekonstruktion des Alveolarfortsatzes

Referent: PD Dr. Kai-Hendrik Bormann

Termin:

03.03.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 12 740 035

Gebühr: 439 EUR

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Plastisch-ästhetische Parodontal- und Implantatchirurgie – bewährte Konzepte und innovative Strategien

Referent: Dr. Otto Zuhr

Termin:

10.03.2012: 09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 8

Kurs-Nr.: 12 740 005

Gebühr: 349 EUR

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Bisshebung im Erosionsgebiss mit direkter Adhäsivtechnik – Die Phase zwischen der Schiene und der permanenten Restauration

Referenten: Dr. Uwe Blunck, Prof. Dr. Thomas Attin

Termin:

23.03.2012: 14.00 – 19.30 Uhr,

24.03.2012: 08.30 – 17.15 Uhr

Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 16

Kurs-Nr.: 12 740 033

Gebühr: 459 EUR

Fachgebiet: Implantologie

Thema: Implantologisches Konzept in 3 Teilen

Kurs 1 – Mein erstes Implantat – Planung und Implantation

Referent: Dr. Stefan Reinhardt

Termin:

30.03.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,

31.03.2012: 09.00 – 16.00 Uhr

Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 14

Kurs-Nr.: 12 740 030

Gebühr: 449 EUR

Auskunft: ZÄKWL

Dirc Bertram

Tel.: 0251/507-600

Fax: 0251/507-619

dirc.bertram@zahnaerzte-wl.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 Reiningger

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 Kepschull,

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, Grunthal-

platz 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)

KZV Baden- Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg

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
Behandlungsassistenz
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 befund-
bezogene Therapie von Paro-
dotalerkrankungen
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 Parodontistherapie
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
Termin:
29.02.2012:
14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Akademie für Zahnärztliche
Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4847
Gebühr: 145 EUR
(inkl. Buch „MEMORIX spezial:
Notfallmedizin“ 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

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Chirurgische Zahnerhaltung
Referenten: Dr. Andreas Bartols, M.A., Dr. Michael Korsch, M.A., Akademie Karlsruhe
Termin: 09./10.03.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 4861
Gebühr: 510 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Periimplantitis – wie viel Therapie braucht das Implantat?
Referent: Dr. Manfred Zilly, Pfortzheim
Termin: 10.03.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 4899
Gebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Das 1x1 der Implantologie – Komplikations- und Weichgewebsmanagement
Referent: Dr. Michael Korsch, M.A., Akademie Karlsruhe
Termin: 16./17.03.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 6206
Gebühr: 600 EUR

Fachgebiet: Digitale Verfahren
Thema: Die Fachkunde für die dentale Volumetomografie (DVT) – Teil 1 und 2
Referent: Dr. Edgar Hirsch – Universität Leipzig
Termin: Teil 1: 17.03.2012, Teil 2: 23.06.2012
Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 18
Kurs-Nr.: 4832
Gebühr: 800 EUR

Karlsruher Konferenz 2012
Thema: Abschied vom Abdrucklöffel – 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-Teamkurs 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 Universitätszahnklinik, 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 Multimediazentrum, Mansfelder Str. 56
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: ZH/Z-040-2012
Gebühr: 210 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Im Brennpunkt: Dokumentation 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, koronarer Herzerkrankung und zu anderen Allgemeinerkrankungen
Referenten: PD OA Dr. med. dent. Stefan Reichert, Dr. med. dent. Ute Töpel, 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: 2500 EUR Kurspaket, 380 EUR Einzelgebühr

Fachgebiet: ZFA
Thema: Radiologie und Strahlenschutz für Zahnarzhelferinnen
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 Zahnarzhelferinnen
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: 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: Implantologie
Thema: Curriculum Implantologie Baustein 8: Abrechnungsseminar: Die korrekte Buchung von implantologischen Leistungen aus der GOZ und GOÄ – Individuelle zahnärztliche prothetisch-implantologische Versorgungsplanung
Referenten: Sandra Abraham – Mautitz, 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: 3000 EUR Kurspaket, Einzelkursgebühr Fr.: 205 EUR, Sa.: 230 EUR

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@zahnarzttekammer-sah.de oder
einecke@zahnarzttekammer-sah.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

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

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.: 4515.0
Kursgebühr: 55 EUR

Fachgebiet: Diagnostik
Thema: Basiskurs CMD – Theorie
und Diagnostik der
Craniomandibulären
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: Diagnostik
Thema: Therapie der CMD –
Schienentherapie und adjuvante
Therapien
Referentinnen: Dr. Andrea Diehl,
Dr. Annette Wiemann
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
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

Thema: Kinder- & Jugendzahnheil-
kunde – Kompakt
Referent: Prof. Dr. Dr. Norbert Krä-
mer (Gießen)
Termin:
31.03.2012: 08.30 – 16.30 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 4028.4
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Aufstiegsfortbildung
zum/r Dentalhygieniker/in
Referent: Ilona Kronfeld, Berlin-
Termin:
April 2013 – April 2014
Ort: Berlin
Bewerbungsschluss: 16.11.2012
Kursgebühr: 14 850 EUR (inkl. aller
Skripte)
Kostenfreier Infoabend:
26.10.2012: 19.30 Uhr

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Aufstiegsfortbildung
zum/r Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin
Referent: Ilona Kronfeld, Berlin-
Termin:
August 2012 – Februar 2013
Ort: Berlin
Bewerbungsschluss: 04.04.2012
Kursgebühr: 3 850 EUR (inkl. aller
Skripte)
Kostenfreier Infoabend:
28.03.2012: 19.30 Uhr

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

Kongresse

■ Februar

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: -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 / Augustus-
platz, Hörsaal 2 Universität Leipzig
Referenten: Claudia Behrend, Su-
sanne Codoni, Dr. Gisela Friedrich,
Sabine Fuhlbrück, Mathilde Fur-
tenbach, Dr. Bianca Gelbrich, u. a.
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: 95 EUR
Anmeldung und Information:
www.iske-leipzig.de

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

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 Zahnärzte-
kammer Westfalen-Lippe**
Thema: Patientengerechte Planung
– Der lange und schwierige Weg
zum individuellen Zahnersatz
Termin: 14.03. – 17.03.2012
Ort: Gütersloh
Tagungspräsident:
Prof. Dr. Karl-Heinz Utz – Bonn
Auskunft: ZÄK Westfalen-Lippe
Akademie für Fortbildung
Auf der Horst 31, 48147 Münster
Tel.: 0251/507627
Fax: 0251/50765627
annika.bruegger@zahnarzte-wl.de

3. Deutscher Halitosisstag
Veranstalter: Quintessenz Verlag
Termin: 16./17.03.2012
Ort: Hotel Scandic, Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: ZA 190 EUR, Assistent 160 EUR, ZFA/Student 95 EUR (Vorkurs am 16.03. 60 EUR)
Auskunft: Quintessenz Verlag
 Saskia Lehmkuhler
 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

22. Jahrestagung der DGAZ
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für AlternzahnMedizin e.V. (DGAZ) in Kooperation mit der LZK Rheinland-Pfalz
Thema: „Fit und dann gebrechlich?“ – Entscheidungswege für die Praxis!
Termin: 24.03.2012
Ort: Universitätsmedizin Mainz, Hörsaal der Chirurgie, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Anmeldung:
 Dagmar Wepprich-Lohse
 ZK Rheinland-Pfalz
 Langenbeckstr. 2
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/96136-60
 Fax: 06131/96136-89
 wepprich-lohse@lzk.de
 www.dgaz.org

7. Parodontologie-Tag Recklinghausen
Veranstalter:
 Dr. Udo Krause-Hohenstein
Termin: 24.03.2012
Ort: Ruhrfestspielhaus Recklinghausen
Referenten: Prof. Dr. Arwiler, Prof. Dr. Jentsch, PD Dr. Jordan, PD Dr. Kasaj, Prof. Dr. Pilloni
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 125 EUR, 150 EUR
Anmeldung:
 Dr. Krause-Hohenstein
 Cäcilienhöhe 176
 45657 Recklinghausen
 Tel.: 02361/901000
 info@krause-hohenstein.de

■ April

23. Fortbildung der Bezirkszahnärztekammer Freiburg für ZFA
Thema: Schöne Zähne erhalten – schöne Zähne gestalten
Termin: 20.04.2012
Ort: Schluchsee
Organisation: Dr. Peter Riedel, Sabine Häringer
 Tel.: 0761/4506-352
 Fax: 0761/4506-450
 sabine.haeringer@bzk-freiburg.de

37. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte
Thema: Schöne Zähne erhalten – schöne Zähne gestalten
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Titisee
Organisation: Prof. Dr. Elmar Hellwig, Gudrun Kozal
 Tel.: 0761/4506-311
 Fax: 0761/4506-450
 gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

11. Jahrestagung des LVs Nordrhein-Westfalen im DGI e.V.
Thema: Rückblick – Augenblick – Ausblick
Termin: 20./21.04.2012
Ort: InterContinental, Königsallee 59, 40215 Düsseldorf
Information: MCI Deutschland GmbH, Alexandra Glasow
 Markgrafenstr. 56
 10117 Berlin
 Tel.: 030/20459-0
 Fax: 030/20459-50
 nrwi@mci-group.com

DGZ-Jahrestagung
Thema: Biowissenschaften u. Nanotechnologie treffen Zahnerhaltung
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Dt. Hygienemuseum, Dresden
Anmeldung: www.dgz-online.de

Anzeige

ITI Kongress Deutschland – „Neue Technologien und Methoden: nützlich oder nötig?“
Veranstalter: ITI International Team for Implantology
Termin: 27./28.04.2012
Ort: Staatenhaus am Rheinpark, Köln
Fortbildungspunkte: 15
Auskunft und Anmeldung:
 ITI International Team for Implantology, Peter Merian-Weg 10, CH-4052 Basel
 Tel.: +41(0)6127083-83
 Fax: +41(0)6127083-84
 events@iticenter.ch
 www.iti.org/congressgermany

Internationales Frühjahrs-Seminar Meran
Motto: Faszination „Seitenzahnbereich“
Termin: 27.04. – 29.04.2012
Ort: Kurhaus Meran
 Freiheitsstr. 31, 39012 Meran
Tagungsleitung:
 DDR. Wolfgang Leja – Innsbruck, Dr. Anton Mayr – Imst, Univ.-Doz. DDR. Ivano Moschèn – Bozen
Anmeldung:
 Verein Tiroler Zahnärzte
 Sekretariat: Christine Kapplmüller
 Anichstr. 35, 6020 Innsbruck
 Tel.: +43/(0)69915047190
 office.vtz@uki.at
 www.vtz.at
Information: Ärztezentrale Med.Info
 Helfferstorferstr. 4, A-1014 Wien
 Tel.: +43/1/53116-38
 Fax: +43/1/53116-61
 azmedinfo@media.co.at

■ Mai

Frühjahrssymposium (12. Jahrestagung) des LVs Bayern im DGI e.V.
Termin: 20.04. – 22.04.2012
Ort: NH Nürnberg City, Bahnhofstr. 17-19, 90402 Nürnberg
Information: DGI Bayern
 Monika Pangerl
 Tel.: 08152/9909-0
 Fax: 08152/9909-16
 info@dgi-gayern.de
 oder: Praxis Dr. Petschelt
 Tel.: 09123/12100
 Fax: 09123/13946
 dgi@petschelt.de

12. Kärntner Seensymposium
Veranstalter: ÖGZMK Kärnten, gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband – (ZIV)
Termin: 03.05. – 06.05.2012
Ort: Casino Velden, Wörthersee
Themen: Erfolgreich durch sinnvolle Fortbildung: Implantatfixierung abnehmbaren Zahnersatzes, gaumenfreier OK – Prothesen, Zirkonoxidprothesen; Die Sinusbodenelevation – Eine Methode für Ihre Praxis?; Lösungen nach Zahnextraktionen; ...
Kongresspräsidenten:
 DDR. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten), DDR. Franz Tuppy (ZIV)
Information:
 Zahnärztekammer Kärnten
 Karin Brenner
 Tel.: ++43(0)505119020
 brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

6. Jahrestagung des LVs Hessen im DGI e.V. gemeinsam mit dem LV Rheinland-Pfalz im DGI e.V., BDO, DGMKG, ZGH, DGÄZ
Termin: 11./12.05.2012
Ort: Stiftung Kloster Eberbach, 65346 Eltville im Rheingau
Information: Zahnärztliche Gesellschaft in Hessen e.V. (ZGH e.V.)
 Dr. Edgar Spörlein
 Friedhofstr. 13
 64407 Fränkisch-Crumbach
 Tel.: 06164/2489
 Fax: 069/173204499

■ Juni

DZOI-Jahrestagung 2012
Thema: Angewandte Wissenschaft für Praxis
Wissenschaftliche Leitung:
 DZOI-Präsident Dr. med. dent. Helmut B. Engels, Dr. med. dent. Mathias Plöger (DIZ)
Termin: 07.06. – 09.06.2012
Ort: Hilton Hotel Bonn
Auskunft: Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.
 Rebhuhnweg 2, 84036 Landshut
 Tel.: 0871/6600934
 Fax: 0871/9664478
 e-mail: office@dzoide
 www.dzoide

Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V. Kongress
Thema: Digitale Zahnmedizin, Innovation in der Kooperation Zahnarzt/ Zahntechniker
Termin: 07.06. – 09.06.2012
Ort: Kongresshalle Böblingen
Fortbildungspunkte: bis zu 20
Gebühr: 96 EUR Mitglieder, 140 EUR Nichtmitglieder
Auskunft:
 Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V.
 Katrin Stockburger
 Hartmeyerstr. 62
 72076 Tübingen
 Tel.: 07071/61473 und 967696
 Fax: 07071/967697
 info@ag-dentale-technologie.de

19. Sommersymposium des MVZI im DGI e.V.
Thema: Lücken – Rücken – Brücken. Implantatprothetische Therapieansätze im Lückengebiss
Termin: 14. – 16.06.2012
Ort: Herrenkrug Parkhotel, Herrenkrug 3, 39114 Magdeburg
Auskunft:
 Youvivo GmbH
 Karlstr. 60, 80333 München
 Tel.: 089/550520-90
 Fax: 089/550520-92
 info@youvivo.de

12. Endodontie-Symposium
Veranstalter: Quintessenz-Verlag in Kooperation mit AGET/DGZ und VDZE
Wissenschaftliche Leitung:
 Prof. Dr. M. Hülsmann,
 Prof. Dr. E. Schäfer
Referenten: J. Gutmann (Dallas), S. Bürklein (Münster), C. Löst (Tübingen), J. Wolters (Berlin), L.-L. Kirkevang (Aarhus) u. a.
Termin: 15./16.06.2012
Ort: Hotel Novotel am Tiergarten, Berlin
Fortbildungspunkte:
 Symposium 13, Vorkongress 4
Gebühr: ZA 365 EUR, Mitglieder DGZ/DGEndo 315 EUR, Assistenten 220 EUR, Studenten 95 EUR
Anmeldung: Quintessenz-Verlag
 Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 www.quintessenz.de/endo

17. Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK-heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V. und
9. Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern in der DGI
Thema: Besonderheiten und Probleme älterer Patienten in der zahnärztlichen Implantologie – Generation 60 plus
Termin: 23.06.2012
Ort: 17489 Greifswald, Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, Martin-Luther-Str. 14
Gebühr: Mitglieder der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft oder der DGI 70 EUR, Nichtmitglieder 90 EUR
Auskunft:
 Prof. Dr. Wolfgang Sümnig
 Ernst-Moritz-Arndt-Universität
 Zentrum für ZMK-heilkunde
 Poliklinik für MKG-Chirurgie
 Rotgerberstr. 8
 17475 Greifswald
 Tel.: 03834/867168
 Fax: 03834/867302
 suemnig@uni-greifswald.de

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 Ferney-Voltaire, France
 Tel.: +33/450/405050
 Fax: +33/450/405055

Hochschulen

Universität Düsseldorf

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Mini-Implantate in der Kieferorthopädie
 Kurs II für Fortgeschrittene
Termin: 14.04.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Referenten: Prof. Dr. Dieter Drescher (Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie), PD Dr. Benedict Wilmes (Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie)
Ort: Uni-Klinik Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 8
Teilnahmegebühr: 380 EUR (Assistenten 280 EUR) zzgl. MwSt.

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

Wissenschaftliche Gesellschaften

DZOI

**Deutsches Zentrum
für orale Implantologie e.V.**
Fachgebiet: Implantologie
Thema: Intensivfortbildung für TSP
oder Master of Science
Termin: 18.-25.03.2012:
Ort: Universität de Entre Rios
Argentinien
Referenten: Prof. Dr. Dr. Wilfried
Engelke, Göttingen,
Prof. O. Decco
Kursgebühr: 2 499 EUR
(1 499 EUR für DZOI-Mitglieder)

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Intensivfortbildung für TSP
oder Master of Science
Termin: 17.-25.03.2012:
Ort: Universität de la Frontera Chi-
le (UFRO), Temuco, Chile
Referenten: Prof. Dr. Dr. Wilfried
Engelke, Göttingen, Prof. Dr. Ra-
mon Fuentes, Temuco
Kursgebühr: 2 499 EUR
(1 499 EUR für DZOI-Mitglieder)

Thema: Curriculum Laserzahnme-
dizin Modul I + II
Termin: 13.-15.04.2012 sowie
13.-15.09.2012
Ort: Landshut
Referenten: Prof. DDr. Andreas Mo-
ritz (SOLA), Dr. Manfred Witt-
schier (DZOI)
Kursgebühr: 2 050 EUR
(1 900 EUR für DZOI-Mitglieder)

Auskunft:
DZOI Geschäftsstelle
Rebhuhnweg 2, 84036 Landshut
Tel. 0871/6600934
office@dzoi.de
www.dzoi.de

DGCZ

Deutsche Gesellschaft für
computergestützte Zahnheilkunde

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: CEREC-Fortbildung:
DVT-Kurs
Referenten: Dr. L. Ritter, Do. O.
Schenk, Prof. J. E. Zöller
Termin: 1. Teil: 14.04.2012
2. Teil: 14.07.2012
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 9
Kursnummer: DV500212
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mit-
glied DGCZ: 1 130,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Seiten- und Frontzahnkurs
Referent: Dipl.-Stom.
Oliver Schneider
Termin: 13./14.04.2012
Ort: Zwickau
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW290212
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mit-
glied DGCZ: 1 130,50 EUR
ZFA: 1 249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Intensivkurs
Referent: Dr. Bernd Reiss
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Bensheim
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS060212
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mit-
glied DGCZ: 1 249,50 EUR
ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Intensivkurs
Referenten: Dr. W. Schweppe, Dr.
O. Schenk
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Frödenberg
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS130312
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mit-
glied DGCZ: 1 249,50 EUR
ZFA: 624,75 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung:
Frontzahn-Restoration, Krone/
Veneer/ kleine Brücken
Referent: ZA Peter Neumann
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW140112
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mit-
glied DGCZ: 1 130,50 EUR
ZFA: 1 249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung: Krone und Veneerkurs
Referenten: Dr. K Wiedhahn, Dr. G. Fritzsche
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Buchholz
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW070112
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mitglied DGCZ: 1 130,50 EUR
ZFA: 1 249,50 EUR

Thema: CEREC-Fortbildung: Intensivkurs
Referent: Dr. Otmar Rauscher
Termin: 20./21.04.2012
Ort: München
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS490312
Kursgebühr: 1 249,50 EUR, Mitglied DGCZ: 1 249,50 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

DDHV

**Deutscher DentalhygienikerInnen
 Verband e.V.**

Fortbildungstagung 2012
Thema: Curriculum Implantologie: Laserzahnheilkunde und Periimplantitis
Referenten: Prof. Dr. Ulrich P. Saxer (CH), Dipl.-Biologe Michael H. Warncke, Dipl.-Betriebsw. Karl Schweisfurth, Prof. Dr. Holger Jentsch
Termin: 21.04.2012
Ort: Sheraton München, Arabellapark Hotel, Arabellastr. 5, 81925 München
Fortbildungspunkte: 6
Tagungsgebühr: 240 EUR, Frühbucherrabatt von 25 EUR bis 12.04.2012

Schriftliche Anmeldung:
 DDHV-Geschäftsstelle
 Weichselmühle 1, 93080 Pentling
 Tel.: 0941/91069210
 Fax: 0941/997859
 e-mail: Beatrix.Baumann@gmx.de
 www.ddhv.de

APW

**Akademie
 Praxis und Wissenschaft**

Fortbildungskurse

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Sichere und vorhersagbare Augmentationskonzepte des Hart- und Weichgewebes in der oralen Implantologie
Termin: 21.04.2012
Referent: Dr. Dr. Andreas Stricker
Ort: Konstanz
Fortbildungspunkte: 9
Kursnummer: CC 01
Kursgebühr: 460 EUR; (430 EUR DGZMK-Mitglieder; 410 EUR APW-Mitglieder)
Anmeldung: APW, Sonja Beate Lucas
 Tel.: 0211/66967342
 apw.lucas@dgzmk.de

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Diabetes mellitus und Parodontologie
Termin: 27./28.04.2012
Referenten: Prof. Dr. Jörg Meyle, PD Dr. med. Nils Ewald
Ort: Gießen
Fortbildungspunkte: 12
Kursnummer: CP 02
Kursgebühr: 575 EUR; (545 EUR DGZMK-Mitglieder; 525 EUR APW-Mitglieder)
Anmeldung: APW, Monika Huppertz
 Tel.: 0211/66967343
 apw.huppertz@dgzmk.de

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Zahnärztliche Arzneitherapie bei spezielle Populationen (im Alter, Schwangerschaft, Stillzeit u.ä.)
Termin: 27./28.04.2012
Referent: Prof. Dr. Wilhelm Kirch
Ort: Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 7
Kursnummer: CA 04
Kursgebühr: 300 EUR; (270 EUR DGZMK-Mitglieder; 250 EUR APW-Mitglieder)
Anmeldung: APW, Julia Schröder
 Tel.: 0211/66967340
 apw.schroeder@dgzmk.de

Fachgebiet: Endodontologie
Thema: Behandlung endodontischer Schmerzfälle: Medikamente, Anästhesie und kausale Therapie
Termin: 28.04.2012
Referent: Prof. Dr. Edgar Schäfer
Ort: Frankfurt
Fortbildungspunkte: 5
Kursnummer: CE 02
Kursgebühr: 270 EUR; (240 EUR DGZMK-Mitglieder; 220 EUR APW-Mitglieder)
Anmeldung: APW, Anna Lo Bianco
 Tel.: 0211/66967341
 apw.lobianco@dgzmk.de

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Lachgas – Möglichkeiten für die Kinderzahnheilkunde in Deutschland
Termin: 28.04.2012
Referent: Prof. Dr. Christian Splieth
Ort: Greifswald
Fortbildungspunkte: 10
Kursnummer: CK 01
Kursgebühr: 450 EUR; (420 EUR DGZMK-Mitglieder; 390 EUR APW-Mitglieder)
Anmeldung: APW, Sonja Beate Lucas
 Tel.: 0211/66967342
 apw.lucas@dgzmk.de

Fachgebiet: Restaurative Zahnheilkunde
Thema: Eine neue Methode zum minimal invasiven Lückenschluss im Seitenzahnbereich durch Zahnverbreiterungen mittels direkt eingebrachten Komposit
Termin: 28.04.2012
Referenten: Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle, Dr. Theresa Maier-Kraus
Ort: Heidelberg
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: CR 01
Kursgebühr: 410 EUR; (380 EUR DGZMK-Mitglieder; 360 EUR APW-Mitglieder)
Anmeldung: APW, Julia Schröder
 Tel.: 0211/66967340
 apw.schroeder@dgzmk.de

Auskunft:
 APW
 Liesegangstr. 17a
 40211 Düsseldorf
 Tel.: 0211/669673-30, Fax: -31
 e-mail: apw.barten@dgzmk.de
 http://www.dgzmk.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: Marketing
Thema: So kommen Sie in die Medien
Veranstalter: DOCRELATIONS® – PR und Marketing für Mediziner
Referent: Oliver Löw, Dipl.-Infv. (FH)
Termin: 07.03.2012:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlösser Bohème, Ratinger Str. 25, 40213 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Anmeldung:
 Tel.: 02159/9282182
 www.docrelations.de/seminare

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO Abrechnung
 1. Teil: KFO Abrechnung nach Bema und GOZ 2012, Teil: Abrechnung von Aligner-Systemen sowie AVL und Zusatzvereinbarungen nach § 2 Abs. 1-3
Veranstalter: KFO-Abrechnung & Schulungen Friedrich
Referent: Bettina Friedrich
Termin: 16.03.2012:
 Teil 1: 09.00 – 13.00 Uhr
 Teil 2: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: München
Kursgebühr: je Teil 195 EUR zzgl. MwSt., beide Teile: 335 EUR zzgl. MwSt.
Fortbildungspunkte: 4-8
Anmeldung: KFO Abrechnung & Schulungen Friedrich, Bettina Friedrich
 Kanalstr. 17, 85774 Unterföhring
 Tel.: 089/958224-00, Fax: -01
 kontakt@kfo-service.de
 www.kfo-service.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Nie wieder verlorener Biss; der Kurs zum Buch
Referent: ZA Gerd Christiansen
Veranstalter: CMD-Compact KG
Termin: 24.03.2012
Ort: Ingolstadt
Sonstiges: Ref.: xxxx
Kursgebühr: 395 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: CMD Compact KG
 Frau Christiansen
 Ludwigstr. 27
 85049 Ingolstadt
 Tel.: 0841/1294717
 www.cmd-compact.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO Abrechnung
 1. Teil: KFO Abrechnung nach Be-
 ma und GOZ 2012, Teil: Abrech-
 nung von Aligner-Systemen sowie
 AVL und Zusatzvereinbarungen
 nach § 2 Abs. 1-3
Veranstalter: KFO-Abrechnung &
 Schulungen Friedrich
Referent: Bettina Friedrich
Termin: 31.03.2012:
 Teil 1: 09.00 – 13.00 Uhr
 Teil 2: 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Berlin
Kursgebühr: je Teil 195 EUR zzgl.
 MwSt., beide Teile: 335 EUR zzgl.
 MwSt.
Fortbildungspunkte: 4-8
Anmeldung: KFO Abrechnung &
 Schulungen Friedrich,
 Bettina Friedrich
 Kanalstr. 17, 85774 Unterföhring
 Tel.: 089/958224-00, Fax: -01
 kontakt@kfo-service.de
 www.kfo-service.de

Fachgebiet: Marketing
Thema: So kommen Sie in die
 Medien
Veranstalter: DOCRELATIONS® –
 PR und Marketing für Mediziner
Referent: Oliver Löw, Dipl.-Infw.
 (FH)
Termin: 04.04.2012:
 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlösser Bohème, Ratinger
 Str. 25, 40213 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Anmeldung:
 Tel.: 02159/9282182
 www.docrelations.de/seminare

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Craniosacraltherapie
 Grundkurs
Veranstalter: Aufwind Consulting
 GmbH
Referentin: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 12./13.04.2012:
 je 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlehdorf
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung:
 Aufwind Consulting GmbH
 Kocheler Str. 1
 82444 Schlehdorf
 Fax: 08851/615690
 info@aufwind.org

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Anatomie und operative
 Techniken
Veranstalter: Dentaurum Implants
 GmbH
Referenten:
 Prof. Dr. Tobias Böckers und
 Dr. Joachim Hoffmann
Termin: 14.04.2012
Ort: Universität Ulm
Fortbildungspunkte: 9

Kursgebühr: 460 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-480
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Minimalinvasive Mini-
 druckknopfimplantate für den
 zahnlosen Kiefer
Veranstalter: Dr. med. Dr. med.
 dent. Heinrich Bültemann-Hage-
 dorn
Termin: 14.04.2012:
 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: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Craniosacraltherapie Aufbaukurs
Veranstalter: Aufwind Consulting
Referentin: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 14./15.04.2012:
 je 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlehdorf
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung:
 Aufwind Consulting GmbH
 Kocheler Str. 1
 82444 Schlehdorf
 Fax: 08851/615690
 info@aufwind.org

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Mensch! Ärgere Dich fruchtbar!
Veranstalter: KomMed Ute Jürgens
Referentin: Ute Jürgens
Termin: 14./15.04.2012, Transfer-nachmittag (optional) 13.06.2012
Ort: Lilienthal bei Bremen
Fortbildungspunkte: 18
Kursgebühr: 290 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Ute Jürgens
 Peter-SonnenscheinStr. 59
 28865 Lilienthal
 Tel.: 04298/469977
 info@kommed-coaching.de
 www.kommed-coaching.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Steuer- und Vertragsrecht – Praxisniederlassung und -übernahme (steuerrechtliche Rahmenbedingungen, vertragsrechtliche Angelegenheiten)
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referentin: Ute Asmussen
Termin: 18.04.2012:
 14.30 – 17.30 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12.5_PrO.5_PrN.01
Kursgebühr: 90 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO-Privatabrechnung von A bis Z fair berechnet
Veranstalter: Dentaforum GmbH
Referentin: Ursula Duncker
Termin: 18.04.2012
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: -409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis
Veranstalter:
 Dental-Depot R. Spörrer
Referent: Jörg Wagner
Termin: 18.04.2012:
 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: 95679 Waldershof
Kursgebühr: 50 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Dental-Depot R. Spörrer e.K.
 Ludwig-Hüttner-Str. 19
 95679 Waldershof
 Tel.: 09231/71479
 Fax: 09231/972128

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Kinesiologie Grundkurs – Materialtestung
Veranstalter: Aufwind Consulting
Referentin: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 19./20.04.2012:
 je 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlehdorf
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung:
 Aufwind Consulting GmbH
 Kocheler Str. 1, 82444 Schlehdorf
 Fax: 08851/615690
 info@aufwind.org

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:
 20.04.2012:
 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Offisto Business Center,
 Steiermärker Str. 3-5, 70469
 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12021
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: Der Weg zum optimalen Biss – Die neue Myozentrik
Veranstalter:
 Primadent Zahntechnik GmbH
Referent:
 ZA Dr. med. dent. Rainard Scheele
Termin:
 20.04.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Heidelberg
Fortbildungspunkte: 8
Kursgebühr: 480 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Primadent Zahntechnik GmbH,
 Staatsstr. 1
 64668 Rimbach
 Tel.: 06253/806143
 Fax: 06253/806144
 info@primadent-zahntechnik.de
 www.primadent-zahntechnik.de

Fachgebiet: Prothetik
Thema: model-tray® – das System zwischen Abdruck und Zirkon
Veranstalter: model-tray® GmbH
Referentin:
 ZTM Birgit Haker-Hamid
Termin:
 20.04.2012: 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: Abrechnung
Thema: KFO-Privatabrechnung von A bis Z fair berechnet
Veranstalter:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
Referentin: Ursula Duncker
Termin: 20.04.2012
Ort: Münster
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Hygiene
Thema: RKI, MPG & Co. Rechtsvorschriften, Technische Regel und Unfallverhütungsvorschriften für die Zahnarztpraxis
Veranstalter: Edulogicum GbR
Referent: Mathias Lange
Termin: 20.04.2012:
 14.30 – 18.30 Uhr
Ort: Edulogicum GbR, Johann-Mohr-Weg 4, 22763 Hamburg
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12.05HYG.HYG-RKI.01
Kursgebühr: 59 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Fax: 040/81951237
 www.edulogicum.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Die Herbst-Apparatur – ein Gewinn für die tägliche Praxis
Veranstalter: Dentaforum GmbH & Co. KG
Referenten: Dr. Claudia Zöller,
 Dr. Georg Zöller
Termin: 20.04.2012
Ort: Osnabrück
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 350 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Der Diagnostik-Kurs
Veranstalter: Dentaforum GmbH
Referent: Dr. Wolfgang Scholz
Termin: 20.04.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470, Fax: 409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Digitale Fotografie
Veranstalter: Dentaforum GmbH
Referent: ZTM Wolfgang Weisser
Termin: 20.04.2012
Ort: Leipzig
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Dentaforum GmbH & Co. KG
 Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470, Fax: -409
 kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: HELBO-Therapie: Biofilm – Ihr unsichtbarer Feind!
Veranstalter: bredent group
Referenten: Dr. Sigurd Hafner, Dr. Freimut Vizethum
Termin: 20.04.2012: 16.00 – 20.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 950 M010 2
Kursgebühr: ZA 129 EUR, ZFA 79 EUR
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55 Alina.Fischer@bredent.com www.bredent.de

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Die Abrechnung kieferorthopädischer Laborleistungen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: Dr. Frank N. Weber
Termin: 20.04.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Jörg Stehr
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Kompaktkurs
Veranstalter: bredent group
Referentinnen: Dr. Joana Krause, Dr. Britta Rose
Termin: 20.04.2012: 13.30 – 20.00 Uhr
 21.04.2012: 08.30 – 18.00 Uhr
Ort: Kassel

Fortbildungspunkte: 16
Kurs-Nr.: 950 M008 6
Kursgebühr: 425EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/8726-16, Fax: -55 Alina.Fischer@bredent.com www.bredent.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Das Crozat-Gerät – Herstellung eines Crozat-Grundgerätes
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Monika Brinkmann
Termin: 20./21.04.2012
Ort: Frohburg (bei Leipzig)
Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Die kleine klinische Funktionsanalyse (praktischer Arbeitskurs)
Veranstalter: Güstrower Fortbildungsgesellschaft für Zahnärzte
Referent: MUDr. Per Fischer
Termin: 20.04.2012: 16.00 – 20.00 Uhr, 21.04.2012: 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Praxis MUDr. Per Fischer, 18273 Güstrow, Pfahlweg 1
Kursgebühr: 720 EUR
Auskunft: MUDr. Per Fischer
 Pfahlweg 1
 18273 Güstrow
 Tel.: 03843/8434-95, Fax: -96 info@gfza.de
 www.gfza.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement
Veranstalter: Dentaurum Implants
Referent: Dr. Stephan Kressin
Termin: 21.04.2012
Ort: München
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 295 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-480, Fax: -409 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: indirekt geht's leichter – Kurs zur indirekten Bracketadhäsiv-Klebeteknik mit praktischen Übungen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: Dr. Frank N. Weber
Termin: 21.04.2012
Ort: Ispringen
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 329 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO-Privatabrechnung von A bis Z fair berechnet
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: Ursula Duncker
Termin: 21.04.2012
Ort: Kassel
Fortbildungspunkte: 6
Kursgebühr: 249 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: KFO Abrechnung
 1. Teil: KFO Abrechnung nach Bema und GOZ 2012, Teil: Abrechnung von Aligner-Systemen sowie AVL und Zusatzvereinbarungen nach § 2 Abs. 1-3
Veranstalter: KFO-Abrechnung & Schulungen Friedrich
Referent: Bettina Friedrich
Termin: 21.04.2012:
 Teil 1: 09.00 – 13.00 Uhr
 Teil 2:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Leipzig
Kursgebühr: je Teil 195 EUR zzgl. MwSt., beide Teile: 335 EUR zzgl. MwSt.
Fortbildungspunkte: 4-8
Anmeldung: KFO Abrechnung & Schulungen Friedrich, Bettina Friedrich
 Kanalstr. 17, 85774 Unterföhring
 Tel.: 089/958224-00, Fax: -01 kontakt@kfo-service.de
 www.kfo-service.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantationskurs mit Live-OP
Veranstalter: Dentaurum Implants GmbH
Referent: Dr. Christian Vocke
Termin: 21.04.2012
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 383 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Irene Kunzmann
 Dentaurum Implants GmbH
 Turnstr. 31
 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-480
 Fax: 07231/803-409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Fachgebiet: Implantologie
Thema: whiteSKY Zirkonimplantat – Die Zukunft ist weiß
Veranstalter: bredent group
Referent: Christoph Arlom, M.Sc.
Termin: 21.04.2012: 09.30 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 950 M002 2
Kursgebühr: 585 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
 Tel.: 07309/872616, Fax: -55 Alina.Fischer@bredent.com www.bredent.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: KFO Creativ – der etwas andere Kurs
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Claudia Stößer
Termin: 21.04.2012
Ort: Alling (bei München)
Kursgebühr: 219 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung: Dentaurum GmbH & Co. KG Jenny Koch
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803470
 Fax: 07231/803409
 kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Das autologe Knochen-transplantat
Veranstalter: Dentaurum Implants GmbH
Referent: Dr. Joachim Hoffmann
Termin: 21.04.2012
Ort: Jena
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 460 EUR zzgl. MwSt.

Anmeldung:

Irene Kunzmann
Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-480
Fax: 07231/803-409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie

Thema: Pendelapparaturen und ihre Modifikation
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referentin: ZT Ursula Wirtz
Termin: 21.04.2012
Ort: Münster
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 250 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Dentaurum GmbH & Co. KG
Jenny Koch
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803470
Fax: 07231/803409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Fachgebiet: Chirurgie

Thema: Sinusbodenelevation und Augmentative Techniken mit Live-OPs
Veranstalter: Dentaurum Implants GmbH
Referent:
Dr. Daniel Schulz
Termin: 21.04.2012
Ort: Oschersleben
Fortbildungspunkte: 9
Kursgebühr: 435 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Irene Kunzmann
Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231/803-480
Fax: 07231/803-409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.de

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK

Thema: Kinesiologie Aufbaukurs – Störfeldsuche
Veranstalter: Aufwind Consulting
Referentin: Dr. Martina Obermeyer
Termin: 21./22.04.2012:
je 09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Schlehdorf

Fortbildungspunkte: 17
Kursgebühr: 690 EUR
Anmeldung:
Aufwind Consulting GmbH
Kocheler Str. 1
82444 Schlehdorf
Fax: 08851/615690
info@aufwind.org

Fachgebiet: Kieferorthopädie

Thema: Aufbaukurs:
Plattenapparaturen
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Monika Brinkmann
Termin: 23./24.04.2012
Ort: Freiburg (bei Dresden)
Kursgebühr: 449 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Dentaurum GmbH & Co. KG
Jenny Koch
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231/803470
Fax: 07231/803409
kurse@dentaurum.de
www.dentaurum.com

Fachgebiet: Praxismanagement

Thema: Prophylaxe-Manager/in mit IHK-Lehrgangszertifikat
Veranstalter: Feldmann Consulting® Fortbildungsakademie
Referentin:
Hans-Dieter Feldmann, Feldmann Consulting®
Termine:
23.04.2012 – 26.04.2012:
09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Feldmann Consulting®
Fortbildungsakademie,
Kronenstr. 11, 76275 Ettlingen
Fortbildungspunkte: 32
Kurs-Nr.: 12007
Kursgebühr: 1 565 EUR,
1 095,50 EUR für Teilnehmer aus Baden-Württemberg, 782,50 EUR für Teilnehmer über 50 aus B.-W.
Anmeldung:
Nicole Feldmann, Anna Münch
Tel.: 07243/7254-0
Fax: 07243/7254-20
info@feldmannconsulting.de

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

--	--	--

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

Pat. Init. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			Geburtsdatum <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation): lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgetreten am: _____ Dauer: _____	
---	--

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

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④	dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>	
--	--	--	--	--

Allgemeinerkrankung: behandelt mit:	
--	--

Anamnestiche Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Arzneimittel. Abusus <input type="checkbox"/> Sonstiges: Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen:	
--	--

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen) Todesursache:	
---	--

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

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> Hersteller <input type="checkbox"/> Arzneimittel-Komm. Ärzte <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/>	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>
--	---

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)	Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Datum:
Unterschrift		

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Starker Knochenverlust im OK oder UK – was tun?
Veranstalter: bredent group
Referent: PD Dr. Dr. Horst E. Umstadt
Termin: auf Anfrage
Ort: Weinheim
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 950 M008 3
Kursgebühr: 950 EUR
Auskunft: bredent medical GmbH & Co. KG, Frau Fischer
Tel.: 07309/872616, Fax: -55
Alina.Fischer@bredent.com
www.bredent.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Erfolgreich mit dem Team. Die Integration von Teambesprechungen
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Initiative Zahngesundheit
Kerzenleite 12
97209 Veitshöchheim
Tel.: 0931/2076262
Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der Patient 2.0 – Wie richte ich mich auf die Generation Google ein
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Initiative Zahngesundheit
Kerzenleite 12
97209 Veitshöchheim
Tel.: 0931/2076262
Pr@xiserfolg.com

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Zielvereinbarung mit Mitarbeitern vom Zufall zur Zielerfüllung
Veranstalter: Initiative Zahngesundheit
Referent: Hans J. Schmid
Dauer: 3 inspirierende Stunden
Ort: in Ihrer Praxis
Kursgebühr: 399 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
Initiative Zahngesundheit
Kerzenleite 12
97209 Veitshöchheim
Tel.: 0931/2076262
Pr@xiserfolg.com

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

ZÄ Anja Fröhlich-Zobel
Hangstr. 29
79539 Lörrach
geb. am: 04.02.1976
Ausweis gültig ab: 01.04.2004

Dr. Gernot Schaal
Rebweg 7
79589 Binzen
geb. am: 13.04.1938

ZA Frank Dietmar Sick
Spitalstr. 45
66564 Ottweiler
geb. 18.11.1966

ZÄ Kristin Blättner
Schönenbergstr. 13
88361 Althausen
geb. 27.08.1983
Ausweis gültig ab: 18.01.2010

Dr. Helmut Haßmann
Marktplatz 9
88255 Baienfurt
geb. 10.05.1950

Dr. Dr. Susanne Kluba
Im Bongert 4
72127 Kusterdingen
geb. 08.05.1973

ZÄ Sigrid Ostermeyer
Maliweg 5
88400 Biberach
geb. 23.04.1928

Kontakt:
BZK Freiburg
Merzhauser Str. 114-116
79100 Freiburg
Tel.: 0761/4506-0
Fax: 0761/4506-450

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

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

Tagesgeld, Festgeld und Co.

Stetiger Zuwachs

Zurzeit erleben die Sparer eine verkehrte Welt: Die EZB hält den Leitzins niedrig und gleichzeitig steigen die Zinsen für Fest- und Tagesgeld in attraktive Höhen. Diese Angebote sollten sich Anleger nicht entgehen lassen. Dabei dürfen sie allerdings das Thema Sicherheit nicht vernachlässigen.

Das ist der Normalfall: Sinkt der Leitzins, korrigieren die Banken die Zinsen auf Guthaben ihrer privaten Klientel rasch nach unten – im Gegensatz zu den Kreditzinsen. Doch obwohl die EZB den Leitzins am 8. Dezember 2011 auf ein Prozent gesenkt hat, halten sich die Zinsen für Spareinlagen auf ziemlich hohem Niveau. Die Gründe dafür leuchten ein: Die Banken benötigen dringend Geld. Untereinander leihen sich die Institute kaum noch etwas, so groß ist inzwischen das Misstrauen, dass der Partner eventuell risikoreiche Länderanleihen in seinem Depot hält und einen Kredit möglicherweise nicht mehr zurückzahlen kann. Günstiges Geld hält die EZB bereit. Doch verlangt sie dafür „refinanzierungsfähige“ Sicherheiten. Das können zum Beispiel Staatsanleihen von Ländern mit einwandfreier Bonität sein. Doch davon gibt es nicht mehr so viele.

Ein weiterer Grund für die Lockangebote ist die Tatsache, dass die Banken ihre risikobehafteten Geschäfte mit 10,5 Prozent Eigenkapital unterlegen müssen. So verlangt es die Europäische Bankenaufsicht EBA. Damit aber die Sparer ihnen ihr gutes Geld anvertrauen, müssen die Institute attraktive Angebote machen. Das haben einige Banken inzwischen begriffen. Die Internet-Finanzberatung FMH ermittelte den Durchschnittszins für Tagesgeld in der Zeit zwischen 1999 und 2008. Er lag bei 2,47 Prozent, 0,6 Prozentpunkte schlechter

als der EZB-Leitzins von 3,08 Prozent.

Zu Beginn der Finanzkrise in 2008 drehte sich die Situation: Der im FMH-Index ermittelte Tagesgeldzins lag im Schnitt bei 1,69 Prozent und der EZB-Zins bei 1,42 Prozent. FMF-Chef Max Herbst begründet diese Entwicklung so: „Die Banken sind also bereit, den



Es lohnt sich, den Markt zu beobachten; die Angebote für attraktive Tagesgeldkonten sind sehr mannigfaltig.

Kunden einen höheren Zins für ihr Tagesgeld zu zahlen, als sie der EZB für täglich benötigtes Geld vergüten müssten. Damit verzichten sie nicht nur auf Marge, sondern legen sogar drauf, um sich von den Unwägbarkeiten des Finanzsystems ein Stück weit unabhängiger zu machen – gut für Sparer und Anleger.“



Hohe Zinsen im Tausch für lange Kapitalbindung

Auch für Festgeld gibt es höhere Zinsen, als die EZB sie von den Instituten kassieren würde. Damit sichern sich die Geldhäuser Kapital für längere Zeit, mit dem sie Risikopositionen abbauen können. Bei diesem Spiel außen vor bleiben Volksbanken und Sparkassen. Sie horten meist weniger risikoreiche Papiere und sind deshalb auf die Kundengelder nicht so stark angewiesen. Entsprechend zurückhaltend zeigen sie sich bei den Konditionen. Hier liegt die Spanne bei 0,25 bis ein Prozent. Die nicht eben für ihre Zinsangebote berühmte Deutsche Bank bietet seit Monaten immerhin zwei Prozent für Festgeld an.

Aber auch damit machen Anleger noch ein Verlustgeschäft. Denn diese Konditionen reichen nicht, um die Geldentwertung von 2,1 Prozent – Stand Dezember 2011 – auszugleichen. Wer Gewinne machen will, wird vor allem bei den Internetbanken fündig. Deutsche und ausländische Anbieter ver-

Fotos: Butch – Fotolia.com

sprechen Zinsen von bis zu 4,5 Prozent für Sparbriefe, Fest- und Tagesgeld. Damit lässt sich die Inflationsrate lässig schlagen. Der Sparer muss nur entscheiden, wie lange er sein Geld festlegen beziehungsweise wie flexibel er sein möchte. Das beste Angebot für Tagesgeld kommt mit 2,75 Prozent zurzeit (Stand: Mitte Januar 2012) von der Deniz Bank. Für 10 000 Euro, festgelegt für zwölf Monate, bietet die Vakif Bank 3,16 Prozent und für einen zweijährigen Sparbrief gibt es von der Isbank 3,5 Prozent. Sinnvoll ist, die Anlagefristen zu staffeln, um auf Zinsänderungen reagieren zu können. Alle genannten Institute sind ausländische Banken. Ängstliche Anleger entscheiden sich lieber für deutsche Anbieter, weil sie glauben, dort sei ihr Kapital sicherer. Das stimmt so nicht. Entscheidend für die Sicherheit ist die Einlagensicherung, die für ein Institut gilt. Sie unterscheidet sich je nach dem, welchem System die Bank angehört oder in welchem Land sie ihren Sitz hat.

Gesetzliche Einlagensicherung

In Deutschland sind seit dem 1. Juli 2009 alle Spareinlagen auf Girokonten, Fest- und Tagesgeldkonten sowie Sparbriefe über die Entschädigungseinrichtung deutscher Banken gesetzlich geschützt. Die Höhe der abgesicherten Summe beträgt seit dem 1. Januar 2011 100 000 Euro pro Einleger zu 100 Prozent. Wer mehr als die Höchstsumme bei einer Bank anlegt, bekommt im Schadensfall maximal 100 000 Euro ersetzt. Diese Regelung gilt für die gesamte EU. Und so funktioniert es im Ernstfall: Der Kunde

meldet seine Forderung an und innerhalb von 30 Tagen muss die Einlagensicherung das Geld auszahlen.

Um ihren Kunden eine möglichst hohe Sicherheit zu gewährleisten, bieten die meisten Banken und Sparkassen zusätzlichen Schutz. So sind die meisten privaten Banken wie die Deutsche Bank dem Einlagensicherungsfonds deutscher Banken angeschlossen. Dieser schützt im Pleitefall bis zu 30 Prozent des haftenden Eigenkapitals der betroffenen Bank und das je Kunde. Das macht mindestens 1,5 Millionen Euro. Diese Regelung gilt noch bis 2015. Danach wird der Schutz sukzessive bis 2025 abgebaut. Selbst dann wird er bei kleinen Banken noch bei 440 000 Euro liegen. Grundsätzlich gilt: Zuerst tritt die gesetzliche Regelung in Kraft. Bei Beträgen, die 100 000 Euro überschreiten, springt der Sicherungsfonds ein.

Sparkassen und Volksbanken haben eigene Sicherungssysteme aufgebaut. Nach einer Art Solidaritätsprinzip, bei dem im Ernstfall alle der Gemeinschaft angeschlossenen Institute einspringen, sollen so alle Einlagen unbegrenzt geschützt sein.

Schutz bei ausländischen Banken

Inzwischen tummeln sich viele ausländische Banken auf dem deutschen Markt. Vor allem sie locken mit hohen Zinsen. Doch wie sieht es mit der Einlagensicherung bei Instituten aus, deren Namen den meisten deutschen Sparern alles andere als vertraut sind? Hat die ausländische Bank ihren Hauptsitz in einem EU-Land, gilt auch hier die 100 000-Euro-Regel. Allerdings muss der Geschädigte seine Ansprüche in der jeweiligen Landessprache geltend machen. Das gilt zum Beispiel für folgende Institute: Advanzia Bank (Luxemburg), Garantibank, MoneYou oder NIBC Direct (alle Niederlande) und DenizBank, VakifBank sowie VTB Direktbank (alle Österreich).

Inzwischen agieren etliche selbstständige Töchter von ausländischen Instituten in Deutschland. Sie sind dem Einlagensicherungsfonds deutscher Banken angeschlossen. Dazu gehören Institute wie die niederländische ING-Diba, die türkische Isbank,

INFO

Nützliche Adressen im Netz

Für Zinsangebote:

- www.biallo.de
- www.fmh.de

Für Einlagensicherung:

- www.bankenverband.de
- www.sparkassen.de
- www.vr.de

die britische Bank of Scotland oder die spanische Santander Bank. Für sie alle gilt die Kombination aus Entschädigungseinrichtung und Einlagensicherungsfonds. Kunden der ICICI Bank und der Bank of Scotland müssen sich im Pleitefall für die ersten 100 000 Euro an die britische Einlagensicherung wenden und dann für den Teil, der darüber liegt, an den deutschen Sicherungsfonds. Wer beim Internet-Anbieter Cortal Consors anlegt, sollte Französisch können. Informationen darüber, welche Banken dem Einlagensicherungsfonds angehören und bis zu welcher Höhe dort Einlagen geschützt sind, bietet die Homepage des Bundesverbands deutscher Banken www.bankenverband.de.

Lockangebote mit Nebenwirkungen

Max Herbst hält einige der ausländischen Anbieter sogar für besonders sicher: „Etliche ausländische Banken stehen weitaus besser da, als viele deutsche Sparer vermuten.“ Dazu zählt seiner Meinung nach vor allem die spanische Santander Bank. Aber auch Gabriele Schmitz, Finanzexpertin bei der Verbraucherzentrale Hamburg, zerstreut Bedenken: „Auf die Einlagensicherung kann man sich verlassen.“ Sie hält auch eine Sparanlage bei der deutschen Industriekreditbank IKB für unproblematisch. Das Institut lockt mit 4,1 Prozent für dreijähriges Festgeld und benötigt möglicherweise wieder staatliche Unterstützung zur Beseitigung der Schwierigkeiten. Auf der sicheren Seite sind Sparer, die nicht mehr als 100 000 Euro bei einem Institut anlegen. Wer größere Summen zinsgünstig parken will, sollte sich die Einlagensicherung genau ansehen und dann entscheiden, für wie vertrauens-

Die Lockangebote für Festgeld und Co.

Tagesgeld: Anlagebetrag: 10 000 Euro, Laufzeit: 3 Monate

Anbieter	Zinssatz in Prozent	Zinsertrag in Euro
DenizBank	2,75	68,75
MoneyYou	2,75	68,75
Amsterdam Trade Bank	2,70	67,50
Bank of Scotland	2,70	67,50
VTB Bank	2,70	67,50
Cortal Consors	2,60	65,00
VakifBank	2,56	64,00
1822 Direkt	2,55	63,75
Wüstenrot	2,55	63,75
HKB Bank	2,50	62,50

Festgeld: Anlagebetrag: 10 000 Euro, Laufzeit: 1 Jahr

Anbieter	Zinssatz in Prozent	Zinsertrag in Euro
VakifBank	3,16	316,00
DenizBank	3,15	315,00
Isbank	3,10	310,00
Amsterdam Trade Bank	3,00	300,00
Bank of Scotland	3,00	300,00
IKB Direkt	3,00	300,00
VTB Bank	3,00	300,00
HKB Bank	2,90	290,00
ABC Bank	2,80	280,00
Auto Bank	2,77	277,00

Sparbriefe: Anlagebetrag: 10 000 Euro, Laufzeit: 2 Jahre

Anbieter	Zinssatz	Zinsertrag
Isbank	3,50	712,25
Amsterdam Trade Bank	3,45	701,90
VakifBank	3,41	693,63
DenizBank	3,40	691,56
IKB Direkt	3,40	691,56
Auto Bank	3,37	674,00
ABC Bank	3,25	660,56
Bank of Scotland	3,25	660,56
Targo Bank	3,00	613,63
VTB Bank	3,00	609,00

Quelle: www.biallo.de, Stand: 23.1.2012

würdig er die Absicherung beziehungsweise die angeschlossene Bank hält.

Neben der Sicherheit sollten Sparer sich die Nebenbedingungen der Angebote genau ansehen. Häufig sind die hohen Lockzinsen zeitlich begrenzt. Nach Ablauf der Frist gibt es dann nur noch magere Zinsen. Beliebt sind auch Staffellungen nach der Höhe des Anlagebetrags. Für die Rendite mitentscheidend ist der Zeitpunkt der Zinsgutschrift. Eine monatliche Verrechnung, bei der die Zinsen im nächsten Monat wieder mitverzinst werden, bedeutet natürlich mehr Gewinn als die jährliche Gutschrift.

Eigene Bedürfnisse entscheiden

Für welche Anlage man sich entscheidet, hängt von den persönlichen Bedürfnissen ab. Sinnvoll kann es sein, einen Teil des Geldes auf einem flexiblen Tagesgeldkonto zu deponieren. Schutz vor Zinsveränderungen bieten verschieden Laufzeiten bei Festgeld und Sparbriefen. Die Flexibilität des Tagesgelds und den besseren Zins des Festgelds in einem bieten Kombiprodukte. Hierbei bleibt ein Teil des Geldes mit Zinsgarantie für die gesamte Laufzeit festgelegt und der Rest wird als Tagesgeld verzinst. Zu den Anbietern dieser Variante gehören die VakifBank, die DenizBank und die IKB Direkt. Es empfiehlt sich zurzeit aber nicht, sich länger als drei oder vier Jahre festzulegen. Denn zum einen bringen längere Laufzeiten kaum Zinsgewinn und außerdem wird eine Änderung der Zinspolitik auf Dauer wahrscheinlich.

Marlene Endruweit
Finanzjournalistin
m.endruweit@netcologne.de

Implantate**Im Sonderfall zahlt Kasse die Reinigung**

Zahlt die Krankenkasse ein Implantat, hat der Versicherte im Ausnahmefall auch Anspruch auf dessen Reinigung. Die Leistung ist auf die Entfernung harter Beläge beschränkt und gilt nur für die Erstversorgung. Dies entschied das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel.

Im vorliegenden Fall erhielt 2003 die versicherte Klägerin nach einem Verkehrsunfall mit schwersten Verletzungen im Gesichtsbereich je vier Implantate im Ober- und im Unterkiefer und daran befestigten Zahnersatz zulasten der Krankenversicherung. Die Klägerin beantragte im November 2005, ihr die Entfernung harter und weicher Zahnbeläge von den Implantaten einschließlich der Abtrennung, Wiedereingliederung und Politur dieses Zahnersatzes und einer Schichtaufnahme der Kiefer zu gewähren. Das hierfür veranschlagte Honorar betrug rund 503 Euro. Dies lehnte die Kasse ab.



Foto: DENTSPPLY

weder selbst abnehmen noch reinigen. Die Beschränkung der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Entfernung harter, verkalkter Beläge in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen (KKn) für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung schließt die gesetzliche Leistungspflicht nicht aus.

Ein Implantat sei einem Körperersatzstück vergleichbar, für das die nötigen Folgemaßnahmen ebenfalls zu gewähren seien. Die Implantatreinigung sei notwendig und als Folge der 2003 aufgrund einer Ausnahmeindikation durchgeführten implantologischen Versorgung zu gewähren. Die Kasse wurde daher verurteilt, der Klägerin eine Implantatreinigung mit der Entfernung der harten, verkalkten Beläge zu gewähren. Einen über die Entfernung harter Beläge an den Implantaten hinausgehenden Anspruch habe die Klägerin nicht. Jeder Behandlungsbedarf ist selbstständig zu prüfen. sg

BSG
Urteil vom 21.06.2011
AZ: B 1 KR 17/10 R

Verlängerung der Elternzeit**Mitarbeiterwunsch entscheidet mit**

Nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) muss der Arbeitgeber einer Verlängerung der Elternzeit zustimmen. Dabei kann er aber nicht frei entscheiden, sondern muss die Interessen des Arbeitnehmers ebenso berücksichtigen wie die eigenen, entschied das Bundesarbeitsgericht (BAG).

Arbeitnehmer, die Elternzeit in Anspruch nehmen wollen, müssen gegenüber dem Arbeitgeber erklären, für welche Zeit(en) innerhalb von zwei Jahren die Elternzeit genommen werden soll. § 16 Abs. 1 Satz 1 BEEG regelt zudem, dass die festgelegte Elternzeit vom Arbeitnehmer nur verlängert werden kann, wenn der Arbeitgeber dem auch zustimmt.

Geklagt hatte eine Frau, die nach der Geburt ihres fünften Kindes ein Jahr Elternzeit in Anspruch nahm. Kurz vor Ende der Elternzeit bat sie ihren Arbeitgeber schriftlich, einer Verlängerung der Elternzeit um ein weiteres Jahr zuzustimmen. Sie begründete ihren Wunsch mit ihrer angeschlagenen Gesundheit. Der Arbeitgeber lehnte ihr Gesuch ab.

Die Klägerin erschien nach der Elternzeit nicht wieder bei der Arbeit, woraufhin der Arbeitgeber ihr eine Abmahnung wegen unentschuldigter Fehlen erteilte.

Dagegen klagte die Frau und bekam vor dem Arbeitsgericht recht. Die Richter verurteilten den Arbeitgeber dazu, der Verlängerung der Elternzeit zuzustimmen und die Abmahnung aus der Personalakte der Klägerin zu entfernen.

Das Landesarbeitsgericht (LAG) als Berufungsinstanz wies hingegen die Klage insgesamt ab. Die Richter begründeten ihren Entschluss damit, dass der Arbeit-

geber die Zustimmung zur Verlängerung der Elternzeit bis zur Grenze des Rechtsmissbrauchs verweigern darf. Nach ihrer Ansicht habe der Arbeitgeber nicht rechtsmissbräuchlich gehandelt. Die Klägerin sei unentschuldig der Arbeit fern geblieben und daher sei die Abmahnung berechtigt gewesen.



Foto: MEY

Gegen dieses Urteil legte die Klägerin Revision beim BAG ein. Die Richter des BAG vertraten die Ansicht, dass ein Arbeitgeber nach billigem Ermessen – entsprechend § 315 Abs. 3 BGB – entscheiden muss. Er darf bei der Entscheidung nicht nur seine Interessen, sondern muss auch die des Arbeitnehmers berücksichtigen. Dieser Aspekt wurde beim Urteil des LAG nicht ausreichend gewürdigt. Deshalb wurde der Fall an das LAG zurückverwiesen, damit dieses noch weitere Feststellungen treffen kann.

BAG
Urteil vom 18.10.2011
AZ: 9 AZR 315/10

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



Aktuelles aus der Rechtsprechung – für den Praxisalltag

Nachdem bereits das Sozialgericht Koblenz und das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz der Klägerin Recht gaben, schloss sich auch das Bundessozialgericht dieser Ansicht an. Die professionelle Implantatreinigung unter Entfernung harter und weicher Beläge sei zur Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten auch bei optimaler Zahnpflege medizinisch notwendig. Die Klägerin könne den Zahnersatz konstruktionsbedingt

Mietwagen**Cash bei fahrlässigem Crash**

Verursacht ein Fahrer mit seinem Mietwagen grob fahrlässig einen Unfall, muss er sich – entsprechend seinem Verschulden – an den Kosten beteiligen, entschied der Bundesgerichtshof (BGH).

Geklagt hatte eine Autovermietung, die von einem Mieter über 16 000 Euro forderte. Der Mieter hatte in betrunkenem Zustand einen Mietwagen gegen einen Baum gefahren und einen Totalschaden verursacht. In den Vertragsbedingungen war die Höhe der Selbstbeteiligung bei Schäden grundsätzlich auf 770 Euro begrenzt. Wenn der Mieter oder der berechnigte Fahrer jedoch den Schaden durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit herbeiführt, sollte laut Vertrag der Mieter den ganzen Schaden tragen. Auf die-

ser Vertragsbasis hatte die Autovermietung den Mieter auf die Schadensersatzsumme von über 16 000 Euro verklagt und bekam vor dem Landgericht Köln recht. Das Oberlandesgericht Köln als Berufungsinstanz, sprach der Autovermietung hingegen einen Schadensersatz in Höhe der Selbstbeteiligung von 770 Euro zu. Die Richter des BGH nun prüften zunächst die Allgemeinen Vermietbedingungen des Autovermieters und fanden, dass diese gegen das AGB-Recht verstoßen und damit unwirksam seien.

Nach ihrer Ansicht ist der im Mietvertrag vereinbarte undifferenzierte Haftungsvorbehalt nicht rechtens. Allerdings führt das nicht dazu, dass der Mieter lediglich die vereinbarte Selbstbeteiligung zu tragen habe. Nach Ansicht der Richter ist die Frage, in welchem Umfang der Vermieter Schadensersatz verlangen kann, davon abhängig, wie schwer das Verschulden des grob fahrlässig Handelnden nach den Umständen des Einzelfalls zu bewerten ist. Entsprechend muss sich der Fahrer in Höhe seines Verschuldens an den Kosten beteiligen.

BGH
Urteil vom 11.11.2011
AZ: VI ZR 46/10

Bundesgerichtshof**Bei Mietrückständen droht Kündigung**

Bei Zahlungsrückständen darf ein Vermieter das Mietverhältnis fristlos kündigen, entschied der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe. Die Kündigung kann auch wegen alter Mietrückstände ausgesprochen werden, sofern der Mieter Ursprung und Höhe der Rückstände erkennen kann.

Nach diesem Urteil müssen Mieter mit einer fristlosen Kündigung und der Räumung der Wohnung rechnen, wenn sie wegen vermeintlicher Wohnungsmängel über längere Zeit die Miete kürzen. Für die Kündigung reicht es dann vollkommen aus, wenn der Vermieter den Zahlungsverzug angibt und den Gesamtbetrag der früheren Mietrückstände auflistet.

Die Richter hatten in einem Fall zu entscheiden, in dem der Mieter über Jahre nur eine verminderte Miete in wechselnder Höhe gezahlt hatte. Von März 2004 bis einschließlich Oktober

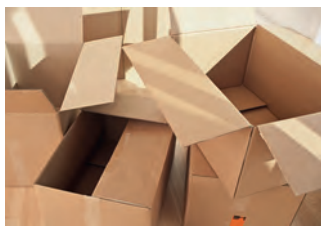


Foto: CC

2007 kürzte er den Mietzins wegen vermeintlicher Wohnungsmängel. Die Vermieterin akzeptierte dies nicht und forderte im März 2007 zur Zahlung des Mietrückstands in Höhe von etwa 5 000 Euro auf. Da der Mieter nicht reagierte, kündigte die Vermieterin das Mietverhältnis im Mai 2007 fristlos. Dem Kündigungsschreiben legte sie eine

monatsbezogene Aufstellung der Mietrückstände bei.

Nach Ansicht des BGH war die Vorgehensweise der Vermieterin korrekt. Nach dem Gesetz ist die Kündigung eines Mietverhältnisses spätestens dann zulässig, wenn der Mietrückstand zwei Monatsmieten erreicht. Zudem ist bei Wohnraum eine Kündigung nur dann wirksam, wenn der Grund der Kündigung dem Mieter angegeben wird. Diese Regelung hat den Zweck, dass der Mieter die Kündigungsgründe nachvollziehen und sich gegebenenfalls auch dagegen verteidigen kann.

BGH
Urteil vom 12.05.2010
AZ: VIII ZR 96/09

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

Heimkosten und steuerliche Abzugsfähigkeit

Ständige Pflegebedürftigkeit keine Voraussetzung

Die Kosten für eine krankheitsbedingte Heimunterbringung sind als außergewöhnliche Belastung steuerlich abziehbar. Das gilt auch dann, wenn keine ständige Pflegebedürftigkeit besteht und keine zusätzlichen Pflegekosten abgerechnet worden sind.

Die Klägerin war nach einer stationären Behandlung – auf Empfehlung ihres Arztes – in ein Apartment in einem Seniorenheim gezogen. Sie hatte ihre eigene Wohnung in dieser Zeit noch nicht aufgegeben und machte deshalb die Mietkosten für das Seniorenheim in ihrer Steuererklärung als außergewöhnliche Belastung geltend.

Das Finanzamt verweigerte die steuerliche Anerkennung der Kosten mit der Begründung, dass die Klägerin nicht in eine Pflegestufe eingruppiert sei. Zudem fehle in ihrem Behindertenausweis das Merkmal „H“.

Damit folgte das Finanzamt der bisherigen Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs (BFH). Die Richter änderten jedoch ihre



Foto: CC

bisher strenge Rechtsprechung. Nun können Miet- und Verpflegungskosten – abzüglich einer Haushaltsersparnis – als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden, sofern der Aufenthalt krankheitsbedingt (und nicht lediglich altersbedingt) ist.

Es reicht aus, wenn aufgrund ärztlicher Bescheinigungen festgestellt wird, dass der Heimaufenthalt infolge einer Krankheit notwendig gewesen ist. Die Pflegebedürftigkeit der untergebrachten Person ist keine Voraussetzung mehr für den steuerlichen Abzug.

*BFH
Urteil vom 13.10.2010
AZ: VI R 38/09*

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

Honorar

Leistung muss voll erfüllt sein

Ein Zahnarzt erhält für eine Leistung, die für den Patienten nicht ausreichend ist, kein Honorar. Diese Ansicht vertritt das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz in einem Beschluss.

Die Richter führten aus, dass ein Zahnarzt, im Gegensatz etwa zu einem Handwerker, dem Patienten keinen Erfolg seiner Tätigkeit schulde. Im Falle einer zahnärztlichen Versorgung mit Prothesen dürfe jedoch ein Patient davon ausgehen, dass sie fachgerecht, korrekt und komplett ausgeführt wird, einschließlich der Beseitigung vorhandener Mängel, die in direkter Folge der Behandlung auftreten. Im vorliegenden Fall hatte sich ein Patient geweigert, das volle Honorar für die Versorgung für insgesamt zwei Prothesen in Ober- und Unterkiefer zu begleichen und gegen seinen Zahnarzt geklagt. Sowohl bei der einen als auch bei der anderen Prothese gab es Anpassungsprobleme, so der Patient. Und dies obwohl der Zahnarzt mehrfach nachgebessert hatte. Der



Foto: MEV

Mediziner stellte daraufhin die Ausbesserungen ein und stellte dem Patienten das Honorar in Rechnung. Das OLG gab dem Patienten Recht und beschied, dass der Zahnarzt seinen Anspruch auf das volle Honorar verwirkt habe, weil er laut eines Gutachtens nicht alle Möglichkeiten zur Beseitigung der Mängel vorgenommen habe. Damit entfallende Rechtsgrundlage für das verlangte Honorar. sg

*OLG Koblenz
Beschluss vom 09.11.2011
AZ: 5 U 481/11*

Telefonüberwachung

Ärzte dürfen abgehört werden

Im Zuge der Anti-Terror-Gesetze dürfen die Telefone von Ärzten in deren Praxen abgehört werden. Dies entschied das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in einem Beschluss.

Ende 2007 wurden durch die Bundesregierung die Regelungen zur Überwachung von Telefonen neu verfasst. Dabei wurden der Schutz des privaten Kernbereichs und die Benachrichtigung Betroffener gesetzlich verankert. Auch die Tatbestände, bei denen eine Telefonüberwachung zulässig sein soll, wurden dabei neu geregelt. Mehrere Kläger, darunter ein Arzt, hatten gegen diese Regelungen Klage eingereicht. Mittels eines Beschlusses jedoch wies das Gericht die Einwände ab. Die Richter vertraten die Ansicht, dass die Privatsphäre auch mit den Neuregelungen ausreichend geschützt sei.

So seien Unterhaltungen privater Natur, etwa mit nahen Angehörigen, Pfarrern, Strafverteidigern oder Abgeordneten, nach wie vor von der Überwachung aus-

genommen. Bei diversen Berufsgruppen wie beispielsweise Ärzten und Journalisten, die sich ebenfalls auf ein Zeugnisverweigerungsrecht berufen können, sei es Gerichten vorbehalten, im Einzelfall zu entscheiden, ob Telefone abgehört werden dürfen. Dies sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, so die Richter.

Zwar berührten Gespräche mit dem Arzt die private Lebensführung, nicht aber generell deren innersten Kernbereich. Die Richter betonten in ihrer Begründung die Wichtigkeit einer wirksamen Strafverfolgung für die gesamte Gesellschaft und den Rechtsstaat. sg

*BVerfG
Beschluss vom 05.12.2011
AZ: 2 BvR 236/08 und weitere*

Crowdfunding

Die Masse macht's

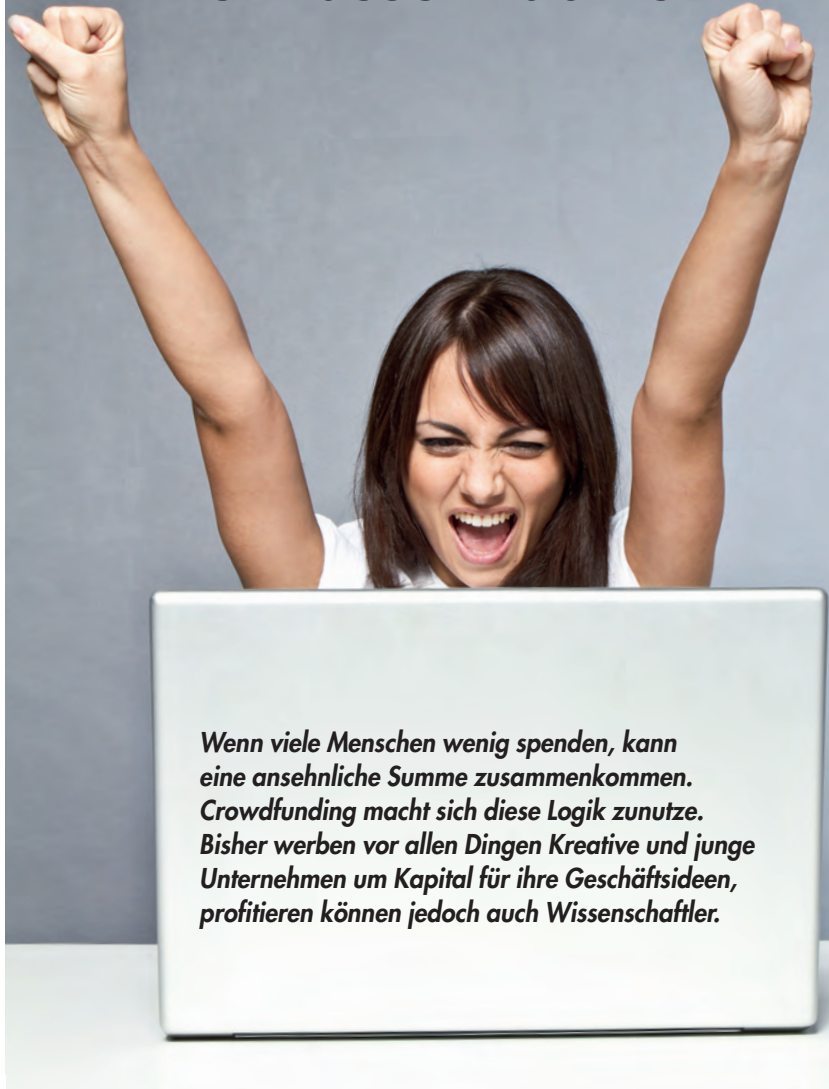


Foto: Benicce – Fotolia.com

„Meine Erfahrung ist, dass die wirklich innovativen Ideen von den Gutachtern der klassischen Fördereinrichtungen oft abgelehnt werden mit der Begründung, dass es noch keine Hinweise gibt, dass die Idee funktionieren könnte“, sagt Dr. Daniel Mietchen. Der Biophysiker aus Jena probierte deshalb neue Wege aus. Im Oktober 2011 nahm er an einem Wissenschaftswettbewerb auf der Crowdfunding-Plattform RocketHub teil. Für die Programmierung eines Onlineportals mit Übersichtsartikeln zu allen wissen-

schaftlichen Themengebieten – eine Art Wikipedia für die Wissenschaft – wollte er 12 000 Dollar sammeln. Zusammengekommen sind 1 500 Dollar.

Der Ablauf der „SciFund-Challenge“, an der Mietchen sich beteiligte, entsprach dem üblichen Prozedere beim Crowdfunding: Ein Antragsteller präsentiert ein Projekt, das er gerne umsetzen möchte, und nennt die Geldsumme, die er dafür braucht. In einem festgelegten Zeitraum können Menschen, denen die Idee gefällt, beliebige Beträge dafür spenden. Kommt der Zielbetrag zusammen, wird er an den Antragsteller ausbezahlt. Klappt es nicht, geht er leer aus

und die Spender bekommen ihr Geld zurück. Nur in manchen Fällen, auch in dem von Mietchen, zahlen die Betreiber der Plattformen auch Teilbeträge aus.

Schneeballeffekt erzeugen

Die Spender werden je nach Crowdfunding-Modell unterschiedlich kompensiert. Unterstützt man beispielsweise die Entwicklung eines Produkts, kann die Gegenleistung – nach dem Prinzip der Vorbestellung – ein fertiges Exemplar sein. Es gibt auch Kreditmodelle, in denen die Geldgeber nach einer bestimmten Laufzeit die geliehene Summe

plus Zinsen zurückerhalten. Für die Wissenschaft eignet sich besonders das Spendenmodell, das häufig eher symbolische Belohnungen bietet. Mietchen vergab ab fünf Dollar eine namentliche Erwähnung auf seinem Blog, ab 20 verschickte er eine Postkarte von dem Ort, an dem er sich bei Zahlungseingang befand.

Mit kleinen Spenden viel zu bewegen, ist kein neues Konzept. Neu am Crowdfunding ist aber, dass die Antragsteller soziale Netzwerke und andere Kommunikationswege des Web 2.0 nutzen,

um Menschen für ihre Idee zu begeistern. Wer gut in der Web-Community vernetzt ist, hat die Nase vorn. Bei der SciFund-Challenge war das die Mehrzahl der Forscher. Mietchen erinnert sich besonders an eine Teilnehmerin: „Es war eine Forscherin dabei, die schon seit Jahren auf Twitter aktiv ist, regelmäßig bloggt und auf vielen bekannten Blogs gelistet ist. Ihr Netzwerk hat über das Projekt berichtet, unter anderem stellte einer der bekanntesten Science-Blogger es auf dem Newsportal CNN vor. Das hat Tausende Interessenten auf ihre Website gelockt und sie hatte das Geld innerhalb weniger Tage zusammen.“ Wem



Foto: beermedia – Fotolia.com

Gute Idee, aber kein Geld? Vielleicht ist Crowdfunding die Lösung.

es gelingt, einen solchen Schneeballeffekt in Gang zu bringen, hat gute Chancen beim Crowdfunding.

Ein entscheidender Erfolgsfaktor ist die Präsentation des Projekts. „Wissenschaftler sind es gewohnt, für die klassische Forschungsförderung ellenlange Anträge zu schreiben. Davon müssen sie sich beim Crowdfunding lösen. Erforderlich ist ein knackiges Exposé, nicht länger als zwei Seiten, ergänzt mit Fotos und Videos“, erklärt Joachim Hemer, Diplom-Wirtschaftsingenieur und freier Mit-

INFO

Crowdfunding für die Wissenschaft

Forscher können unter anderem auf diesen Crowdfunding-Plattformen um Unterstützung für ihre Projekte werben:

- www.sciflies.org
- www.fundageek.com
- www.theopensourceproject.com

arbeiter am Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung (ISI). Er hat das Phänomen Crowdfunding im vergangenen Jahr in einer Studie untersucht. Auch die Forschungsfinanzierung kam darin zur Sprache. Sein Fazit: „Crowdfunding ist eine echte Chance für die Wissenschaft. Man kann mit seiner Hilfe auch Themen aufgreifen, für die es in den öffentlichen Programmen keinen Fördertopf gibt.“

Das Risiko des Ideenklus

Hemer wirft aber auch einen realistischen Blick auf die Methode. „Crowdfunding hat den Ruf des Anarchischen. Auf viele Menschen macht es einen sehr unseriösen Eindruck. Es wird eine Weile dauern, bis sich das geändert hat“, schätzt Hemer und fügt hinzu: „Falls das überhaupt gelingt. Noch stehen dem Crowdfunding eine Menge Flops und Skandale bevor. Das Instrument bietet einfach so viele Möglichkeiten des Missbrauchs.“

Eine potenzielle Gefahr sind Antragsteller, die Geld für eine erfundene Idee sammeln und dann mit der Spendensumme verschwinden. Nicht alle Betreiber unterziehen die auf ihrer Plattform präsentierten Projekte einer fachlichen Prüfung. Sie verlassen sich darauf, dass die Web-Community als kritisches Korrektiv Betrüger entlarvt.

Gerade für Forscher ein Thema: das Risiko des Ideenklus. Wer sein Forschungsvorhaben für jedermann zugänglich macht, verliert das Monopol darauf. Dass nicht alle Forschungsprojekte für die offene Herangehensweise des Crowdfunding geeignet sind, findet auch Mietchen. Bei seinem Wissenschafts-Wiki sei das aber nicht der Fall gewesen. Natürlich würde er die Idee am liebsten selber umsetzen, er fände es aber auch schön, wenn jemand anders es täte. Aber das sei eine Einstellungssache, sagt er: „Als Forscher muss man sich hin und wieder entscheiden, wo einem schneller Fortschritt wichtiger ist: in der Wissenschaft oder bei der eigenen Karriere.“

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

Zweijährige Interventionsstudie

Intensivzahnpflege im Kindergarten

Klaus Pieper, Anahita Jablonski-Momeni, Martina Krutisch, Petra Völkner-Stetefeld

Von 2006 bis 2009 führte die Abteilung Kinderzahnheilkunde der Zahnklinik Marburg gemeinsam mit zwei Fachdiensten Gesundheit in Nordhessen eine umfangreiche Präventionsstudie mit Vorschulkindern durch. Dieser Artikel ist eine Kurzfassung der Arbeit, für die die Marburger Arbeitsgruppe im Frühjahr 2011 mit dem renommierten Hufeland-Preis ausgezeichnet wurde.



Versorgungsbedarf: Kariöse Veränderungen an den Palatinalflächen der oberen Schneidezähne bei einem ECC-II-Fall.

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Zahngesundheit der bleibenden Zähne von Kindern und Jugendlichen in vielen Ländern durchgreifend verbessert. Ein Trend, der auch in Deutschland zu verzeichnen war. Hier wiesen die DAJ-Studien bei 12-jährigen innerhalb von 15 Jahren einen Kariesrückgang von 72,7 Prozent nach [Pieper, 2010]. An den Milchzähnen 6-7-jähriger trat im selben Zeitraum eine Verbesserung von 36,8 Prozent ein.

Nur wenn junge Familien präventionsorientiert sind, erreichen Kinder den Zeitpunkt der Einschulung ohne Karieserfahrung. Das präventive Verhalten in Familien ist aber mit dem Sozialstatus der Eltern und speziell mit ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung verknüpft. Eltern mit hohem sozioökonomischem Status sorgen in der Regel besser für die Zahngesundheit ihrer Kinder als Eltern mit niedrigem Sozialstatus [Mi-

cheelis/Schröder, 1999].

Eine Option für einen diesbezüglichen „Sozialausgleich“ bietet das tägliche überwachte Zähneputzen im Kindergarten. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) empfiehlt den Einsatz von Kinderzahnpasten mit reduziertem Fluoridgehalt [DGZMK, 2002].

Leider gab es bisher kaum Evidenz aus klinischen Studien mit Kontrollgruppen, dass diese Kinderzahnpasten mit 500 ppm Fluoridgehalt eine nennenswerte Wirkung entfalten. Deshalb wurde im Rahmen einer

Prospektivstudie untersucht, ob sich bei Vorschulkindern mit einer solchen Kinderzahnpaste eine klinisch nachweisbare Wirkung erzielen lässt.

Stand der Forschung

Als Bezeichnung für die früh auftretende Karies bei Säuglingen und Kleinkindern sind in den englischsprachigen Ländern schon seit längerem Begriffe wie „nursing bottle caries“ gebräuchlich. In der deutschen Literatur wird neben den englischen Termini auch der Begriff „Zuckerteekaries“ verwendet [Wetzel, 1981]. Das US Center for Disease Control and Prevention (CDC) empfahl 1994 als Ergebnis einer Konferenz, zukünftig den Begriff Early Childhood Caries (ECC) zu verwenden, wenn es um die Beschreibung jeglicher Form von Karies im Milchgebiss geht.

Nach Auffassung von Wyne [1999] tritt die ECC in drei Ausprägungen auf:

■ ECC-Typ I (milde bis mäßige Ausprägung):

Auftreten von vereinzelten

kariösen Läsionen an Milchmolaren und/oder Schneidezähnen

■ ECC-Typ II (mäßige bis schwere Ausprägung):

Bei dieser Form der ECC finden sich Läsionen an den Labial- und Palatinalflächen der Milchsneidezähne im Oberkiefer mit oder ohne Karies an den Milchmolaren,

Fotos: Pieper, Uniklinikum Marburg & Cießen GmbH



Die Eltern der jungen Studienteilnehmer wurden mittels Broschüre gebrieft.

abhängig vom Alter und vom Stadium der Erkrankung.

■ ECC-Typ III (schwere Ausprägung):

Nahezu alle Milchzähne sind von Karies befallen, einschließlich der unteren Schneidezähne. Ursächlich ist in der Regel eine Kombination aus kariogener (Flaschen-)Nahrung und sehr schlechter Mundhygiene. Der Karieszuwachs ist ungezügelt und schließt Zahnflächen ein, die normalerweise nicht befallen werden.

Die American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) publizierte im Jahr 2008 eine alternative Definition der Early Childhood Caries und listete folgende Kriterien auf: „Die Anwesenheit einer oder mehrerer kariöser Läsionen mit oder ohne Kavitation oder wegen Karies fehlender oder gefüllter Zahnflächen an irgendeinem Milchzahn eines Kindes, das das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.“ In ihrer Publikation führte die AAPD zusätzlich den Begriff severe Early Childhood Caries (sECC) ein, die durch folgendes Erscheinungsbild gekennzeichnet sei: „Bei einem Kind, das das 3. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, deutet jede Karies an einer Glattfläche auf das Vorliegen einer sECC hin.“ Auch bei Kindern im Alter zwischen drei und fünf Jahren, deren Oberkiefer-Frontzähne mindestens an einer Glattfläche Karieserfahrung aufweisen, liegt nach der Definition der AAPD eine sECC vor.

Epidemiologie der Milchzahnkaries

Born et al. [2005] führten in den Jahren 2003/2004 eine Querschnittstudie an 3- bis 5-jährigen Kindern in Hessen durch: Bei den 3-Jährigen lag der Anteil naturgesunder Gebisse bei durchschnittlich 80 Prozent, bei den 4-Jährigen bei 68 Prozent und bei den 5-Jährigen nur noch bei 58 Prozent.

Splieth und Heyduck [2005] stellten bei Reihenuntersuchungen an 1 158 Kindergartenkindern in Greifswald eine Prävalenz der Nuckelflaschenkaries von 8,5 Prozent fest.

In anderen epidemiologischen Studien zeigte sich, dass der Anteil der Kinder mit sECC bei zehn bis 15 Prozent lag [Hirsch et al., 2000; Robke/Buitkamp, 2002; Baden/Schiffner,



Foto: Fotolia.com - lagom

Einmal gelernt, nicht mehr verlernt: Mit dem Training der KAI-Methode erzielen Kleinkinder frühzeitig gute Ergebnisse in der Mundhygiene.

2008]. Milchzahnkaries stellt also trotz des allgemeinen Kariesrückgangs bei einem Teil der Klein- und Vorschulkinder immer noch ein großes Problem dar.

Die Methodik

Ein Vorsorgeprogramm gegen Zahnkaries ist umso wirksamer, je mehr der Karieszuwachs (das Inkrement) der Prüfgruppe hinter dem der Kontrollgruppe zurückbleibt. Zur Bestimmung des Kariesinkrements müssen mindestens zwei Untersuchungen durchgeführt werden – eine vor Beginn der Intervention und eine am Ende. Im Rahmen der vorliegenden Interventionsstudie wurde zusätzlich eine Zwischenuntersuchung nach 15-monatiger Laufzeit durchgeführt, um die Datenqualität zu erhöhen.

Untersuchungsgegenstand war die Frage, ob Kinder, die im Kindergarten an einem Intensiv-Zahnpflegeprogramm mit einer 500 ppm Kinderzahnpaste teilnehmen, eine bessere Zahngesundheit aufweisen als Kinder, die in der Institution die bisher übliche präventive Betreuung mit gelegentlichen Zahnputzunterweisungen erhalten. Deshalb wurden in einem ersten Schritt Kindergärten für die Teilnahme gewonnen, die randomisiert (per Zufallsauswahl) auf die Prüf- und die Kontrollgruppe zu verteilen waren. In einem zweiten Schritt wurden die Eltern der betreffenden Kinder mit einem Schreiben über das Vorhaben informiert und ihre Einwilligung („informed consent“) eingeholt. Initial konnten 2 228 Kinder in die Studie

einbezogen werden. Wegen der besseren Durchführbarkeit der zahnmedizinischen Prophylaxe wurde die Randomisierung auf der Ebene der Kindergärten durchgeführt. Dabei wurden Kindergärten in den Landkreisen Marburg-Biedenkopf und Waldeck-Frankenberg einbezogen. In den Stichproben-Kindergärten wurde allen 2- bis 4-Jährigen, die nach den Sommerferien 2006 dort betreut wurden, die Teilnahme an der Präventionsstudie angeboten. Zur Information und Motivation der Eltern gab es eine auf die Probanden abgestimmte Broschüre (linke Seite). Die Studie wurde durch die zuständige Kommission für Ethik in der ärztlichen Forschung genehmigt.

Die präventive Betreuung

In der Kontrollgruppe:

Die Vorschulkinder in dieser Gruppe wurden in ihren Kindergärten mit der Form der zahnmedizinischen Prophylaxe betreut, die zum Zeitpunkt der Untersuchung vor Ort üblich war. Um die Familien dieser Kinder zur Teilnahme an der Studie zu motivieren, wurden drei- bis viermal pro Jahr zusätzliche Zahnputzübungen angeboten. Die Durchführung übernahm eine im Projekt beschäftigte Prophylaxefachkraft. Zusätzlich erhielten die Kinder kostenlose Zahnbürsten und Zahnpaste für den Hausgebrauch.

In der Prüfgruppe:

Ergänzend zur präventiven Basis-Betreuung fand in den Kindergärten der Prüfgruppe eine tägliche Intensivzahnpflege statt, die

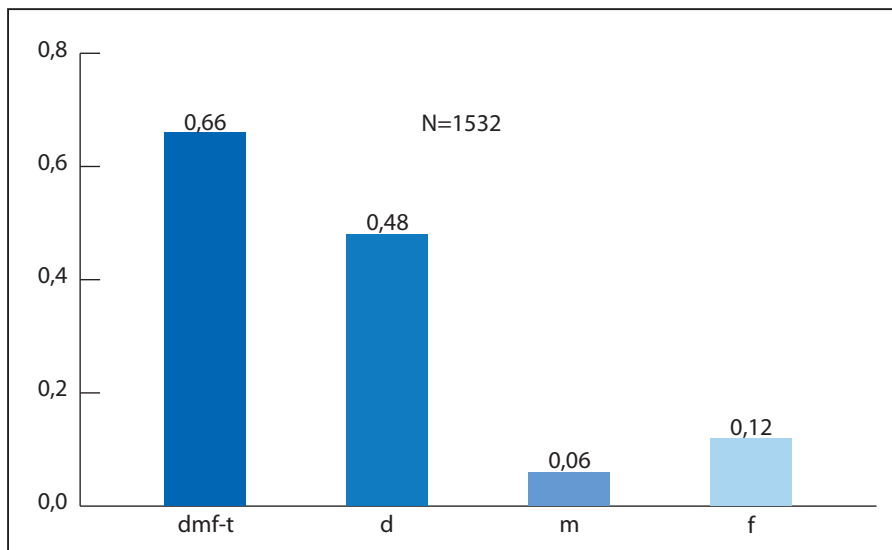


Abbildung 1: mittlere dmf-t-, d-t-, m-t- und f-t-Werte

von Fachkräften („Zahnputzfeen“) durchgeführt wurde. Dabei kam elmex®-Kinderzahnpaste mit 500 ppm Fluoridgehalt zum Einsatz. Die Intensivzahnpflege fokussierte vor allem auf diejenigen zehn bis 15 Prozent der Kinder mit offensichtlich erhöhtem Kariesrisiko. Bei ihnen wurde gegebenenfalls durch „Nachputzen“ für eine tägliche vollständige Plaqueentfernung an allen Zähnen gesorgt. Für die Durchführung dieser Aufgabe konnte überwiegend zahnmedizinisches und medizinisches Fachpersonal gewonnen werden, das auf Honorarbasis beschäftigt wurde. Dort, wo sich kein Fachpersonal rekrutieren ließ, wurden beispielsweise Erzieherinnen verpflichtet.

Vor Beginn der Interventionen wurden alle Zahnputzfeen vorbereitet.

Dabei wurden in Seminaren und Übungen alle für die Prophylaxearbeit relevanten Themen

(einschließlich der rechtlichen Grundlagen) unter Berücksichtigung von

Hygieneaspekten theoretisch und praktisch bearbeitet. Während der Imple-

mentierung der Intensivzahnpflege wurden alle Fachkräfte durch das Projektteam vor Ort in die Arbeit mit den Kindern eingewiesen. Während des Programms fanden regelmäßige Supervisionen und Treffen statt, anlässlich derer die Zahnputzfeen über Schwierigkeiten berichten und in der Gruppe Lösungsvorschläge diskutieren konnten.

Untersuchungsverfahren

Um ein differenziertes Bild zu gewinnen, wie sich die Karieserfahrung der Prüf- und der Kontrollgruppe entwickelte, wurde die Anzahl der an Karies erkrankten Zähne und Zahnflächen mithilfe des dmf-t- und des dmf-s-Index registriert [Klein et al., 1938]. Bei der Berechnung der Inkremente wurden nur kariöse Läsionen berücksichtigt, die bis ins Dentin reichen. Vor Beginn der Feldphasen wurden die Untersucherinnen in speziellen Kalibrierungsveranstaltungen geschult. Während der Feldphasen wurde die Reproduzierbarkeit der Diagnosen durch Doppeluntersuchungen überprüft. Die zahnmedizinischen Untersuchungen fanden in den jeweiligen Kindergärten statt. Die Kariesdiagnose erfolgte primär visuell,

wobei zur besseren Beurteilung der Approximalräume unterstützend eine Kaltlicht-Diagnosesonde eingesetzt wurde [Pieper/Schurade, 1987]. Vor den zahnmedizinischen

Untersuchungen putzten die Kinder ihre Zähne mit Zahnbürste und Zahnpaste. Zusätzlich wurden die Zähne mit Pressluft getrocknet.

Für die Auswertung wurden alle Kinder berücksichtigt, die zwei Jahre lang regelmäßig am Prophylaxeprogramm teilgenommen hatten und mindestens bei der Anfangs- und bei der Abschlussuntersuchung anwesend waren.

Hauptzielgröße der Studie war das Kariesinkrement während der Laufzeit des Prophylaxeprogramms. Um den Einfluss der Intensivzahnpflege auf diesen Parameter zu untersuchen, wurden geeignete statistische Verfahren (unter anderem Chi-Quadrat- und Mann-Whitney-Tests) durchgeführt.

Ergebnisse der Studie

Karieserfahrung 3- bis 4-Jähriger zu Beginn der Studie:

83 Prozent der Kinder wiesen einen dmf-t von 0 und damit ein naturgesundes Milchgebiss auf. Bei einem Kind (dmf-t-Wert: 20) waren alle Milchzähne durch Karies geschädigt. Insgesamt lag der mittlere dmf-t-Wert bei den 3- bis 4-Jährigen bei 0,66. In Abbildung 1 sind zusätzlich die Einzelkomponenten des dmf-t-Index dargestellt. 72,7 Prozent der an Karies erkrankten Milchzähne waren nicht durch eine Füllung oder Exzision saniert. Abbildung 2 verdeutlicht, wie viele Kinder (in Prozent der 3- bis 4-Jährigen) kariöse Läsionen an ein, zwei, drei oder vier Oberkiefer- beziehungsweise Unterkiefer-schneidezähnen aufwiesen. 8,4 Prozent der untersuchten Kinder wiesen an mindestens einem der oberen Milchschneidezähne Dentinkaries auf. Bei insgesamt 3,1 Prozent der Probanden war das Vollbild einer Fläschchenkaries festzustellen, das durch die vollständige kariöse Zerstörung der vier oberen Milchfrontzähne (ECC-Typ II nach Wyne [1999]) gekennzeichnet ist. Bei insgesamt 0,3 Prozent der Probanden (fünf Kinder) wurden zusätzlich Kariesschäden an den unteren Milchfrontzähnen beobachtet, so dass eine Klassifizierung als ECC-Typ III nach Wyne gerechtfertigt war.

In beiden Kohorten (Prüfgruppe 68,3 Prozent, Kontrollgruppe 64 Prozent) entstan-

den bei der Mehrzahl der Kinder keine neuen kariösen Läsionen. In der Prüfgruppe lag der maximal erreichte Karieszuwachs bei zehn dmf-Zähnen, in der Kontrollgruppe bei 13. Hohe Inkremente (>6) kamen bei den Kindern ohne Intensivzahnpflege etwa dreimal so häufig vor. Auf Flächenbasis lag das maximale Inkrement in der Prüfgruppe bei 26 und in der Kontrollgruppe bei 37. Abbildung 3 zeigt die mittleren Inkrementwerte auf Zahn- (Δ dmf-t) und auf Flächenbasis (Δ dmf-s). Auf Basis des dmf-t fiel der Karieszuwachs in der Prüfgruppe um 21 Prozent niedriger aus als in der Kontrollgruppe. Mit einem p-Wert von 0,043 war der Unterschied signifikant. Bei der Analyse auf Flächenbasis fiel die Hemmung mit 23 Prozent geringfügig höher aus ($p = 0,042$). Wie Abbildung 4 verdeutlicht, gab es an den Schneidezähnen nur einen geringen Karieszuwachs und es waren kaum Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu verzeichnen. An den Seitenzähnen hingegen fiel das Inkrement in der Prüfgruppe um 24 Prozent niedriger aus. Abbildung 5 zeigt die Gesamt-Karieserfahrung (dmf-t-Mittelwerte), die anlässlich der Abschlussuntersuchung bei den 5- bis 7-jährigen Kindern der Prüf- und der Kontrollgruppe festgestellt wurde. Zum Vergleich ist der Mittelwert 5- bis 7-jähriger Kindergartenkinder im Frühjahr 2006 dargestellt. Sie besuchten Kindergärten, die per Zufallsauswahl aus einer Grundgesamtheit gezogen wurden, in denen später die Interventionsstudie stattfand.

Diskussion

Zu Beginn der Interventionsstudie wiesen 17 Prozent der beteiligten 3- bis 4-jährigen an mindestens einem Zahn Karieserfahrung auf. Dabei waren nur 18 Prozent der kariösen Defekte durch Füllung oder Extraktion saniert. Außerdem wurden bei 8,4 Prozent der untersuchten Kinder kariöse Defekte an mindestens einem Schneidezahn festgestellt. Damit liegen die Ergebnisse der Anfangsuntersuchung sehr dicht an dem von Splieth und Heyduck [2005] ermittelten Wert (8,5 Prozent). Wetzel et al. [1993a] berichten, dass sich einhergehend mit einem „Nursing-Bottle-Syndrom (NBS)“ erhebliche

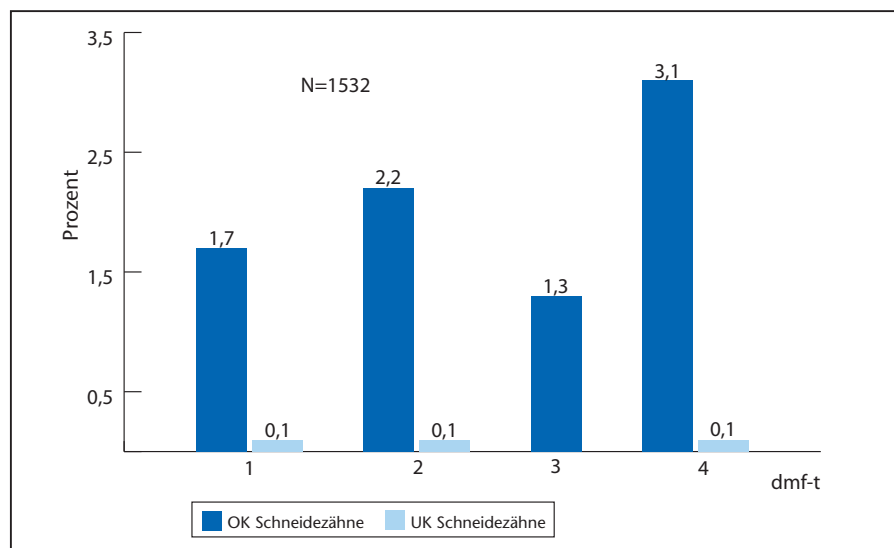


Abbildung 2: Anteil der Kinder mit dmf-t-Werten von 1 bis 4 an den oberen und an den unteren Milchfrontzähnen.

Reduzierungen des Allgemeinbefindens ergeben können, die sich durch häufige Harn- und/oder Atemwegsinfekte, Mittelohrentzündungen, Fieberschübe unklarer Genese und offensichtliches Missemfinden („Quengeligkeit“, Schlaptheit, Verstimmungen) äußern können. In einer weiteren Studie stellte dieselbe Autorengruppe fest, dass einhergehend mit einem NBS massive Besiedelungen mit Candida-Keimen auftreten können [Wetzel et al., 1993b].

Die Ergebnisse dieser Interventionsstudie zeigen ein erfreuliches Bild: In beiden Gruppen blieb eine deutliche Mehrheit der Kinder ohne Karieszuwachs, in der Prüfgruppe waren es sogar 68,3 Prozent. Durch den Einsatz der Zahnputzfee wurde je nach Berechnungsbasis eine Karieshemmung von 21 Prozent (Δ dmf-t) beziehungsweise 23 Prozent (Δ dmf-s) erreicht. Obwohl eine Kinderzahnpaste mit verringertem Fluoridgehalt von 500 ppm zum Einsatz kam, war der beobachtete Effekt größer als in anderen Studien. Pine et al. [2000] beispielsweise führten bei 5-jährigen Kindern ein zweijähriges Interventionsprogramm mit einer 1000 ppm Fluorid-Zahnpaste durch, um Kinder und deren Eltern zum regelmäßigen Zähneputzen zu motivieren. Im Ergebnis fiel der Karieszuwachs in der Prüfgruppe um 16 Prozent niedriger aus als in der Kontrollgruppe. Der bessere Effekt in der hier thematisierten Studie ist vermutlich darauf

zurückzuführen, dass die Kinder in der Prüfgruppe durch die Zahnputzfee täglich sorgfältig angeleitet und – wenn nötig – beim Zähneputzen unterstützt wurden.

Ellwood et al. [2004] untersuchten bei 3467 5-jährigen Kindern unter Einbeziehung des Faktors Deprivation, wie effektiv Zahnpasten mit 440 und mit 1450 ppm Fluoridgehalt sind. Dabei zeigte sich eine ausgeprägte Korrelation mit dem Kariesrisiko. In den Gebieten mit den höchsten dmf-t-Werten konnten für die Zahnpasten mit 440 und mit 1450 ppm ähnliche Effekte erzielt werden. Davies et al. [2004] überprüften in einer Studie an 3731 Kindern im Alter von zwölf Monaten und von sechs Jahren den Kariesreduzierenden Effekt zweier Zahnpasten mit 440 und mit 1450 ppm F-Gehalt. Die Versorgung der Familien mit den zu testenden Zahncremes erfolgte auf dem Postweg. Als die beteiligten Kinder sechs Jahre alt waren, wurden sie in der Schule zahnärztlich untersucht. Im Ergebnis war für die 1450 ppm-Gruppe ein mittlerer dmf-t von 2,15 und für die 440 ppm-Gruppe ein Mittelwert von 2,49 zu verzeichnen. Der dmf-t der Kontrollgruppe betrug 2,57. Damit zeigte sich (bei nicht überwachtem Zähneputzen) ein Effekt beider Zahnpasten, allerdings konnte der Unterschied zwischen der 440-ppm-Gruppe und der Kontrollgruppe nicht statistisch gesichert werden. Das im Vergleich zu dieser Studie schlechtere Ergebnis ist vermutlich

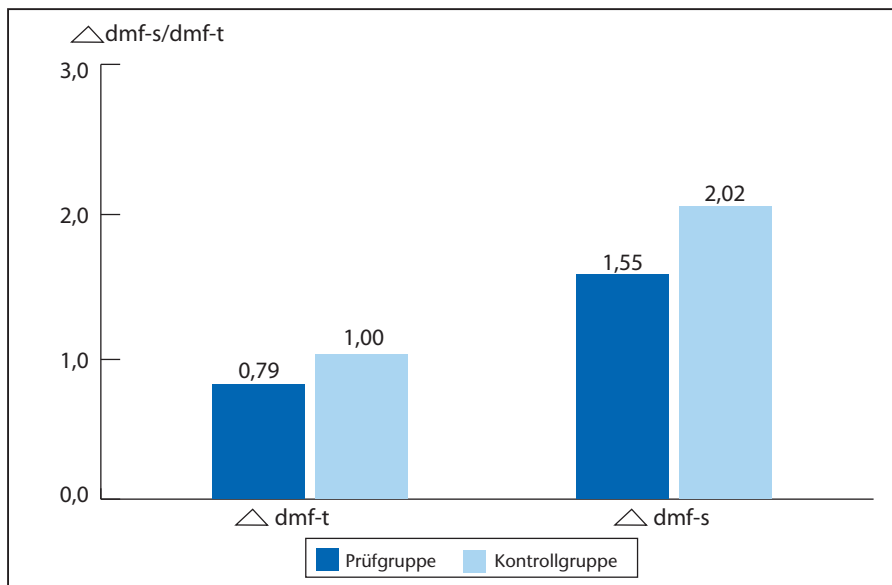


Abbildung 3: mittlere Inkrementwerte in der Prüf- und in der Kontrollgruppe

Handlungsempfehlungen

Sinnvoller erscheint es, die Zahngesundheit frühzeitig durch den Zahnarzt genau kontrollieren zu lassen. Allerdings nicht erst – wie gesetzlich vorgesehen – zwischen dem 30. und dem 42. Lebensmonat!

Seit dem Jahr 1999 können gesetzlich versicherte Kinder an den zahnärztlichen Frühuntersuchungen (FU 1-3) teilnehmen, die die Erkennung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko vereinfachen sollen. Diese beinhalten neben der Identifikation von Kindern mit hohem Kariesrisiko eine Ernährungs- und Mundhygieneberatung der Eltern. In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland vielfältige Anstrengungen unternommen, speziell bei Klein- und Vorschulkindern die Zahngesundheit zu verbessern [Strippel, 2004; Günay et al., 2007; Laurisch, 2009]. Leider konnte bei der Bekämpfung der ECC bisher kein durchgreifender Erfolg verzeichnet werden. Vielmehr zeigen die DAJ-Studien 2004 und 2009 [Pieper, 2005; Pieper, 2010], dass sich der „Caries decline“ an Milchzähnen verlangsamt hat. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum sich die Bekämpfung der Milchzahnkaries so schwierig gestaltet. Der Kern des Problems liegt unter anderem in der mangelnden Erreichbarkeit bestimmter Familien, beispielsweise solcher in sozial schwieriger Lage. Neben den bereits eingeführten Maßnahmen, die im Rahmen der pädiatrischen (U1-U9) und zahnärztlichen (FU1-FU3) Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, sollte ein verbessertes Konzept zusätzlich folgende Eckpunkte umfassen:

- Identifizierung eines für die Zähne kritischen Ernährungsverhaltens spätestens ab der pädiatrischen U6 und unmittelbarer Beginn einer Intensivberatung für Familien, bei denen sich ein Potenzial für die Entwicklung einer ECC abzeichnet

- Sehr frühe Diagnose bereits kleinster Schmelzveränderungen an den oberen Milchschneidezähnen („Lift the Lip“-Technik) und gegebenenfalls Einleitung einer ACT-Therapie

- Einführung einer durch „Zahnputzfeen“ überwachten Intensivzahnpflege in Kindergärten in sozial problematischen Settings

darauf zurückzuführen, dass die Zahnpasta auf dem Postweg versandt wurde und die Durchführung der Mundhygiene den Eltern allein überlassen blieb.

Besonders erfreulich: In der Prüfgruppe konnten dmf-t-Inkmente >6 weitgehend vermieden werden. Wenn es bei einzelnen Kindern aus der Prüfgruppe doch zu einem deutlichen Karieszuwachs kam, so vermutlich deshalb, weil diese Kinder extrem häufig kariogene Kost zu sich nahmen. Die Konsequenzen einer solchen Fehlernährung lassen sich durch regelmäßige Zahnpflege zwar abmildern, doch können Fluoride allein – vor allem wenn sie, wie in Kinderzahnpasten, niedrig konzentriert sind – Zahnschäden nicht vollständig verhindern. Erwartungsgemäß zeigten sich die Unterschiede im Kariesinkrement vor allem bei den Seitenzähnen. Frontzähne stehen vor allem im ersten bis dritten Lebensjahr

unter Risiko, beispielsweise wegen nächtlicher Gabe der Saugflasche. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Kinder in der Kontrollgruppe ebenfalls (durch ihre Eltern) eine präventive Betreuung erfuhren und mehrheitlich mit einer Fluoridzahnpasta die Zähne putzten. Hätten die Kinder aus der Kontrollgruppe eine Placebo-Zahnpasta verwendet, ein Vorgehen, das sich heute aus ethischen Gründen verbietet, wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit ein noch größerer Effekt der Intensivzahnpflege zu beobachten gewesen. Offensichtlich gelingt es heute einer deutlichen Mehrheit der Eltern (> 60 Prozent), ihre Kinder auch ohne Intensivzahnpflege im Kindergarten bis zur Einschulung ohne Karieserfahrung aufwachsen zu lassen. Dies ist zwar ein erfreuliches Ergebnis, doch sind wir damit immer noch weit von der Zielvorgabe der BZÄK (80 Prozent der 6-Jährigen ohne Karieserfahrung im Jahr 2020) entfernt [Oesterreich/Ziller, 2005]. Deshalb müssen Pädiater und Zahnärzte ihren Fokus in den nächsten Jahren verstärkt auf die Bekämpfung der sECC richten. Dabei kann keine der beiden Gruppen allein erfolgreich sein. In der Regel erfolgen die ersten Kontrollen der Gebissgesundheit im Säuglings- und Kleinkindalter bei Kinderärzten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen (U4-U9). Allerdings wird die Zahnkaries erst bei der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) erfasst.

tation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Kinder in der Kontrollgruppe ebenfalls (durch ihre Eltern) eine präventive Betreuung erfuhren und mehrheitlich mit einer Fluoridzahnpasta die Zähne putzten. Hätten die Kinder aus der Kontrollgruppe eine Placebo-Zahnpasta verwendet, ein Vorgehen, das sich heute aus ethischen Gründen verbietet, wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit ein noch größerer Effekt der Intensivzahnpflege zu beobachten gewesen.

Offensichtlich gelingt es heute einer deutlichen Mehrheit der Eltern (> 60 Prozent), ihre Kinder auch ohne Intensivzahnpflege im Kindergarten bis zur Einschulung ohne Karieserfahrung aufwachsen zu lassen. Dies ist zwar ein erfreuliches Ergebnis, doch sind wir damit immer noch weit von der Zielvorgabe der BZÄK (80 Prozent der 6-Jährigen ohne Karieserfahrung im Jahr 2020) entfernt [Oesterreich/Ziller, 2005]. Deshalb müssen Pädiater und Zahnärzte ihren Fokus in den nächsten Jahren verstärkt auf die Bekämpfung der sECC richten. Dabei kann keine der beiden Gruppen allein erfolgreich sein.

In der Regel erfolgen die ersten Kontrollen der Gebissgesundheit im Säuglings- und Kleinkindalter bei Kinderärzten im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen (U4-U9). Allerdings wird die Zahnkaries erst bei der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) erfasst.

unter Risiko, beispielsweise wegen nächtlicher Gabe der Saugflasche. Bei der Interpretation



Schädliche Habits in der frühkindlichen Ernährung

Wie können Eltern dazu bewegt werden, auf schädliche Angewohnheiten bei der Ernährung ihrer Kleinkinder zu verzichten? Feldens et al. [2007] führten in einer brasilianischen Stadt eine randomisierte Studie zur Effektivität von Hausbesuchen zur Prävention der ECC durch. Die Mütter der Prüfgruppe erhielten zu folgenden Zeitpunkten eine Ernährungsberatung: zehn Tage nach der Geburt, dann monatlich bis zum 6. Lebensmonat sowie im 8., im 10. und im 12. Lebensmonat. Die Beratungen wurden von speziell ausgebildeten Hilfskräften („fieldworkers“) durchgeführt und orientierten sich an den WHO-Empfehlungen „10 Schritte zu einer gesunden Ernährung für Kinder unter 2 Jahren“. Die Mütter der Kontrollgruppe nahmen nur die üblichen Termine beim Kinderarzt wahr. Im Ergebnis wiesen am Ende des ersten Lebensjahres 10,2 Prozent der Kinder der Prüfgruppe und 18,3 Prozent derjenigen aus der Kontrollgruppe Karies auf. Das Risiko an Karies zu erkranken, lag in der Prüfgruppe also um 48 Prozent niedriger.

Weinstein et al. [2004] führten eine Studie durch, mit der sie die Wirkung motivierender Gesprächsführung („Motivational Interviewing“/MI) auf Eltern von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko im Vergleich zu traditioneller Gesundheitserziehung untersuchten. Sie bezogen 240 Kinder (Alter: sechs bis 18 Monate) in ihre Studie ein, die randomisiert auf die Prüf- und die Kontrollgruppe aufgeteilt wurden. Als Beraterinnen für die Eltern wurden Frauen aus derselben Migrantengruppe verpflichtet. Die Abschlussuntersuchung nach einem Jahr ergab für die Prüfgruppe mit MI einen mittleren dmf-t von 0,71, während der dmf-t in der Kontrollgruppe bei 1,91 lag.

Die Implementierung eines Konzepts für eine bessere Beratung von Eltern mit kleinen Kindern kann nur dann kostengünstig realisiert werden, wenn bestehende Strukturen in Anspruch genommen werden. In diesem Kontext stellt sich die Frage, ob speziell die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen U5 und U6 verstärkt dazu genutzt werden

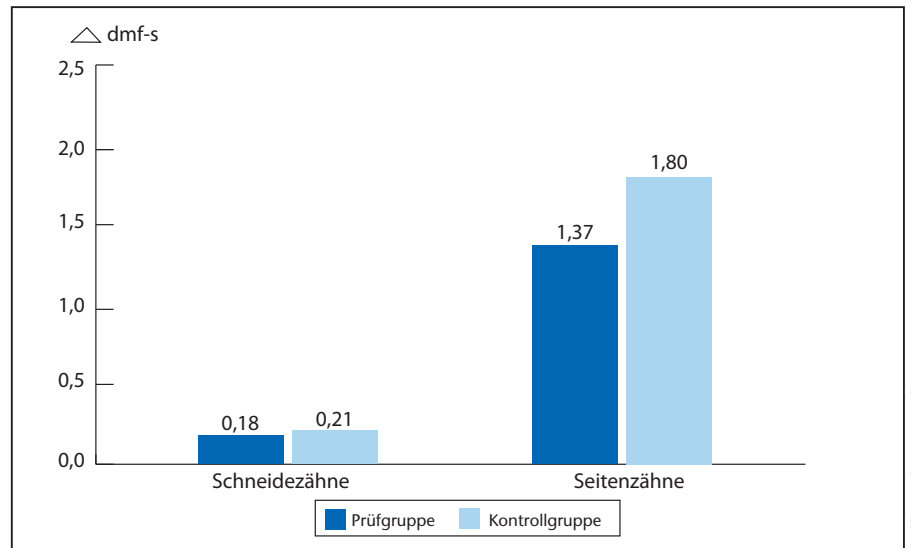


Abbildung 4: mittlere Inkrementwerte (dmf-s) an den Schneide- und an den Seitenzähnen in der Versuchs- und in der Kontrollgruppe

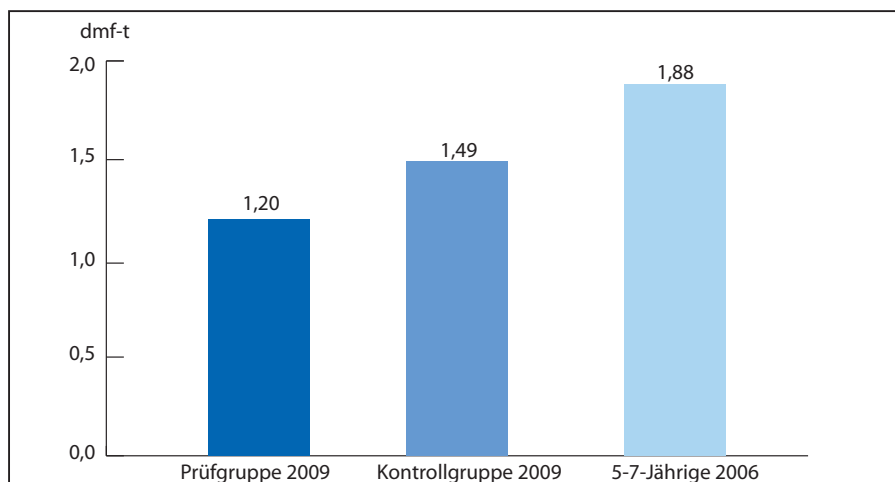
sollten, kritische (risikobehaftete) Fütterungspraktiken junger Eltern anhand spezieller Anamnesebögen aufzudecken. Fallen dabei problematische Verhaltensweisen auf, wie beispielsweise die nächtliche Gabe der Saugerflasche zum Dauergebrauch, können die Eltern nach dem von Weinstein et al. [2004] empfohlenen Konzept intensiver beraten werden. Da die Inanspruchnahme der U6 bei deutlich mehr als 90 Prozent liegt, besteht die Chance, auf diese Weise zusätzliche Eltern zu erreichen und zu einer Änderung ihres Verhaltens zu bewegen. Ähnlich könnte beim Familien- oder beim Kinderzahnarzt vorgegangen werden.

Frühdiagnose an den Milchschneidezähnen

Bei allen Bemühungen um eine verstärkte Ernährungsberatung junger Familien wird es aber immer noch einige Eltern geben, die nicht willens oder fähig sind, ihr Verhalten zu ändern. Deshalb muss in einem zweiten Schritt die Frühdiagnose der ECC verbessert werden. Betrachtet man nämlich die Terminierung der pädiatrischen (U1-U9) und der zahnärztlichen (FU1-FU3) Frühuntersuchungen, so fällt auf, dass gerade im Zeitraum zwischen dem ersten Geburtstag und dem 21. Lebensmonat, in dem Kleinkinder üblicherweise eine sECC entwickeln, eine große Betreuungslücke (von circa acht

Monaten) klafft. Außerdem ist die Untersuchung der Zähne erst anlässlich der U7 (21. bis 24. Lebensmonat) vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt sind bei schweren ECC-Fällen die oberen Schneidezähne in der Regel bereits vollständig zerstört.

Aus diesen Überlegungen folgt zwingend, dass speziell die Schneidezähne im Oberkiefer bereits bei der U6 durch den Kinderarzt beurteilt werden müssen. Dabei sind besonders die zervikalen Bereiche der Labialflächen und die Palatinalflächen in Augenschein zu nehmen. Dabei sollte die „Lift the Lip“-Technik angewendet werden, die vom Ministry of Health Neuseelands [2008] erstmalig beschrieben wurde. Dies setzt voraus, dass die Pädiater zuvor geschult werden, auch minimale Veränderungen des Schmelzes im Sinne einer „White spot“-Läsion zu erkennen. Stellt der Pädiater Schmelz- oder Dentinläsionen fest, so ist umgehend eine Intensivberatung in der oben beschriebenen Art durchzuführen. Liegt ein Kariesinitial vor, reicht eine Beratung allein nicht mehr aus. Vielmehr sollte eine umgehende Überweisung an den Zahnarzt erfolgen, damit dieser ein „Arresting Caries Treatment“ (ACT) einleiten kann [Yee et al., 2009]. Eine Aufgabe, die in die Hand des Zahnarztes gehört, weil dieser hierfür besser ausgebildet ist als ein Kinderarzt. ACT ist eine Methode, die in erster Linie für Entwicklungs- und Schwellenländer entwickelt wurde, in denen



Grafik: zm / Pieper et al.

Abbildung 5: mittlere dmf-t-Werte der Prüf- und der Kontrollgruppe am Ende der Interventionsstudie sowie einer Vergleichsgruppe 5-7-jähriger Kindergartenkinder im Jahr 2006

nur ein Bruchteil der benötigten zahnärztlichen Behandlungskapazität zur Verfügung steht. ACT basiert auf der Anwendung von Silberdiamminen, die das Voranschreiten kariöser Läsionen wirksam zum Stillstand bringen. Da die Methode mit einer Schwarzverfärbung der Zähne einhergeht, sollte bei unserem Stand der Zahnmedizin ein anderes Vorgehen gewählt werden: Nach einem speziellen Zahnpflegetraining werden die demineralisierten Schmelzbezirke im Abstand von einigen Wochen wiederholt mit Fluorid- und/oder einem Chlorhexidinlack (beispielsweise Cervitec®) touchiert. Dieses Vorgehen ist zwar nicht ganz so wirksam [Chu et al., 2002], führt aber auch zum Erfolg und wird von unseren Patienten und deren Eltern besser akzeptiert. Auf diese Weise kann bei entsprechender Compliance der Eltern die beginnende

Karies entweder vollständig remineralisiert oder – sofern sie weiter vorangeschritten ist – in ein chronisches Stadium überführt, also quasi „eingefroren“ werden. Tabelle 1 stellt beispielhaft den Ablauf einer entsprechenden Behandlung dar, die innerhalb von einigen Monaten zur kompletten Arretierung der kariösen Läsionen führte. Durch die ACT-Behandlung kann gegebenenfalls Zeit gewonnen werden, bis sich das Kind regulär behandeln lässt. Werden die Läsionen sehr früh entdeckt, kann eine invasive Behandlung unter Umständen vollständig vermieden werden.

Um die Lücke zwischen den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen U6 und U7 zu schließen, erscheint die Einführung einer zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt, die spätestens zwischen dem 15. und dem 20. Lebensmonat stattfinden

sollte, zwingend erforderlich. Anlässlich dieser Untersuchung in der Zahnarztpraxis können durch falsches Trinkverhalten ausgelöste initiale kariöse Läsionen an oberen Milchschneidezähnen rechtzeitig entdeckt werden. Stellt der Zahnarzt eine beginnende sECC fest, sollte er eine intensiviertere Beratung durchführen, ein ACT einleiten und – in Absprache mit den Eltern – seine Befunde an den Kinderarzt rückkoppeln, damit dieser anlässlich der U7 die Elternberatung vertiefen kann. Die Kinderärzte hingegen sollten dazu angehalten werden, anlässlich der U6 (10. bis 12. Monat) die Eltern dazu zu motivieren, ihr Kind in der Zahnarztpraxis vorzustellen.

Intensivzahnpflege in Brennpunkt-Kitas

Wie die Studie verdeutlicht, kann mit einer Intensivzahnpflege in Kindergärten eine zusätzliche Hemmung des Karieszuwachses von etwa 20 Prozent erreicht werden. Die Tatsache, dass auch in der Kontrollgruppe 64 Prozent der Kinder keine neue Karies entwickelten, zeigt, dass eine Intensivzahnpflege im Kindergarten nur für etwa ein Drittel aller Vorschulkinder benötigt wird. Da die Krankheitslast bezüglich Karies in verschiedenen Kindergärten sehr unterschiedlich ist, sollte die Intensivzahnpflege wegen der damit verbundenen Kosten nur in den 25 Prozent der Einrichtungen angeboten werden, in denen die Kinder mit dem höchsten Kariesrisiko aufzufinden sind. Die Auswahl der Kindergärten kann anhand von Sozialdaten oder aber anhand der dmf-t-Verteilung der verschiedenen Einrichtungen erfolgen.

Korrespondenzadresse:
 Prof. Dr. Klaus Pieper
 Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde
 Georg-Voigt-Str. 3
 35033 Marburg
 pieper@med.uni-marburg.de



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

Tabelle 1: Behandlungsablauf bei einem Kind (Patientin D. B.) mit sECC (Geb.-Dat.: 15.09.2006)

02.07.2008	Zahnärztliche Untersuchung, Beratung, Fluoridlackapplikation
09.08.2008	Beratung, Chlorhexidinlack
24.09.2008	Beratung, Fluoridlackapplikation
04.11.2008	Beratung, Läsionen sind zum Stillstand gekommen, Fluoridlackapplikation
10.02.2009	Beratung, Füllung 64 okklusal, Fluoridlackapplikation
24.03.2009	Zahnärztliche Untersuchung, Beratung, Anweisung fachgerechtes Zähneputzen
09.06.2009	Beratung, keine aktive Karies gefunden, intraorale Fotos

Quelle: Pieper et al.

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 Anzeigentel:

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

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

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

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:

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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen:

Verkaufsgebiete Nord/Ost: Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383, E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Mitte: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775,
Mobil: +49 170 5457343, E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414,
Mobil: +49 179 2413276, E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 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

EU-Richtlinie elektromagnetische Felder

Gefahren für die MRT-Versorgung

Eine neue EU-Richtlinie, die Arbeitnehmer vor gesundheitlichen Gefahren durch elektromagnetische Felder schützen soll, sorgt für Diskussionen. Denn es könnte dazu kommen, dass radiologische Praxen und Kliniken die Magnetresonanztomografie (MRT) künftig nicht mehr in vollem Umfang nutzen können, da die Strahlenbelastung für das medizinische Fachpersonal über den von der EU-Kommission festgelegten Grenzwerten liegt. Eine europäische Allianz für Kernspintomografie kämpft darum, den Medizinbereich von den Vorschriften auszunehmen.



Wie groß sind die Gefahren für das Fachpersonal bei der MRT wirklich? Ein neuer EU-Richtlinienentwurf sorgt für Zündstoff.

„Europa ist führend in der MRT-Technologie und darf seinen Patienten den Zugang zu diesem herausragenden Bildgebungsverfahren nicht verwehren“, betont Prof. Gabriel Krestin, führender Vertreter der Allianz für Kernspintomografie und Vizepräsident der Europäischen Gesellschaft für Radiologie. Pro Jahr profitieren in der EU rund acht Millionen Patienten von dem Verfahren. Die Technik wird vor allem bei der Diagnostik von Krebsleiden oder Erkrankungen des Gehirns angewandt.

Auf europäischer Ebene sind derzeit Diskussionen über eine neue EU-Richtlinie entbrannt, die Arbeitnehmer aus unterschiedlichen Branchen künftig besser vor elektromagnetischen Strahlen schützen soll. Die Vorschriften gelten grundsätzlich auch für medizinisches Personal. Nach den neuen Regeln der EU wären Ärzte und andere me-

dizinische Fachkräfte beim Einsatz am MRT Strahlenbelastungen ausgesetzt, die oberhalb der festgelegten Grenzwerte liegen.

Sollte die MRT nicht von der Richtlinie ausgenommen werden, würde dies die Anwendung in wichtigen Bereichen der Kernspintomografie einschränken, kritisiert Krestin. Beim Einsatz von Kernspintomografen sei es nämlich in einigen Fällen unerlässlich, dass sich Fachpersonal in der Nähe des MRT aufhält. „Betroffen wären zum Beispiel Operationen, die durch die MRT gesteuert werden oder die Untersuchung von Patienten, die auf die Anwesenheit von medizinischem Personal während der Behandlung angewiesen sind, wie Kinder und ältere Personen“, so der Radiologe.

Praktisch unverzichtbar

Kernspintomografen müssen anders als Röntgengeräte zudem rund um die Uhr laufen, also auch dann, wenn ein Patient gelagert oder das Gerät gereinigt wird. Jede Abschaltung zum Schutz der Arbeitnehmer würde Kosten von rund 100 000 Euro verursachen. Der Präsident der Deutschen



Sollte die MRT nicht von der Richtlinie ausgeschlossen werden, würde das Anwendungen in wichtigen Bereichen einschränken.



Röntngengesellschaft, Prof. Michael Forsting, verweist ferner darauf, dass als Alternative der MRT-Technik nur die Computertomografie oder das Röntgen infrage kämen, was eine unverhältnismäßig höhere Strahlenbelastung und eine nachgewiesene höhere Gesundheitsgefährdung für den Patienten bedeuten würde. Bei der EU-Kommission, die die neuen Vorschriften ursprünglich bereits im April 2008 in Kraft treten lassen wollte, stießen die Bedenken auf fruchtbaren Boden. Im Oktober 2007 sicherte der für den Arbeitnehmerschutz zuständige EU-Kommissar Vladimir Spidla zu, die Richtlinie zu überarbeiten. Die Umsetzungsfrist wurde auf Ende April 2012 verschoben.

Der neue Gesetzentwurf liegt seit Sommer vergangenen Jahres vor. Er sieht zwar im Interesse der Ärzte eine Ausnahmeregelung für die medizinische Nutzung von MRT vor. Der neue Vorschlag stößt jedoch bei einigen Regierungen auf Widerstand. Im Ministerrat spricht sich eine Handvoll EU-Mitglieder – darunter Deutschland – dafür aus, keine sektoralen Ausnahmen von den Arbeitnehmerschutzvorschriften zuzulassen, da dies dem Gleichheitsgrundsatz widerspreche.

Theoretisch gefährlich

„Mich überzeugen die Bedenken der Mitgliedstaaten nicht“, erklärt der CDU-Europaabgeordnete und Arzt, Dr. Peter Liese. „Es wäre verrückt, wenn die Mitgliedstaaten einen Vorschlag zum Bürokratieabbau, den die Kommission vorgelegt hat und den das Parlament unterstützt, auf Dauer verhindern würden.“ Liese macht zudem deutlich, dass

beim Einsatz von MRT seit über 30 Jahren keine nennenswerten Gesundheitsrisiken festgestellt worden seien. „Die Gefahren sind allenfalls sehr theoretischer Natur“, so der Politiker.

Liese hofft auf eine schnelle Verabschiedung der Richtlinie. Das EU-Parlament stimmt im März erstmals über die Neuregelungen ab. Danach ist der Ministerrat am Zuge. Ob die Beratungen, wie vorgesehen, bis Ende April abgeschlossen sein werden, ist jedoch fraglich. Das Bundesarbeitsministerium, das für Deutschland an den Verhandlungen im Rat teilnimmt, weist vorsorglich darauf hin, dass es schwierig werde, aufgrund der Vielzahl an Branchen, die unter den Anwendungsbereich der Richtlinie fallen, zügig eine abschließende differenzierte Bewertung aller offenen Fragen vornehmen zu können.

*Petra Spielberg
Altmünsterstr. 1
65207 Wiesbaden*

Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V.

Solidarität für Spaltkinder

Mit Unterstützung der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) konnte die Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V. in Bolivien im vergangenen Jahr über 120 Spaltkinder operieren. Dabei hat das HDZ den Großteil der Kosten (für 100 Operationen) übernommen. Das Projekt wurde 2010 von Peru aus gestartet und wird von Deutschland via internetbasierter Patientendatenbank überwacht.



Foto: Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V.

Hatte Hilfe bitter nötig: Milagros vor ihrer ersten Operation.



Der erfahrene einheimische Chirurg Dr. Mario Villalba führte 2011 in verschiedenen Provinzkrankenhäusern zahlreiche Operationen durch. Da viele Dörfer in abgelegenen Gebirgs- und Dschungelregionen liegen, sind die OP-Einsätze in Bolivien besonders bedeutsam: Nur so erreichen die Mediziner Menschen, die aufgrund des unwegsamen Geländes sonst kaum medizinische Hilfe erhalten würden.

Das Projekt in Bolivien wird fachlich und organisatorisch von der Projektleiterin für Südamerika, Dr. Ulrike Lamé (Berlin), begleitet. Einmal jährlich besucht sie Villalba und sein Team, um die Arbeit zu begutachten, bei der Organisation und Durchführung der Einsätze zu helfen und das Projekt vor Ort weiterzuentwickeln. Dabei ist sie jedes Mal wieder von den fachlichen Fähigkeiten Villalbas beeindruckt. Lamé: „Bei vielen Kindern waren die ehemalige Spalte und die zurückgebliebene Narbe nach der Operation kaum noch zu erkennen.“ Beispielhaft für die Geschichte der Spaltkinder ist das Schicksal von Milagros Espin-

dola (Foto). Sie kam als viertes Kind einer einfachen Familie am 3. August 2008 unter Komplikationen zur Welt. Das kleine Mädchen konnte nicht richtig atmen und musste 1,5 Monate im Krankenhaus betreut werden. Für die Mutter war es ein Schock, dass ihr Baby mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte geboren wurde. Milagros konnte wegen der Fehlbildung nicht richtig essen und nicht richtig sprechen lernen. Ihre Großmutter erfuhr von der kostenlosen Operationsmöglichkeit und brachte ihre Enkelin ins Krankenhaus. Dort wurde Milagros im Jahr 2010 erstmals von Dr. Villalba untersucht – noch im gleichen Jahr wurde die Spalte auf der rechten Seite verschlossen.

Grundsätzlich werden Kinder, die von den Vertragsärzten der Deutschen Cleft Kinderhilfe e.V. operiert werden, in einer Patientendatenbank erfasst. Die Vergütung der Behandlung erfolgt durch die Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V. immer erst nach erfolgter Operation und Kontrolle anhand digitaler Dokumentation.

So es geht, werden die Kinder von Villalba und seinem Team auch nach der Behandlung weiter betreut. Dies ist aufgrund der Herkunft vieler Kinder aus äußerst abgelegenen Berg- und Urwaldedörfern oft sehr schwierig. Trotzdem gelingt es dem Arzt, viele Kinder und ihre Familien nach der Operation zu einem Kontrolltermin und wenn nötig auch zu weiteren Operationen, wie etwa dem Verschluss eines offenen Gaumens, zu motivieren. Damit die komplexe Fehlbildung einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte umfassend behandelt werden kann, ist die Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V. zusammen mit Villalba bemüht, die Hilfe für Spaltkinder in Bolivien auszubauen.



Hilfsaktionen

Langfristiges Ziel ist es, eine Anlaufstelle für Spaltkinder zu schaffen, die interdisziplinär die bestmögliche Behandlung und damit die Integrationschancen für die Kinder sicherstellt. Das Behandlungsteam in Bolivien soll perspektivisch in die Lage versetzt werden, eine umfassende Versorgung von Spaltkindern zu ermöglichen. Dazu gehören komplexe Folgeoperationen, muskelfunktionale Therapien für die Sprachentwicklung und die Möglichkeit des Einbezugs von Hals-Nasen-Ohrenbehandlungen sowie kieferorthopädischen Maßnahmen. Im Jahr 2012 soll – neben Weiterführung und Erweiterung der Operationen in abgelegenen Regionen – eine Anlaufstelle für Spaltkinder aufgebaut werden. Dort soll die kieferorthopädische Behandlung der Kinder als erste Disziplin etabliert werden. sf/pm

Spendenkonto:
Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V.
Konto-Nr.: 84 84 200
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ: 251 205 10

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
Konto-Nr.: 000 4444 000
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
BLZ: 300 606 01

■ www.spaltkinder.org

■ www.stiftung-hdz.de (neuer Auftritt)

INFO

Die Hilfsorganisation ...

... setzt sich seit 2002 für Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten ein und ermöglicht notwendige Operationen, aber auch Folgebehandlungen wie kieferorthopädische Maßnahmen und Sprachtherapie. Im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ wird stets eng mit einheimischen Ärzten zusammengearbeitet. Die Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V. ist heute in neun Ländern tätig. ■

Dentists for Africa e.V.

Starke Schwestern in Kenia

„Hilfe zur Selbsthilfe“ – eine oft bemühte Formel. Doch zur Umsetzung braucht man wenigstens ein gutes Netzwerk und einen langen Atem – beispielhaft vorgelebt von „Dentists for Africa e.V.“. Der Verein hat in Kenia zehn Zahnstationen zwischen Nairobi und dem Victoriasee in Krankenhäusern des Franziskanerordens eingerichtet. Dort sind in erster Linie kenianische Behandler tätig.



*Links:
Hands-on – und zwar gemeinsam.
In den Zahnstationen werden lokale Helfer Schritt für Schritt trainiert und ausgebildet – zum Teil auch akademisch.*

*Unten:
Auf das ausgeprägte Organisationstalent und die Verlässlichkeit der Ordensschwwestern kann der Verein stets bauen – auch aus der Ferne.*

Fotos: Dentists for Africa

Vor Ort helfen deutsche und österreichische Zahnärzte durch Aufklärung zu Themen wie „Zahnärztliche Prävention in Schulen“, aber auch bei der Untersuchung und Behandlung der Kinder, bei mobilen Hilfeinsätzen sowie im kollegialen Austausch besonders bei Füllungen, Wurzelbehandlungen und der Herstellung einfacher Prothetik in den eingerichteten zahntechnischen Laboratorien. Um den Anspruch „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu erfüllen, fördert der Verein die College-Ausbildung von drei Waisenkindern zum „Oral Health Officer“. Mit dem Zertifikat dürfen sie einfache Behandlungen ausführen. Außerdem haben zwei kenianische Zahntechniker 2011 ihre Ausbildung abgeschlossen. In diesem Jahr werden zudem drei Waisen als „Medical Engineer“ für die Wartung der einzelnen Behandlungseinheiten eingesetzt.

Vertrauen ist gut ...

Zwei Schwestern des Franziskanerordens, denen der Verein das Zahnmedizinstudium in Uganda finanziert, bringen die Projekte



vor Ort intensiv voran. Eine von ihnen, Schwester Fabienne (oben rechts), wird im nächsten Jahr ihr Studium abschließen und die Verantwortung für alle zahnärztlichen Projekte und Stationen übernehmen. Schwester Elizabeth studiert im dritten Studienjahr und absolviert erste Praktika in den Praxen in Nairobi und Nakuru. Die dritte im Bunde – Schwester Seraphine (oben links) – betreut die mittlerweile 503 Waisenkinder, die zumeist in Internatschulen untergebracht sind. Sie übernimmt die Behaltung der Schulgelder, der Kosten für die Berufsausbildung und sorgt für eine genaue Abrechnung der Spendengelder für die 340 Kinder und Jugendlichen, die durch persönliche Paten in Deutschland in Höhe

von 400 Euro jährlich gefördert werden. Dazu kommt die Betreuung von 163 Waisen, die durch Dentists für Africa e.V. finanziert wird. Aufgrund derzeit steigender Preise in Kenia – und auch im Hinblick auf die Hungersnot in Ostafrika – hat der Verein eine Soforthilfe in Höhe von 2000 Euro – primär für den Kauf von Mais – geleistet.

... ärztliche Kontrolle auch

Ein Zusatzprojekt war ein Einsatz im St. Monica Hospital in Kisumu, in dem im Oktober 2011 in einem ersten Probeeinsatz 24 Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte durch Prof. Lambrecht aus Basel und sein Team operiert wurden. Geplant ist, diesen Einsatz in einem größeren Umfang zu wiederholen. In Kenia gibt es immer noch viele Kinder und Jugendliche, die ihre Eltern – meist durch AIDS – verloren haben, so dass ihnen eine Ausbildung und damit eine chancenreiche Zukunft verwehrt bleibt. Über das Patenschaftsprogramm von Dentists for Africa e.V. können interessierte Kollegen einem oder mehreren Waisen die Schul- und Berufsausbildung ermöglichen. Mithilfe kann aber auch über einen persönlichen zahnärztlichen Einsatz in Kenia geleistet werden.

Die Finanzierung der einzelnen Projekte des Vereins steht auf zwei Säulen: Eine wesentliche ist die Edelmetallsammelaktion. Die zweite Säule sind Spenden. Die Verwaltungskosten werden bewusst niedrig gehalten und beliefen sich im Jahr 2011 auf 5,3 Prozent. So fließt beinahe jeder Euro direkt in die Arbeit des Vereins. Zum Vergleich: Laut dem Deutschen Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) gilt als angemessen, bis zu 20 Prozent von Vereinsgeldern für Verwaltungskosten aufzuwenden – 35 Prozent sogar als maximal vertretbar. sf/pm

*Spendenkonto:
Dentists for Africa e.V.
Konto-Nr.: 140 046 798
Bank: Sparkasse Mittelthüringen
BLZ: 820 510 00*

*Kontakt:
Dentists for Africa e.V.
Tel.: 03634/39321
info@dentists-for-africa.de*

■ www.dentists-for-africa.org

Wiesbaden

Zahnärzte behandeln Wohnungslose

In der Teestube des Diakonischen Werkes Wiesbaden behandeln drei Zahnmediziner ehrenamtlich unversicherte Wohnungslose und Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus. Dieses Engagement kann nun durch eine Spende in Höhe von 2000 Euro des Unternehmens „Henry Schein Dental“ weitergehen. Zudem sicherte die Firma eine langfristige Unterstützung zu, um die alten Behandlungsgeräte durch neue zu ersetzen.

Seit einigen Jahren kann mit ehrenamtlicher Hilfe und Spendenmitteln in der Teestube eine regelmäßige Zahnarztsprechstunde angeboten werden. „Der wahre Leidensdruck beginnt bei

unseren Besuchern meist schon vor dem Schmerz“, sagt Matthias Röhrig (links), Leiter der Teestube. Das Lächeln wird vermieden, mancher verdeckt den Mund beim Sprechen. Dennoch führt meist erst akuter Zahnschmerz die Patienten in die Sprechstunde. Viele der Menschen sind suchtkrank und leiden unter erheblichen gesundheitlichen Problemen.

Engagierte Zahnmediziner wie Dr. Ulrike Albert (Zweite v. rechts) wollen den Patienten helfen, ihr Lächeln wiederzufinden: „Ich lass nicht locker, wenn es um die Hilfe für wohnungslose und illegal in Deutschland lebende Menschen geht.“ eb/pm



Foto: Henry Schein Dental

Myanmar

Der Doktor kommt per Boot



Foto: Stiftunglife

Im südostasiatischen Myanmar, dem früheren Birma, leben 80 Prozent der Bevölkerung auf dem Land, meist abgeschieden ohne Strom oder fließendes Wasser. Viele der Menschen sind wie im Irawadi-Delta nur per Boot erreichbar, was

Hilfsorganisation OHFR

Ruandas Zahngesundheit verbessern

Gut 17 Jahre nach dem Völkermord von Hutu-Milizen an der Tutsi-Minderheit ist Ruanda ein wirtschaftlich aufstrebendes Land, trotzdem gibt es nach wie vor große Probleme bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Nach einem Forschungsbericht in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leidet mehr als die Hälfte der Kinder an Zahnschmerzen, 90 Prozent aller Kinder haben Zahnprobleme und noch nie einen Zahnarzt gesehen. Die 2007 gegründete Hilfsorganisation Oral Health Foundation Rwanda International (OHFR) will die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung durch den Einsatz von deutschen und holländischen

Zahnärzten verbessern. Außerdem stehen die Förderung der Prophylaxe und des Bewusstseins in den Geberländern für die Probleme vor Ort im Mittelpunkt. 2008 wurde in Deutschland der Förderverein OHFR e.V. gegründet. Seitdem arbeiten beide Organisationen Hand in Hand. Im Juni 2009 wurde an einer neu eingerichteten Schule das „Dental Preventive Programme“ gestartet. Zudem konnte eine Zahnarztpraxis im Norden Ruandas fertiggestellt werden. Um Unterstützung für weitere Projekte wird gebeten. eb/pm

Spendenkonto:
Volksbank Lübbecke Land
Konto-Nr.: 11720900
BLZ: 490 626 50

■ www.rwandadentist.org



Foto: DPP Steven Smit

eine medizinische Versorgung sehr schwierig macht. Im Jahr 2009 startete die Stiftunglife deshalb das Projekt der „Swimming Doctors“. Ein Reisfrachter wurde zu einer schwimmenden Arztpraxis umgebaut. Nach der Umbauzeit von einem Jahr und Kosten von insgesamt 300 000 Euro – 50 000 davon für die medizinische Grundausstattung – konnte das Schiff seinen Dienst

aufnehmen. Seitdem wird die am Fluss lebende Landbevölkerung auf dem Boot versorgt, bis zu 100 Personen täglich. Die Swimming Doctors suchen noch Zahnmediziner, die Interesse haben, den Menschen im Irawadi-Delta während eines mindestens einmonatigen Aufenthalts zu helfen. eb

■ www.swimmingdoctors.de

Dortmund

Zahnärzte spendieren Bolzplatz

Durch eine Spende von insgesamt 30 000 Euro des Dortmunder Zahnärztereins (DOZV) konnte ein neuer Kunstrasenplatz für den Jugendverein „Stern im Norden“ eingerichtet werden. Die Sammlung von Altgold erbrachte das Geld für den Bolzplatz, auf dem seit der Eröffnung im Frühjahr 2011 schon etliche Turniere stattfanden.

„Ich bin dankbar, gerade dieses Projekt durch eine Spende von Altgold unterstützen zu können“, erklärte DOZV-Vorstand Dr. Joachim Otto. „Fußball zieht alle an – hier können sich die Kids aus der Nordstadt und Umgebung das ganze Jahr auf dem Kunstrasen ohne Risiko austoben.“ eb/pm

■ www.gold-fuer-kinder.de



Foto: DOZV

Hohe Auszeichnung

Dr. Pierro erhält Bundesverdienstkreuz

Der Bühler Zahnarzt Dr. Eberhard Pierro wurde Mitte Januar mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Pierro erhielt die Auszeichnung im Kreis seiner Familie für sein ehrenamtliches Engagement in Südamerika.

Er hat das Förderkreis-Netzwerk

„Clinica Santa Maria“ mit aufgebaut, dass sich für eine verbesserte zahnmedizinische Versorgung in Ecuador und Brasilien einsetzt. Dadurch konnten dort Zahnstationen aufgebaut wer-

den, um die Menschen auch in abgelegenen Gebieten versorgen zu können. Pierro opferte einen Großteil seiner Freizeit, um erst in Brasilien und später in Ecuador selbst Patienten zu behandeln. Seit 1996 engagiert er sich auf dem Kontinent. eb



Foto: fcsm.com

25 Jahre Aktion Z

Mit Altgold Bedürftigen helfen

Seit einem Vierteljahrhundert sammelt die „Aktion Z“ ausgedientes Zahngold und hilft damit Bedürftigen in Entwicklungsländern. Patienten können bei ihrem Zahnarzt alte Brückenglieder oder Kronen in Sammelbüchsen geben und so eine gute Sache unterstützen. Die letzte Sammelaktion seit 2008 brachte einen Erlös von 2,34 Millionen Euro, die den drei Hilfsorganisationen „Ärzte für die Dritte Welt“, „Don Bosco Jugend“ und „Hilfe zur Selbsthilfe – Dritte Welt“ zugute kommen. Die Aktion Z wurde 1987 von der Landes-

zahnärztekammer Baden-Württemberg und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein ins Leben gerufen. Im Laufe der Jahre sind immer mehr Zahnarztpraxen dazu gekommen, die sich mit ehrenamtlichem Engagement an der Aktion beteiligen. Die Einnahmen werden direkt für den Kauf von medizinischen Instrumenten und Medikamenten, für Basisgesundheitsdienste und Armenapotheken, für den Unterhalt von Armenkliniken, für zahnärztliche Hilfe in unwegsamen Gebieten oder für medizinische Hilfe für Straßenkinder eingesetzt – eine oft überlebenswichtige Hilfe zur Selbsthilfe. eb/pm



Foto: Aktion Z

Sommer 2012

Helfer für Mongolei-Einsatz gesucht

Bis zu 80 europäische Zahnärzte mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung können für drei Wochen in der Mongolei in mobilen Praxen arbeiten. Der Zeitraum lautet: 29. Juli bis zum 19. August. Die gemischten Vierer-

kostenlos. Einheimische Helfer und Dolmetscher begleiten die Arbeit. Der von Zahnärzten ohne

Grenzen (DWLF) geplante Großeinsatz wird von der mongolischen Regierung, der Universität für Gesundheitswissenschaften und lokalen Geschäftsleuten unterstützt. Gut die Hälfte der Plätze sind bereits belegt. Deshalb bittet DWLF um Anmeldungen für die Restplätze bis zum 15. März 2012. sf

info@dentists-without-limits.org

■ www.dwlf.org



Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 116

Dentaurum

Fortbildungsprogramm 2012



Auch 2012 bietet die Dentaurum-Gruppe wieder attraktive Fortbildungen deutschlandweit für alle Bereiche der Zahnmedizin an. In der Implantologie gibt es viele interessante Tagesveranstaltungen. Ein weiteres Highlight sind die Humanpräparate-Kurse. Immer aktuell: die kieferorthopädischen Kurse. Alle Kurse

haben einen großen Praxisbezug und werden von engagierten und kompetenten Referenten geleitet. Hochaktuell in diesem Zusammenhang sind die Abrechnungskurse für die neue GOZ. Diese werden an verschiedenen Veranstaltungsorten von zwei sehr erfahrenen Referentinnen gehalten. Zahnmedizinische Fachangestellte können auch 2012 den Grundlagen-Kurs besuchen oder lernen, wie man optimal fotografiert und dokumentiert.

DENTAURUM GmbH & Co. KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-470
Fax: 07231 803-409
www.dentaurum.de
E-Mail: kurse@dentaurum.de

Mirus Mix

Mit Recall-Karten Patienten binden



Das Recallsystem hat sich mittlerweile in vielen Praxen bewährt. Mit der Zusendung einer Erinnerungskarte für Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen erhöht der Zahnarzt die Aufmerksamkeit bei seinen Patienten um ein Vielfaches und verstärkt gleichzeitig die Patientenbindung. Mirus Mix bie-

tet eine Vielzahl verschiedener Motive für Recallkarten und Postkarten an. Recallkarten erweisen sich als ein erweiterter Praxiservice. Im umfangreichen Sortiment des Anbieters befinden sich auch Kinderzugabeartikel, schöne Demopuppen und – als Neuheit – handgefertigte Kunstobjekte zur Verschönerung der Praxisräume.

Mirus Mix Handels-GmbH
Talstr. 64
69198 Schriesheim
Tel.: 06203 64668
Fax: 06203 68422
www.mirusmix.de
E-Mail: info@mirusmix.de

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

KOMET

Qualität von Anfang an

Frisch nach dem Studium oder der Assistenzzeit die eigene Praxis einrichten – jetzt zählt vor allem Sicherheit durch Qualitätsprodukte. Dazu gehört die AlphaKompetenz Box – ein Paket speziell für Zahnärzte zum Start in die Selbstständigkeit für nur 190 Euro. Die Box umfasst

- ein vielseitiges Bohreraset als Basisausstattung,
- den Polymerbohrer PolyBur P1 für die selbstlimitierende Kariestherapie,
- EasyShape-Feilen zur Aufbereitung des Wurzelkanals auf ganzer Länge,
- DentinPost Coated Wurzelstifte, DentinBond und Dentin-Build für die erfolgreiche postendodontische Versorgung,



– ein „Rundum-Sorglos-Paket“ für alle Fragen zur Instrumentenaufbereitung.

Bei der Anwendung der Produkte erlebt der Anwender den Mehrwert, den Komet für fast alle zahnmedizinischen Disziplinen bietet.

KOMET
Gebr. Brasseler GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-700
Fax: 05261 701-289
E-Mail: info@brasseler.de
www.kometdental.de

GC

Zweistufiges Restaurationskonzept



GC hat mit EQUIA ein zweistufiges Restaurationskonzept aus einer hochviskosen glasionomer-basierten Füllungskomponente (EQUIA Fil) und einem hochgefüllten lichthärtenden Kompositüberzug (EQUIA Coat) entwickelt. Das Material zeichnet sich dadurch aus, dass es selbst-adhäsiv und bulkapplizierbar ist. Durch die Schutzschicht verbessern sich die mechanischen Eigenschaften der Restauration im Vergleich zu herkömmlichen Glasionomeren. Die Erkenntnisse von teils hochaktuellen In-vivo- und In-vitro-Studien zeigen, dass

EQUIA für permanente Füllungen von konventionellen kaubelasteten Klasse-I- und für nicht kaubelastete Klasse-II- und Klasse-V-Kavitäten eingesetzt werden kann. Das Material ist darüber hinaus auch für Klasse-II-Füllungen unter Kaubelastung geeignet, sofern die Breite des Isthmus weniger als die Hälfte der Kauflächenbreite beträgt.

GC Germany GmbH
Seifgrundstr. 2
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172 99596-0, Fax: -66
www.germany.gceurope.com
E-Mail: info@germany.gceurope.com

CAMLOG**Internationaler Kongress in Luzern**

Der 4. Internationale CAMLOG Kongress wird in diesem Jahr vom 3. bis 5. Mai in Luzern stattfinden. Auf dem Kongress werden zahlrei-

verbessern. Das Unternehmen weist insbesondere auf die CAMLOG Party in der außergewöhnlichen Höhe von 1600 Metern über



che renommierte Vortragende eine Vielzahl von wissenschaftlich-technischen Themen zum Stand der Dinge in der dentalen Implantologie präsentieren.

Dies wird die fachwissenschaftlichen Kenntnisse der Kongressteilnehmer erhöhen und konkret dazu beitragen, die klinischen Resultate der Behandelnden in ihrer täglichen Praxis noch weiter zu

dem Meeresspiegel mit sensationeller alpiner Aussicht hin.

Anmeldungen sind ab sofort möglich unter

www.camlogcongress.com

*CAMLOG Foundation
Margarethenstrasse 38
CH-4053 Basel
Tel.: 0041 61 5654114
Fax: 0041 61 5654101
www.camlogfoundation.org
E-Mail: foundation@camlog.com*

Metoxit**Neue Wege in der Zahnheilkunde**

Die Metoxit AG, der Spezialist für Dentalkeramik aus der Schweiz, hat in den vergangenen Jahren viele Grenzen bisheriger Technik neu definiert: neue Werkstoffe für die Zahnheilkunde, neue Möglichkeiten zur ästhetischen Gestaltung von Restaurationen, brandaktuell ein neues Zirkonoxid-Implantatsystem. Damit die hiesigen Labors und Praxen die damit verbundenen Chancen

noch leichter nutzen können, überschreitet das Unternehmen nun die Landesgrenze: Seit kurzem bedient es sich eines Logistikzentrums in München.

Über Forschung, Herstellung und Qualitätssicherung kann sich jeder Zahntechniker vor Ort am Stammsitz in Thayngen selbst ein Bild machen. Für dieses Frühjahr sind drei bis vier Besichtigungstermine inklusive einer ausführlichen Werksführung geplant.

*Metoxit AG
Erdwiesenstrasse 6
Postfach 160
CH-8240 Thayngen
Tel.: 0041 52 6450101
Fax: 0041 52 6450100
www.metoxit.com
E-Mail: info@metoxit.com*

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

DÜRR DENTAL**Neues Schulungszentrum eröffnet**

Das neue Schulungszentrum hat seit kurzem direkt gegenüber der Firmenzentrale der Dürr Dental AG in Bietigheim-Bissingen seinen Sitz. Im Gebäude, das früher eine Lackfabrik beheimatet hat, werden Zahnärzte, Händler und Mitarbeiter aus allen Teilen der Welt die neuesten Dürr Dental-Produkte kennenlernen und sich in deren Anwendung schulen lassen.

„Herzstück unseres Schulungszentrums ist ein voll funktionsfähiger Praxisraum. Die dort durchgeführten Behandlungen können live über Video in die Schulungsräume übertragen werden“, führte Akademieleiter Dr. Martin Koch (Foto) bei der



Einweihung Mitte Januar aus. Teil des Trainingscenters ist außerdem ein Röntgenraum, der über eine spezielle strahlungsdichte Panoramascheibe vom Schulungsraum getrennt ist.

*DÜRR DENTAL AG
Höpfigheimer Strasse 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705-0
Fax: 07142 705-500
www.duerr.de
E-Mail info@duerr.de*

Ultradent Products**Website im neuen, frischen Layout**

international einheitlicher Oberfläche umfassende Informationen zu allen Ultradent-Produktbereichen wie Zahnaufhellung mit Opalescence, Tissue Management, Adhäsivtechnik, Endodontie und vieles mehr. Zusätzlich steht der komplette Katalog als E-Paper zum Durchblättern zur Verfügung.

Die Qualität von Produkten hängt einerseits von ihrer durchdachten, sachgerechten Herstellung ab – aber auch von den Informationen, die der Anwender darüber erhält. Mit dem neuen Web-Auftritt ist Ultradent Products hier einen weiteren Schritt gegangen. Künftig gibt es unter

sätzlich steht der komplette Katalog als E-Paper zum Durchblättern zur Verfügung.

*Ultradent Products
Am Westhover Berg 30
51149 Köln
Tel.: 02203 3592-15
Fax: 02203 3592-22
www.updental.de
E-Mail: info@updental.de*

American Dental Systems

Busa-Instrumente jetzt in Deutschland



powered by
American Dental Systems

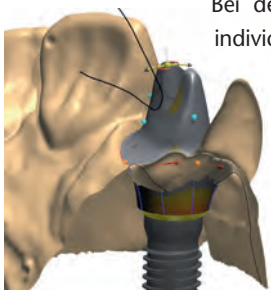
Ein Höchstmaß an Qualität, Innovation und Leistung zeichnet die rotierenden Instrumente von BUSA (Marktführer in den USA) aus. American Dental Systems holt das BUSA-Produktportfolio nun exklusiv nach Deutschland und bietet seinen Kunden ab sofort eine Vielzahl erstklassiger rotierender Instrumente an. 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@ADSystems.de

Heraeus

Einteilige Abutments für cara-System



Bei der Gestaltung individueller Abutments können cara-Anwender ab sofort zwischen zweiteiligen Zirkonoxid-

Abutments und den neuen einteiligen Titan-Abutments wählen – ganz nach den eigenen Präferenzen und denen des Behandlers. Individuelle Abutments ermöglichen durch die naturkonforme Ausformung des Emergenzprofils besonders ästhetische Ergebnisse.

Die Abutment-Designer-Software des cara-Systems bietet umfangreiche Funktionen für die schnelle und individuelle Gestaltung von Emergenzprofilen und anatomischen Formen. Die Präzision der cara-Zentralfertigung sorgt für hohe Passgenauigkeit. Die Anzahl der unterstützten Implantatsysteme wird ständig erweitert. Derzeit bietet Heraeus einteilige Titan-Abutments für zehn gängige Implantatsysteme von sechs Herstellern.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
www.heraeus-dental.com
E-Mail: info.dent@heraeus.com

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

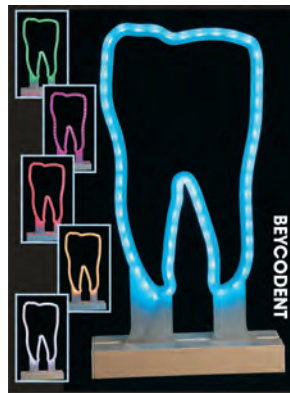
BEYCODENT

Praxiswerbung mit LED-Technik

BEYCODENT präsentiert den Hightech LED-Leuchtzahn SIRIUS. Er ist zugleich Blickfang und Kunstobjekt mit wechselndem Licht – weit sichtbar im Fenster der Zahnarztpraxis. Die Neuentwicklung setzt nicht nur optische Akzente, sondern erzeugt auch eine sehr gute Lichtqualität. Mit dem klarem Design und einer Gesamthöhe

von 75 Zentimetern setzt der SIRIUS LED-Leuchtzahn neue Maßstäbe. Die Bedienung erfolgt per Multifunktions-Fernbedienung. So kann die Farbgebung und die Helligkeit mit elektronischer Dimmfunktion individuell nach Stimmung und Tageszeit ausgewählt werden. Leicht bedienbare Farbwechselprogramme bieten zusätzliche Lichteffekte.

Die standsichere und hochwertige Ausführung eignet sich für den Einsatz auf der Fensterbank der Praxis und als Designer-Leuchte im Empfangsbereich oder Behandlungsraum.



BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 9200-0
Fax: 02744 9200-21
www.beyco-dental.de

Sirona

Röntgenbilder einmal ganz anders

Das Unternehmen Sirona, Bensheim, lud kürzlich zu einer außergewöhnlichen Produktpräsentation ein: Auf einer Vernissage wurden künstlerisch gestaltete Röntgenbilder, die mit dem ORTHOPHOS XG entstanden, gezeigt. Alle Röntgengeräte der ORTHOPHOS XG-Familie arbeiten nach dem „Release 2“ mit einem neuen Software-Algorithmus, der die Bildqualität der 2D-Panorama-Aufnahmen deutlich verbessert: ASTRA (Anatomi-

cally Structured Reconstruction Algorithm) errechnet ein klareres Bild mit höheren Kontrasten und weniger Rauschen, ohne dass störende Kantenartefakte auftreten. Das Kombigerät ORTHOPHOS XG 3D gibt es jetzt auch mit MARS (Metall-Artefakt-Reduktions-Software). Das ist ein Algorithmus, der automatisch störende Metallartefakte aufspürt und ihre Abschattungen und Reflexe so weit wie möglich eliminiert. Das Ergebnis ist ein klareres Bild, das die Diagnose für den Zahnmediziner erleichtert.



Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0, Fax: -2591
www.sirona.de
E-Mail: contact@sirona.de

lege artis

Professionelle Pflege und Prävention



wie dem ästhetischen Gesamtbild. Mit der Polierpaste REMOT implant lassen sich Implantate, deren Aufbauten und auch alle empfindlichen Oberflächen optimal und äußerst schonend reinigen und pflegen. Der sehr niedrige RDA-Wert von < 7* gibt dabei die nötige Sicherheit.

* Methode nach Stookey/Schemehorn mit Referenzsubstanz Bimsstein für Prophylaxepasten

lege artis Pharma GmbH+Co. KG
Breitwasenring 1
72135 Dettenhausen
Tel.: 07157 5645-0
Fax: 07157 5645-50
www.legeartis.de
E-Mail: info@legeartis.de

Hochwertige Implantate und deren Aufbauten aus Keramik, Kunststoff oder Metall benötigen, ebenso wie natürliche Zähne, effektives Biofilm-Management. Deshalb ist eine stetige professionelle Pflege sehr wichtig. Dies kommt dann der Gesundheit der Gingiva und der natürlichen Zähne ebenso zugute

Pluradent

Parodontologie: Chancen und Grenzen



Innerhalb des Erfolgskonzepts Parodontologie fand vor kurzem die Initialveranstaltung in der Pluradent Niederlassung Osnabrück statt. Referentin Prof. Dr. Nicole Arweiler (Foto), Direktorin der Abteilung für Parodontologie der Philipps-Universität

Marburg, sprach über Möglichkeiten und Grenzen zeitgemäßer Parodontologie. Die bakterielle Infektion gehört neben Karies zu den häufigsten und folgenreichsten Zahnerkrankungen, die im schlimmsten Fall auch zum Zahnverlust führen kann. „Vielen

Patienten ist eine PA-Erkrankung nicht bewusst“, sagte Arweiler, da Parodontitis weitestgehend schmerzlos verlaufe. Von rund 35 Millionen PA-Fällen werden gerade einmal eine Million therapiert, erläuterte die Spezialistin. Mit praxisnahen Tipps und nützlichen Anregungen zeigte sie, worauf was es bei einer systematischen PA-Therapie ankommt. Ein schonendes Vorgehen sei bei der PA-Therapie besonders wichtig, sagte die Referentin. Eine Kosten-Nutzen-Analyse rundete die Veranstaltung ab.

Pluradent AG & Co KG
Kaiserleistr. 3
63067 Offenbach
Tel.: 069 82983-0
Fax: 069 82983-271
www.pluradent.de
E-Mail: offenbach@pluradent.de

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

Photolase

Neuer Maßstab in der Photodynamik



handlungszeiten gegenüber konventionellen Methoden, weil notwendige Lichtdosen schneller erreicht werden können. Für die sichere Anwen-

Das Photolase-Verfahren ist ein neues aPDT-System, mit dem auch Monokausaltherapien gelingen. Aufgrund der Anregungswellenlänge von 810 nm ist es jetzt erstmalig möglich, eine effektive Keimreduktion durch extrakanalikuläre/kavikuläre Bestrahlung zu erreichen – sowohl in der Endodontie als auch in der PA und Periimplantitistherapie. Zugleich verkürzen sich die Be-

handlungszeiten gegenüber konventionellen Methoden, weil notwendige Lichtdosen schneller erreicht werden können. Für die sichere Anwendung bietet Photolase spezielle Kurse an. Vorhandene Diodenlaser können bei passenden Einstellparametern verwendet werden. Mehr Infos gibt es online.

Photolase europe ltd.
Niederlassung Hamburg
Barsbüttelerstrasse 6
22043 Hamburg
Tel: 040 653-4051
Fax: 040 653-9436
E-Mail: jarentz@photolase.eu
www.photolase.eu

Straumann

Prüfung auf Originalität

Um die Langlebigkeit einer Implantatversorgung nicht zu gefährden, ist jeder Zahnmediziner gut beraten, ausschließlich Originalteile des Herstellers zu verwenden. So hat Straumann mit seiner Pro-Original-Initiative eine Lösung geschaffen, die unter anderem Unterstützung beim Nachweis von Produktetheit bietet und Verwechslungen bei Produkten vorbeugen kann. Mit dem neuen sogenannten Online-Verifizierungstool lässt sich in der zahnärztlichen Praxis sofort überprüfen, ob es sich bei einem Teilstück um eine Straumann Originalkomponente handelt. Die Vorgehensweise ist denkbar einfach: Helferlin oder Behandler geben online auf der Straumann Website im Bereich Produkte & Services die auf dem Produkteti-



kett angegebene Artikel- und Seriennummer ein – unmittelbar danach liefert die Datenbank das Ergebnis. Damit weiß der Behandler, ob er eine Originalkomponente von Straumann in der Hand hält. Es bedarf keiner zusätzlichen Software.

Straumann GmbH
Jechtinger Straße 9
79111 Freiburg
Tel.: 0761 45010
Fax: 0761 4501149
www.straumann.de
E-Mail: info.de@straumann.com

MICRO-MEGA

Neue Handgriffe für Handinstrumente



MICRO-MEGA, wird in diesem Jahr weltweit neue Handgriffe für die bewährten Produktlinien „Handinstrumente zur Wurzelkanalbehandlung“ (etwa K-Feilen, K-Bohrer, Hedström Feilen) einführen. Alle Handinstrumente mit neuem Handgriff werden ab sofort produziert und gelangen in dem Moment in den Handel, wenn die jeweiligen Lagerbe-

stände mit alten Handgriffen aufgebraucht sind. Lieferverzögerungen wird es bei diesem Prozedere nicht geben.

MICRO-MEGA ist es hierbei gelungen, für die Wurzelkanal-Instrumente einen ergonomischen Griff zu entwickeln, der eine sicherere und effektivere Handhabung der Instrumente ermöglicht. „Man kann selbst Altbewährtes noch verbessern“, sagt Dr. Stephan Gruner, Vertriebsleiter MICRO-MEGA, Deutschland.

MICRO-MEGA
Wangener Str. 78
88299 Leutkirch
Tel.: 07561 98343-623
Fax: 07561 98343-615
www.micro-mega.com
E-Mail: info.de@micro-mega.com

Philips

Schallzahnbürste ausgezeichnet

Der iF communication design award 2012 geht an die Sonicare DiamondClean von Philips – das Flaggschiff der Sonicare Schallzahnbürsten Familie. Die Auszeichnung gilt in der Branche als ein begehrtes Design-Siegel. Seit 1953 lädt iF internationale Hersteller und Gestalter ein, sich mit ihrem Design dem Wettbewerb zu stellen.

Die preisgekrönten Produkte sind vom 6. bis 10. März 2012 auf der iF design-Ausstellung in Hannover zu sehen und werden in der zweiten Jahreshälfte in Hamburg präsentiert. Am 10. Februar 2012 findet die Preisvergabe in München statt.

„Wir arbeiten kontinuierlich da-



ran, vom Konzept bis zur Produktion innovative Ideen zu verwirklichen. So entstehen Designs, die für Verbraucher sinnvoll sind“, kommentiert Sean Carney, Chief Design Officer, Philips Design, die Auszeichnung.

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



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 09. 03. 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. 114)
- Beycodent – Praxiswerbung mit LED-Technik (S. 114)
- CAMLOG – Internationaler Kongress in Luzern (S. 113)
- Dentaforum – Fortbildungsprogramm 2012 (S. 112)
- DÜRR DENTAL – Neues Schulungszentrum eröffnet (S. 113)
- GC – Zweistufiges Restaurationskonzept (S. 112)
- Heraeus – Einteilige Abutments für cara-System (S. 114)
- KOMET – Qualität von Anfang an (S. 112)
- lege artis – Professionelle Pflege und Prävention (S. 115)
- Metoxit – Neue Wege in der Zahnheilkunde (S. 113)
- MICRO-MEGA – Neue Handgriffe für Handinstrumente (S. 116)
- Mirus Mix – Mit Recall-Karten Patienten binden (S. 112)
- Philips – Schallzahnbürste ausgezeichnet (S. 116)
- Photolase – Neuer Maßstab in der Photodynamik (S. 115)
- Pluradent – Parodontologie: Chancen und Grenzen (S. 115)
- Sirona – Röntgenbilder einmal ganz anders (S. 114)
- Straumann – Prüfung auf Originalität (S. 115)
- Ultradent Products – Website in neuem, frischem Layout (S. 113)

Statistisches Bundesamt

Jeder Vierte starb 2010 an Krebs

In Deutschland starben im Jahr 2010 etwa 219 000 Menschen an den Folgen einer Krebserkrankung, davon gut 118 000 Männer und knapp 101 000 Frauen. Wie das Statistische Bundesamt zum Weltkrebstag am 4. Februar mitteilt, war Krebs damit für rund ein Viertel aller Todesfälle verantwortlich.

Wie schon in den Vorjahren waren Lungen- und Bronchialkrebs mit 42 972 Fällen die insgesamt am häufigsten festgestellten Krebsarten mit Todesfolge. Danach folgte Brustkrebs mit 17 573 Toten. An dritter und vierter Stelle standen Krebserkrankungen des Dickdarms mit insgesamt 17 161 Fällen (zwei Prozent) und der Bauchspeicheldrüse mit 15 488 Fällen

(1,8 Prozent). Die bei Männern häufigste tödlich verlaufende Krebsart war Lungen- und Bronchialkrebs mit 29 357 Toten, das waren insgesamt 7,2 Prozent. Bei den Frauen dominierten Brustkrebserkrankungen. 17 466 erlagen 2010 dieser Krebsart – 3,9 Prozent aller weiblichen Gestorbenen. Nahezu ein Viertel aller Krebstoten war jünger als 65 Jahre. In der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen war eine Krebserkrankung mit fast 42 Prozent aller Sterbefälle die bedeutendste Todesursache. Bei den ein- bis unter 15-Jährigen war Krebs die häufigste natürliche Todesursache. 2010 erlagen 192 Kinder einem Krebsleiden – 16,5 Prozent aller gestorbenen Kinder dieser Altersgruppe. mg/dpa

GKV

Milliardenschaden durch Nichtzahler

Säumige Beitragszahler verursachen auch in den gesetzlichen Krankenkassen einen Milliarden-schaden. Ende 2011 sei ein Fehlbetrag von mehr als 1,2 Milliarden Euro aufgelaufen, so die Meldung des GKV-Spitzenverbands ans Bundesgesundheitsministerium. Bereits im August hätten 638 000 Versichertenkonten Rückstände von mehr als einer Milliarde Euro aufgewiesen, berichten die „Ruhr Nachrichten“ unter Berufung auf den Verband. Dazu zählten 108 000 Beitragskonten von Mitgliedern, die vor einigen Jahren nach der Einführung der Versicherungspflicht in die gesetzliche Krankenversicherung zurückgekehrt waren. Weitere 530 000 Beitragskonten von freiwillig Ver-

sicherten – hauptsächlich Selbstständige – seien nicht ausgeglichen gewesen. Die Zeitung berichtet weiter, dass in Kassenkreisen kritisiert wurde, dass die Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtzahlungen in vielen Fällen wirkungslos seien. So dürfte eine Reihe von Leistungen, etwa die Behandlung akuter Krankheiten oder Schwangerschaften, auch bei Nichtzahlern nicht gestrichen werden. Dagegen sagte SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach der „Saarbrücker Zeitung“: „Die Sanktionsmöglichkeiten der Kassen reichen völlig aus.“ Allerdings schöpften viele dies nicht aus, weil sie „kein entsprechendes Management aufgebaut haben oder die Versicherten nicht verlieren wollen“. sf/dpa

Social Media

Mehr Suchtpotenzial als Alkohol

Spät nachts twittern oder ständig geschäftliche E-Mails checken – dem standzuhalten gestaltet sich für viele äußerst schwierig. Nur zu oft gewinnt das Bedürfnis nach Informationen im täglichen Kampf um Selbstkontrolle – sei es für die Arbeit oder zur Unterhaltung. Dies zumindest ist die Beobachtung von US-Forschern der Chicago Booth School of Business der Universität Chicago, die jüngst bei mehr als 200 Erwachsenen ihre Bedürfnisse und deren Regulierung im Alltag gemessen haben. „Das moderne Leben liefert eine Vielzahl von Begierden, die häufig geprägt sind von Konflikten und Widerständen, letztere mit wechselndem Erfolg“, so der deutsche Prof. Wilhelm Hofmann, Hauptautor der Studie, für die 205 Männer und Frauen Geräte trugen,

die insgesamt 7 827 Verhaltensberichte über ihre täglichen Wünsche erfassten. Die Wünsche nach Schlaf und Sex waren am stärksten, während die härteste Probe darin bestand, dem Drang nach Medien und Arbeit zu widerstehen. Und obwohl Alkohol und Tabak gemeinhin als ausgesprochene Suchtprodukte verstanden werden, fiel das Verlangen nach ihnen vergleichsweise gering aus, so das Ergebnis der Studie.

ck/pm



Foto: Fotolia.com - arrow

Fachgesellschaften

Nikotinentwöhnung als Kassenleistung

In einem offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr fordern medizinische Fachgesellschaften die Tabakabhängigkeit als Krankheit anzuerkennen und in den GKV-Leistungskatalog aufzunehmen. Dass Raucher, die mit ärztlicher Hilfe

aufhören wollen, in Deutschland nicht von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützt werden, kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) angesichts der alarmierenden gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums. Zusammen mit weiteren sieben medizinischen Fachgesellschaften hat die DGPPN deshalb einen offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr geschrieben, in dem sie die Anerkennung des Tabakabusus in Deutschland als Erkrankung fordert. ck



Foto: Fotolia.com - Robert Neumann

IDZ-Umfrage**Angst vorm Zahnarztbesuch weit verbreitet**

Rund jeder Zweite ist zumindest leicht emotional angespannt, wenn er an eine zahnmedizinische Behandlung denkt. Zwölf Prozent der Erwachsenen geben sogar an, große Angst vor dem Besuch beim Zahnarzt zu haben. Zu den Ergebnissen kommt eine repräsentative Umfrage des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zusammen mit dem Institut für Demoskopie Allensbach. Knapp die Hälfte hat nur etwas oder wenig Angst, ein gutes Drittel gar keine. „Auch, wenn der Anteil von Personen mit starkem Angstempfinden mit zwölf Prozent den deutlich geringeren

Anteil ausmacht, nehmen wir die Zahnbehandlungsangst seit Jahren sehr ernst“ kommentiert BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel die Umfrage. Für den KZBV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz sind die Ergebnisse nicht ungewöhnlich: Die für Deutschland ermittelten Werte deckten sich mit denen von Untersuchungen in anderen Nationen wie den USA oder Australien. Fedderwitz: „Für die Minderheit von Patienten, deren Ängste so stark ausgeprägt sind, dass sie den Gang zum Zahnarzt über Jahre vermeiden, stehen jedoch Behandlungsmöglichkeiten wie Psycho-

therapie und Hypnose zur Verfügung. In Fällen von ärztlich attestierter Phobie kommt sogar eine Vollnarkose in Betracht.“ KZBV und BZÄK raten dazu, der Entstehung von Behandlungsängsten durch frühzeitige und regelmäßige Zahnarztbesuche vom Kleinkindalter an vorzubeugen: „Bei den ersten Kontakten lernen Kinder die Praxis beziehungsweise den Zahnarzt kennen. Sie gewöhnen sich an die regelmäßige Routineuntersuchung, mit

der sich größere Zahnschäden und zahnmedizinische Eingriffe vermeiden lassen“, heißt es in der gemeinsamen Mitteilung. Die Erhebung wurde von April bis Mai 2011 vom Institut für Demoskopie Allensbach mit dem IDZ durchgeführt. ck/pm



Foto: Initiative proDente e.V.

Implantate und Aufbauten**Einheitliche Mehrwertsteuer geplant**

Für Implantate und Aufbauten soll künftig einheitlich die Mehrwertsteuer von sieben Prozent gelten. Das meldet das Deutsche Zentrum für orale Implantologie (DZOI) unter Berufung auf den DIN-Arbeitsausschuss Dentalimplantate. Der Ausschuss ist der Auffassung, dass der Implantataufbau Bestandteil des Implantatsystems ist. In Basel fasste er nun einen Beschluss, der Zahnimplantate künftig preiswerter machen soll. Ziel ist, die bisher

teils übliche Praxis der unterschiedlichen Besteuerung des Implantatkörpers mit sieben und der Aufbauten mit 19 Prozent zu beenden. Je nach Betrachtungsweise der Betriebsfinanzämter oder Zollbehörden werden den Herstellern und Vertriebsfirmen von Implantaten bislang entsprechend ihres Betriebsortes unterschiedliche Mehrwertsteuersätze vorgegeben. Die Folge: Zahnärztliche Implantatversorgungen haben in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Preise, erläutert das DZOI. Der Beschluss wurde einstimmig gefasst. Jetzt sei die Industrie gefordert, mit ihrem Betriebsfinanzamt die normenbedingte Beschlussfassung umzusetzen. ck/pm



Foto: Initiative proDente e.V.

Großbritannien**NHS-Zahnmedizin erhält Finanzspritze**

Die staatliche britische Zahnmedizin erhält eine Finanzspritze in mehrstelliger Millionenhöhe. Die Ankündigung des Londoner Gesundheitsministeriums, umgerechnet rund 35 Millionen Euro zusätzlich zu investieren, kommt zu einer Zeit, in der andere Gesundheitsetats drastisch gekürzt werden. Wie Gesundheitsminister Andrew Lansley jetzt vor Journalisten in London sagte, habe der staatliche Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) in den vergangenen zwei Jahren zahlreiche neue Versorgungsangebote geschaffen. Jahrzehntlang war die staatliche Zahnmedizin eher das Stiefkind britischer Gesundheitspolitik. Das hatte zur Folge, dass Millionen Briten keinerlei Zugang mehr zu staatlich subventionierter zahnärztlicher Ver-

sorgung hatten. Allein zwischen 2006 und 2008 verloren laut Gesundheitsministerium mehr als eine Million Patienten den Zugang zu NHS-Zahnärzten. Dementsprechend schlecht ist es heute um die Zahngesundheit auf der Insel bestellt. Jetzt folgt die Kehrtwendung: Ziel der Regierung Cameron ist es, mehr Patienten den Zugang zur NHS-Zahnmedizin zu ermöglichen. Die zunächst bereitgestellten 28 Millionen Pfund sollen noch im laufenden Haushaltsjahr ausgegeben werden, um neue NHS-Zahnarztpraxen zu eröffnen und um bestehende Staatspraxen aufzurüsten. Die Ankündigung der Millionenspritze sei „wie ein warmer Regen“, so ein Sprecher des britischen Zahnärztebundes (British Dental Association, BDA) in London. pr/ast

Barmer-GEK-Chef

Kassen-Zusatzbeitrag sinnlos

Nach Ansicht von Christoph Straub, Chef der größten deutschen Krankenkasse Barmer GEK, haben sich die Zusatzbeiträge nicht durchgesetzt. Er habe den Eindruck, dass dieses Finanzierungsinstrument nur noch wenig Unterstützung habe. „Zusatzbeiträge haben ein scharfes Preissignal mit einer geringen Finanzwirkung“, sagte Straub im Gespräch mit der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ). Im Wettbewerb habe der Zusatzbeitrag deutliche Mitgliederbe-

wegungen ausgelöst. Als Finanzierungsinstrument sei seine Wirkung begrenzt geblieben. Der Kassenchef erwartet, dass nächstes Jahr nur wenige Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben. Außerdem wurde bekannt, dass die Barmer GEK einen Umbau ihrer Hauptverwaltung plant, dem eine beträchtliche Anzahl der Stellen zum Opfer fallen dürfte. Die Verwaltung müsse effizienter und effektiver werden, erklärte Straub dazu der FAZ.

eb/mg/dpa

Zustände in der Pflege

Ex-Bundespräsident empört sich

Ex-Bundespräsident Walter Scheel und die Ehefrau des mittlerweile dementen Rhetorikers Walter Jens, Inge Jens, haben „katastrophale Zustände“ in der Altenpflege beklagt. „Es ist doch ein Skandal, dass Deutschland, dieses wohlhabende Land, kein Geld hat, seine alternde Bevölkerung auch außerhalb von Familien würdevoll bis zum Tode zu versorgen“, schrieb der 92-jährige Scheel in einem Beitrag für die „Süddeutsche Zeitung“. Die fast 85-jährige Jens kritisierte: „Die Normen, die bei der Pflege von Demenzkranken angelegt werden, sind grotesk.“ Scheel sieht „katastrophale Zustände in Al-

ters- und Pflegeheimen, von der persönlichen Geringbetreuung aus Personalmangel ganz zu schweigen, finanziert über ein akribisches Abrechnungssystem nach Modulen, wo jede kleinste „Dienstleistung“ der Pfleger am Monatsende berechnet wird!“ Dies sei Anlass zur Scham: „Unhaltbar, solche Verhältnisse! Unsere Gesellschaft krankt auch in diesem Bereich immer mehr an einer menschlichen Verrohung.“ In Alters- und Pflegeheimen müsse „Personalmangel ein Fremdwort“ sein. Die Krankenkassen wehren sich indes gegen höhere Honorare für die Behandlung von Pflegebedürftigen in

Heimen. Ärzte und Zahnärzte hätten in der Vergangenheit bereits erhebliche Honoraraufschläge erhalten, sagte der Pflegeexperte im Vorstand des GKV-Spitzenverbands, Gernot Kiefer dem Berliner „Tagesspiegel“. mg/ots



Foto: Fotolia.com - gilles lougassi

KOMMENTAR

Image-GAU Zusatzbeitrag

Der Chef der größten deutschen Krankenkasse Barmer GEK, Christoph Straub, hält also die Zusatzbeiträge, die einige Krankenkassen wegen klammer Kassen für ihre Versicherten erheben müssen, für passé. Recht hat er, wenn er meint, das Mittel habe versagt, wenn es darum geht, die Bilanzen von Kassen aufzupolieren: Der administrative Aufwand, den Beitrag einzutreiben, ist für die Kassen einfach zu hoch. Gleichwohl hat der Zusatzbeitrag eine ungeheure Außenwirkung für die Versicherten: Die Kasse, die ihn

erheben muss, hat über kurz oder lang einen klaren Wettbewerbsnachteil. Der ist wohl politisch gewollt, denn auch die christlich-liberale Koalition setzt darauf, dass die Fusions- und Konzentrationswelle bei den GKV-Kassen anhält. Es sollte verwundern, wüsste Straub dies nicht. Eher scheint er an die Adresse der Politik das Signal aussenden zu wollen, sich der verheerenden Image-Konsequenzen des Sonder-Obolus bewusst zu werden – durchaus auch im eigenen Interesse.

Stefan Grande

Pharmaindustrie

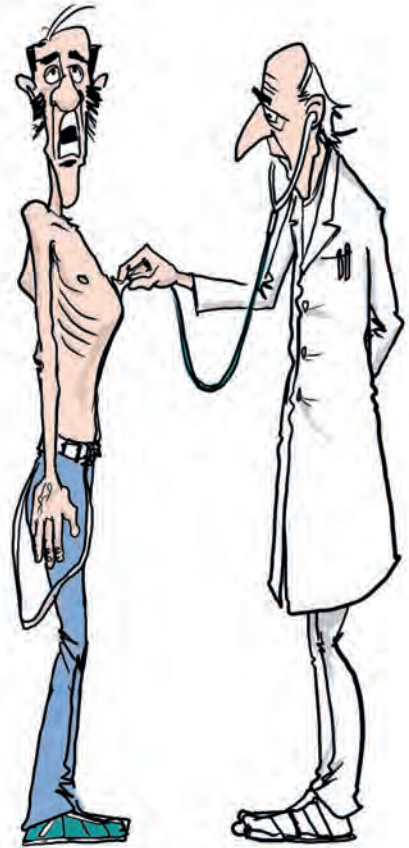
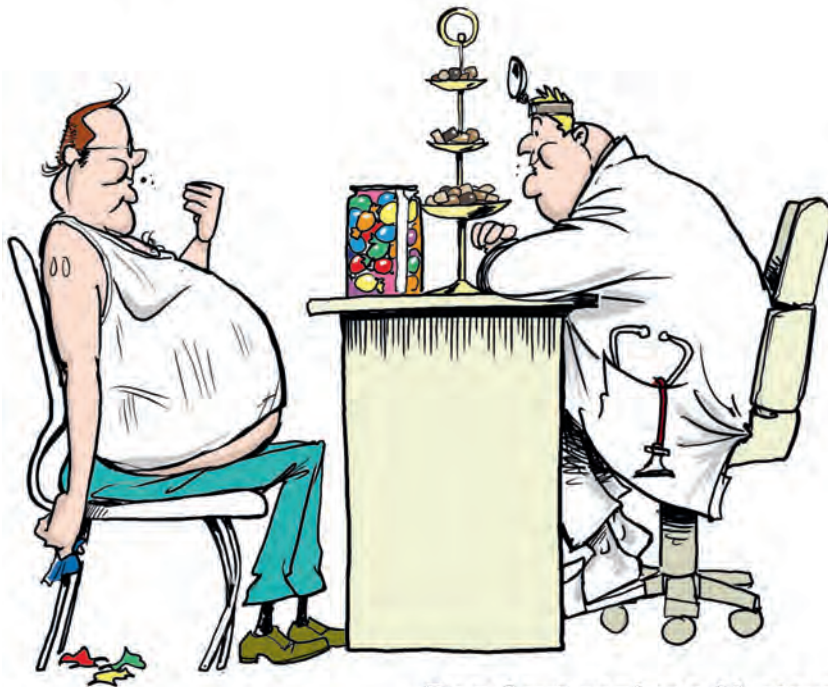
Zwangsrabatt wird verlängert

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) hat sich offenbar gegen die Stimmen der Union durchgesetzt: Der Zwangsrabatt für die Pharmaindustrie wird verlängert. Das heißt, Pharmakonzerne müssen an die Krankenkassen weiterhin hohe Abschlagzahlungen zahlen, berichtet die „Süddeutsche Zeitung“. Der im August 2010 um zehn Punkte auf 16 Prozent angehobene Zwangsrabatt gilt als wesentlicher Grund dafür, dass die Arzneimittelpreise im vergangenen Jahr so stark gefallen sind. Die Kassen konnten dadurch etwa 1,4 Milliarden Euro im Jahr sparen. Weil es um die Finanzen der GKV überraschend gut steht, hatte der Verband der forschenden Pharmahersteller gefordert, den Abschlag vorzeitig wieder einzudampfen, berichtet die „Süddeutsche“. Zuletzt hatte es in der Union Stimmen gegeben, die preislichen



Foto: Stockdisc

Auflagen für die Pharmabranche abzumildern. Das BMG sieht angesichts der konjunkturellen Unsicherheiten und der zu erwartenden Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung indes keinen Anlass, die Rabattregelung und auch das geltende Preismoratorium vorzeitig zu ändern. „Diese Regelungen sind weiterhin gerechtfertigt“, zitiert das Blatt das Ministerium. Das Preismoratorium bedeutet, dass Preiserhöhungen seit dem August 2010 weder mit der GKV noch mit der PKV abgerechnet werden dürfen. ck



Der Arzt meines Vertrauens

Kolumne

Zwangs-Rabattz

Zum Hinhören: Daniel „bar“-Bahr. Ist das Karneval? Wird Nomen Omen? Was immer an Gedankenspielen Freilauf haben will, Daniel „bar“-Bahr als eine Art doppelter Kalauer geht nicht. Denn der Bundesgesundheitsminister nimmt, das hat die Arzneimittelindustrie gerade irritiert feststellen müssen, Geld fürs Ressort gern in Form von Rabatten.

Aber woher diese für manchen überraschenden Nehmer-Qualitäten der FDP? Seit Rösler ins Wirtschaftsressort entsprungen ist, hört man von den Liberalen vorrangig aus dem Umfeld des Gesundheitsministers. Der „bar“-Bahr, so stellen die Medien fest, zeigt sich auch nach der Legislatur-Halbzeit kraftvoll und arbeitsam.

„bar“-Bahr reagiert akut dickhäutig, wenn es darum geht, das Fieber der kranken Kassen möglichst unten zu halten. Die Überschuss-Milliarden bleiben im Portemonnaie – und da ist, wir wissen es alle, fast chronisch viel Platz.

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

Aber woher dieser unbändige Wille, die Zwangsrabatte zu halten? Will das BMG eine intakte Finanzlage der GKV für Wahlzeiten vorbereiten? Dann wäre das – in dieser Logik – eine nachvollziehbare Zwangs-Wahl-Leistung.

Die kranken Kassen ficht das nicht an, sie haben nichts gegen gute Finanzen. Die Pharma-Industrie hingegen findet die

Rolle als Melkkuh dieser BMG-Taktik nicht so toll. Wobei sich schon die Frage stellt, wohin mit der Milch, wenn es keine hungerleidenden Kälbchen gibt.

Was für mich normal praktizierenden Zahnarzt bleibt, ist die Binse: Bei Geld hört jegliche Freundschaft auf. Und wenn das bei der FDP inzwischen so ist, dann könnte man meinen, hier sei jemand auf der Suche nach neuen Freunden. Sind die auf diese Weise unter den Wählern zu finden? Dann bleibt es beim Zwangs-Rabattz zur Minderung der Qualen bei unweigerlich anstehenden Wahlen, meint

Ihr vollkommener Ernst