

Gemeinsamer Bundesausschuss

Kurs auf Konsens

**EU und
Freie Berufe**

**Mobile
Versorgungsmodelle**



Foto: legabatch – Fotolia.com

■ *Kommandowechsel im G-BA: Hier klaren Kurs zu halten, ist eine Mammutaufgabe.*

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

der Wechsel auf der Kommandobrücke ist vollzogen: Mit Erscheinungsdatum dieser zm-Ausgabe hat der ehemalige Präsident des Bundesversicherungsamts, Josef Hecken, die Aufgabe als unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses von Dr. Rainer Hess übernommen.

Seit im Jahr 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Aufgabe des 2004 geschaffenen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als sektorenübergreifend definiert wurde, ist das Gremium, als „oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung“ im deutschen Gesundheitswesen tätig. Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und auch Krankenkassen treffen hier in einem Gremium von drei Unparteiischen und je fünf Parteiischen aus gesetzlichen Krankenkassen und andererseits fünf Vertretern aus Krankenhäusern, Vertragsärzte- und -zahnärzteschaft die Entscheidung, was in den Leistungskatalog der GKV gehört und was Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bedeutet. Das ist auch für erfahrene Kapitäne kein Optimisten-Kurs.

Insofern übernimmt CDU-Politiker Hecken ein schweres Erbe. Der Mann, der als saarländischer Gesundheitsminister seinerzeit die erste Filiale der Versandapotheke Doc Morris innerhalb der Bundesrepublik erlaubte, tritt in die Fußstapfen eines versierten ehemaligen KBV-Hauptgeschäftsführers, der den G-BA von Beginn an als Vorsitzender leitete. Hess hat es geschafft, dass der G-BA seiner Zwitterrolle als ausführendem Organ des Gesetzgebers und als institutionell verkörperter Macht der Selbstverwalter (so die jeweils kritische Außensicht von Nichtbeteiligten) mit wachsender Selbstverständlichkeit gerecht werden konnte. Nicht umsonst wurde die Nachfolge des scheidenden Hess lange und heftig diskutiert.

Vielleicht war es die besondere Eigenschaft des bisherigen höchsten Unparteiischen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss seine Aufgabe in der zurückliegenden Gründungsphase ohne Grundsatzdiskussionen oder fundamentale Oppositionen erfüllen konnte. Hess fuhr klaren Kurs und wurde seiner Aufgabe als Neutraler – trotz vorheriger Provenienz – augenscheinlich gerecht, ohne dass dem Vorsitzenden Tendenziösität unterstellt wurde.

Das ist wohl auch einer der ausschlaggebenden Gründe, warum der Bundesausschuss sich selbst ohne Aufbegehren anderer das Image des „kleinen Gesetzgebers“ (sic!) geben konnte. Hecken, dessen politischer Stallgeruch sicherlich nicht von allen als vorteilhaft aufgenommen wird, muss sich auf dem neuen Parkett mit Diplomatie bewegen, wenn er die Arbeit des G-BA in ähnlichen Bahnen halten will wie sein Vorgänger. Dass ein in dieser Rolle oft erforderlicher Spagat sich anders anfühlt als ein fester Stand, dürfte er aber aus der Politik kennen.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: BGA/ Titelfoto: Foto-Dock, Eberhard Petzold

Zum Titel

Er ist das mächtigste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, der Gemeinsame Bundesausschuss. Zum 1. Juli bekommt er mit Josef Hecken einen neuen Vorsitzenden, der den bisherigen, Dr. Rainer Hess, ablöst.

Seite 30




Foto: DocStock

Alkohol und Medikamente sind für immer mehr Senioren ein echtes Suchtproblem. Nur langsam entwickelt sich ein Bewusstsein für die Problematik.

Seite 28

Editorial	3	Barmer-GEK-Medizinkongress: Versorgung auf dem Prüfstand	24
Leserforum	6		
Leitartikel			
BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel über die Konvergenz von PKV- und GKV-System	8		
Nachrichten	10		
Gastkommentar			
Der gesundheitspolitische Fachjournalist Dr. Andreas Lehr über den herannahenden Bundestagswahlkampf	18		
Politik und Beruf			
Demografischer Wandel: Bewegte Zahnmedizin	20		
		Aus den Ländern	
		6. Mitteldeutsches Medienseminar: Die Säule D	26
		Gesundheit und Soziales	
		Alkohol und Medikamente: Suchtgefahr steigt mit dem Alter	28
		Titelstory	
		Gemeinsamer Bundesausschuss: Kurs auf Konsens	30
		Zahnmedizin	
		Der besondere Fall: Primäre synoviale Chondromatose im Kiefergelenk	36

 Der aktuelle klinische Fall: Diffuse Blutungen bei akuter Immunthrombozytopenie **40**

Die klinisch-ethische Falldiskussion: Vernachlässigung eines Sechsjährigen **44**

Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI): Validierung von Reinigungs- und Desinfektionsverfahren **48**

Medizin
Repetitorium: Durch Zecken übertragene Erkrankungen **50**

Tagungen
Hirschfeld-Tibertius-Symposium: Ernährung und Mundgesundheit **56**

Foto: ddpimages



Das CHE Hochschulranking soll helfen, nach der Schule die richtige Uni zu finden. Dieses Jahr steht die Zahnmedizin im Fokus – 200 000 Studenten und 15 000 Professoren haben dazu ihren Campus bewertet.

Seite 84

Foto: D. Pakosch, M. Kunkel



Petechiale Blutungen hier am Unterschenkel der Patientin deuten auf eine Immunthrombozytopenie hin, die bei einer Zahnbehandlung gesonderte Beachtung finden muss.

Seite 40

Foto: MEV



Immobilien sind eine gute Möglichkeit, einen Kredit bei der Bank abzusichern. Es gibt noch andere Wege, seine Redlichkeit darzulegen.

Seite 78

Fachforum	58	Praxismanagement	Industrie und Handel
Rezensionen	60	Praxismarketing: Den Patienten in die Praxis lotsen	Firmenporträt: Tokuyama Dental 91
Veranstaltungen	62	EDV und Technik	Neuheiten 92
Bekanntmachungen	74	CHE-Hochschulranking 2012: Universitäre Lehre im Fokus	Letzte Nachrichten 119
Impressum	75	Uni Bonn: Rankings nicht überbewerten	Zu guter Letzt 122
Finanzen		Internationales	
Kontovollmacht: Übertragung mit Tücken	76	Freie Berufe in Europa: Vielfalt in der Einheit	88
Kreditsicherheiten: Schutzschirm aufspannen	78	Persönliches	90



Zu süß

■ Zum Beitrag „Die richtige Dosis“ in zm 11/2012:

Mit Interesse habe ich Ihren Artikel zum Thema Trink-Empfehlungen für Kleinkinder gelesen. Insgesamt hat mir der Artikel gut gefallen, dem letzten Abschnitt muss ich aber widersprechen: Ich habe selbst zwei Kinder, die gestillt wurden beziehungsweise noch werden. Beide Kinder haben häufig abgepumpte Muttermilch bekommen, so dass ich durchaus schon einmal ein paar Tröpfchen davon kosten konnte – mir wäre sie zu süß!



Foto: MEV

Auf keinen Fall kann die Rede davon sein, dass Erwachsene den Geschmack der Muttermilch nicht als süß bezeichnen würden. Und mit dieser Meinung bin ich nicht alleine, das bestätigt mir jede Mutter, die einmal auch nur „ausgelaufene“ Muttermilch vom eigenen Finger geleckt hat. Ich würde sogar behaupten, dass viele Leute auf Zucker in Tee oder Kaffee verzichten könnten, wenn sie statt Vollmilch oder Kondensmilch Muttermilch nehmen würden.

Maren Kischporski
maren.naber@arcor.de

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

Parteiisch

■ Zum Beitrag „Die andere Meinung: Alternativmedizin“ in zm 9/2012:

Herr Bertelsen ist sich nicht zu schade, vor „Kollegoiden“ zu warnen. Diese Argumentation ist ein Beleg für die Gräben zwischen der naturwissenschaftlichen und der ganzheitlichen Medizin und Ausdruck des Bemühens, sie zu vertiefen.

Die gesundheitlichen Herausforderungen der Gegenwart verlangen jedoch eine Synthese und ein sich gegenseitig befruchtendes Verhältnis beider Auffassungen von Wissenschaft. Hinsichtlich der Therapieoptionen wissenschaftlicher Medizin sieht Prof. Bernard Lown (der Kardiologe, der den Defibrillator erfunden hat) das Problem, dass „nur etwa 25 Prozent aller Patienten“ erfolgreich behandelt würden, jedoch 75 Prozent mit Problemen kämen, „die für die medizinische Wissenschaft nur schwer lösbar“ seien [Lown, B., 2003: Die verlorene Kunst des Heilens – Anleitung zum Umdenken, Suhrkamp TB 3574, Stuttgart, S. 35, S. 157f.]. Mag auch Fortbildung unterschiedlichster Art der Kollegenschaft zu Recht ans Herz gelegt werden, mehr Kompetenz in Explantation und Totalprothetik löst die von Lown benannte Krise in der Medizin keineswegs.

Auch aus erkenntnistheoretischer Sicht ist die dichotomische Zuschreibung des Unseriösen an die Adresse der „Alternativmedizin“ und die Proklamation der Seriösität für die „Evidenzbasierte Medizin“ eher Beleg eines szientistischen quasireligiösen Fana-

tismus als eine praktisch brauchbare Scheidelinie.

Bertelsens Artikel ist ein Beispiel für eine Wissenschaft, die aufgrund ihrer Spezialisierung in den Fehler verfällt, ihre Wahrnehmung zu generalisieren, eine Tendenz, die schon Victor Frankl als kritikwürdig hervorgehoben hat:



„Heute leben wir in einem Zeitalter der Spezialisten. [...] Die terribles généralisateurs aber bleiben nicht einmal bei ihrem Leisten, sondern verallgemeinern ihre Forschungsergebnisse“ [Frankl, Victor E., 2007: Ärztliche Seelsorge, 11. Auflage, dtv München, S. 46].

Demgegenüber möchte ich ein Wissenschaftsverständnis entwickelt sehen, das Albert Einstein definierte: „Wissenschaft [...] ist eine Tätigkeit von Menschen, die in der Lage sind, logische Rationalität mit Intuition zu kombinieren (im Gegensatz zur Spengler'schen Annahme ihrer Unvereinbarkeit)“ [Holton, G., 2000: Das Antiwissenschafts-Phänomen; In: G. Holton (Hrsg.): Wissenschaft und Anti-Wissenschaft, Springer Wien/New York, S. 159], eine Sicht, die über den positivistischen Reduktionismus hinausgeht, der sich seit Virchow im 19. Jahrhundert

vor allem in den Naturwissenschaften etabliert hat.

Karen Gloy verweist darauf, dass „ein neues Paradigma, basierend auf dem Gedanken der Selbstorganisation, der Chaosforschung und fraktalen Geometrie im Begriffe [sei], das alte [reduktionistische Modell] definitiv zu verdrängen,“ [Gloy, Karen, 1996: Das Verständnis der Natur, Band 1: Die Geschichte des naturwissenschaftlichen Denkens; Band 2: Die Geschichte des ganzheitlichen Denkens, C. H. Beck, München, Band 2, S. 155].

Eine konstruktive Auseinandersetzung mit diesem neuen Paradigma wäre anders zu führen, als Herr Bertelsen es vorgibt. Es stände der zm als Zeitschrift aller deutschen Zahnärzte gut zu Gesicht, die Diskussion darüber zu fördern, statt durch parteiische Veröffentlichungsbeschränkungen wie in der Vergangenheit zu verhindern.

Dr. med. dent. Norbert
Guggenbichler
Louisenstr. 19
61348 Bad Homburg

Aus der Seele

■ Zum Beitrag „Die andere Meinung: Alternativmedizin“ in zm 9/2012:

Glückwunsch zu Ihrem genialen Artikel in den zm. Sie sprechen vielen Kollegen aus der Seele!

Dr. Achim de Vries
info@zahnheilkunde-devries.de



Foto: BZÄK-Pietschmann

Keine Vabanquespiele

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

Sommerpause in Deutschlands Bundeshauptstadt? Wer in den letzten Wochen aus berufspolitischer Warte das Geschehen im Gesundheitswesen verfolgt hat, registrierte kaum Betrieb auf den Großbaustellen der Reformen. Doch daraus zu schließen, in dieser Legislatur werde nur noch „Kleinkram“ erledigt, ist zu kurz gedacht.

Denn unter der vermeintlich glatten Decke parlamentarischer Sommerfrische rütteln die gesundheitspolitischen Parteiprotagonisten weiterhin an den Säulen unseres Systems. Die von Karl Lauterbach (SPD) und Jens Spahn (CDU) geäußerten Vorstellungen zur Zukunft des Gesundheitswesens lassen wenig Zweifel: Beide hinterfragen das duale System der deutschen Krankenversicherung.

Die Betroffenen selbst halten kaum dagegen. Die Krankenversicherer machen zurzeit wenig Anstalten, ihre marode Systematik durch Eigeninitiative zu reformieren und damit manifeste Kritik zu entschärfen.

Im Gegenteil: Die Erfahrungen der letzten Monate, nicht zuletzt die mit der Novellierung der GOZ, haben bestätigt, dass die

Versicherer selbst die reine Lehre einer strikten Trennung der Systeme nicht mehr verteidigen. Da werden Öffnungsklauseln für die PKV gefordert, da will die GKV private Teile der Honorarabrechnungen kontrollieren. Konvergenz lautet das in vorausweisendem Gehorsam erfolgende Gebot der Stunde. Und das in Zeiten, in denen die Volksparteien

schon wieder auf die Bundestagswahl zusteuern. Deshalb gilt: Wenn eher Wahlgeschenke angesagt sind, wird sich die Legislative kaum auf für die Wählerschaft unbehagliche Wahrheiten stürzen wollen. Insofern hat

Deutschlands Zahnärzteschaft allen Unkenrufen zum Trotz gut daran getan, die begleitete GOZ-Novelle nicht zu verhindern.

Deutschlands Ärzteschaft hingegen kann schon jetzt ein Lied davon singen, wie schwer es ist, unter den gegenwärtigen Vorzeichen an einer GOÄ-Novelle mitzuarbeiten, die ohne restriktive Nachteile für den Berufsstand ausgeht. Der von uns beschrittene, in weiten Teilen vorher stark bekämpfte Weg zur inzwischen gut gelebten Honorarreform ohne Öffnungsklausel hat sich als wichtig und richtig herausgestellt. Ob den Ärzten, die zurzeit in einer diffusen Gemengelage aus drohender Öffnungs-

klausel oder gar Regelsatznormierung mit aufgesetzten Selektivverträgen gegen den Strom anschwimmen müssen, ein vergleichbarer Erfolg beschieden ist, steht infrage. Wir wünschen der Ärzteschaft, die in Zeiten der GOZ-Novellierung unsere Argumentation mit gestützt hat, dabei Erfolg und eine ebenfalls glückliche Hand. Und natürlich werden wir die ärztliche Kollegenschaft, wo wir können, unterstützen.

Entscheidend für die Zukunft der medizinischen und der zahnmedizinischen Versorgung Deutschlands dürfte aber sein, dass die Gemeinschaft der Heilberufe die systemischen Fragen beantwortet. Natürlich müssen wir uns, wie die Versicherer auch, um „die Bäume“ kümmern. Aber wir müssen dabei den Wald im Blick behalten: Schließlich geht es darum, fatale Fehlentscheidungen zu verhindern, deren Folgen in den Gesundheitssystemen europäischer Nachbarstaaten, zum Beispiel der staatlichen Einheitsversicherung in Großbritannien, offensichtlich sind. Darauf müssen wir achten, wenn wir uns in den kommenden Monaten mit unausgegorenen Träumen einer Bürgerversicherung auseinandersetzen müssen.

Wir werden klar machen müssen, dass Experimente wie in den Niederlanden mit ihrer in Richtung Privatisierung der staatlichen Systematik drängenden Versorgung, die auch nicht in all ihren Details golden glänzt, mit Vorsicht zu verfolgen sind.

Wer also nachhaltig reformieren will, muss differenziert vorgehen. Patentrezepte, die darauf abzielen, nur noch auf eine Finanzierungssäule zu setzen, sind Vabanquespiele mit extrem hohem Risiko. Vorher sollte alles dafür getan werden, die tragenden Säulen vernünftig zu reformieren. Das ist angesagt, so wir nicht eines Tages vor den Ruinen eines ehemals gut funktionierenden Systems stehen wollen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Bundesrat**Organspende-Reform ist besiegelt**

Die Bundesbürger werden künftig regelmäßig nach ihrer Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod gefragt. Der Bundesrat gab grünes Licht für die Organspende-Reform und setzte einen Schlusspunkt unter jahrelange Debatten. Das Ende Mai im Bundestag beschlossene Gesetz kann damit in Kraft treten. Heute sterben in Deutschland von den 12 000 Menschen, die auf eine Spende warten, jeden Tag drei. Um die Spendenbereitschaft zu erhöhen, sollen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen den Versicherten ab 16 Jahren Infor-

mationen und einen Organspendeausweis zuschicken. Auch bei der Passausgabe in den Ämtern sollen die Bürger die Unterlagen erhalten. Verankert wird die sogenannte Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz. „Das ist ein starkes Signal an die Bevölkerung, sich mit der Organspende zu beschäftigen“, sagte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP). „Viel zu wenig Menschen, sind konkret bereit, einen Organspendeausweis auszufüllen“, beklagte er. Bisher hat nur ein Viertel der Deutschen einen Spenderausweis. mg/dpa

Psychische Störungen**Ein Drittel der Deutschen ist betroffen**

Ein Drittel der Deutschen ist pro Jahr von psychischen Störungen betroffen. Das fanden das Robert Koch-Institut (RKI) und die TU Dresden im Rahmen des neuen Gesund-



somatoforme Erkrankungen. Die häufigsten Erkrankungen bei Männern sind dagegen neben Suchterkrankungen – vor allem Alkoholsucht – Angst- und depressive Störungen. Nach wie vor litten Frauen etwas häufiger an psychischen Störungen als Männer, allerdings werde der Unterschied immer geringer. Psychische Störungen beginnen demnach überwiegend bereits vor dem 18. Lebensjahr und schränken unbehandelt die Lebensqualität über Zeiträume bis zu Jahrzehnten deutlich ein. Bei mehr als einem Drittel der Betroffenen münden die psychischen Störungen, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden, in einen langjährigen chronischen Verlauf mit vielfältigen Komplikationen, so die Studie. ck/pm

Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt**Apothekenbetriebsordnung tritt in Kraft**

Foto: shock – Fotolia.com

Die vierte Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist im Bundesgesetzblatt verkündet worden. Die geänderte ApoBetrO tritt am 12. Juni 2012 in Kraft. Die Verordnung stammt aus dem Jahr 1987 und bedurfte laut einer Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums „einer grundlegenden Überarbeitung. Die jetzigen Änderungen sind in einem zweijährigen Verfahren intensiv diskutiert und beraten worden.“ Sie betreffen im wesentlichen Vorgaben zur Verbesserung der Qualität der Arzneimittelherstellung

sowie deren Dokumentation und zur Information und Beratung in den Apotheken. Die Kunden in Apotheken würden zukünftig mehr Vertraulichkeit bei der Beratung vorfinden und die verpflichtenden Qualitätsmanagementsysteme würden die Qualität aller Serviceleistungen der Apotheken weiter verbessern, heißt es in der Mitteilung. Die Verordnung leiste insgesamt einen Beitrag zu mehr Arzneimittelsicherheit bei einem gleichzeitigen Abbau nicht mehr gerechtfertigter bürokratischer Lasten. sf/pm

Aktuelle Umfrage**FDP verliert Gunst der Mediziner**

Eine aktuelle Umfrage im Ärztenetzwerk Hippokranet offenbart, dass die FDP bei ihrer Stammwählerschaft offenbar dramatisch verliert. Gaben früher fast 60 Prozent an, die FDP zu unterstützen, so seien es jetzt nur noch 17,5 Prozent, die für die FDP im kommenden Bundestagswahlkampf im Warte- und im Sprechzimmer werben wollen, berichtet der Nachrichtendienst „änd“. Auf die Frage: „Würden Sie im kommenden Wahlkampf die

FDP unterstützen?“ antworteten von den befragten 857 Ärzten und Zahnärzten 42,2 Prozent mit: „Habe ich früher gemacht, jetzt aber nicht mehr!“ Dagegen erklärten 10,9 Prozent: „Habe ich noch nie gemacht, und das bleibt auch so.“ Mit „Ja“ antworteten demnach rund 17,5 Prozent, während 24,2 Prozent mit „Nein“ und 5,3 Prozent mit: „Politik gehört nicht in die Arztpraxis!“ antworteten. sf/pm

Krankenhaus Rating Report

Vielen Kliniken droht Pleite

Patienten in Deutschland stehen künftig weniger, aber womöglich bessere Krankenhäuser zur Verfügung: Fast jeder sechsten der rund 2.050 Kliniken droht laut einer neuen Studie die Pleite. Sind heute 15 Prozent in Insolvenzgefahr, waren es 2011 noch zwölf und im Jahr davor nur zehn Prozent. Kleine kommunale Kliniken sind besonders betroffen. Experten raten darum zu Spezialisierung. Den Patienten könne das nutzen.

Schlechter schneiden Häuser mit geringerer Qualität und weniger zufriedenen Patienten ab – so hebt es der „Krankenhaus Rating Report 2012“ hervor, der auf

dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit in Berlin vorgestellt wurde. Viele der rund 300 Kliniken in kritischer Lage könnten nicht mehr über Jahre weitergeführt werden, sagte Studienautor Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung. Steigende Löhne und Energiekosten sowie Strukturprobleme zählen zu den Gründen.

Die Forscher sehen den Milliardenmarkt der Kliniken vor einem Wendepunkt. Auch künftig stiegen die Kosten stärker als die Erlöse. Kleine Häuser mit großem Angebot und hohen Kosten hätten immer weniger eine Zukunft.



Foto: Tyler Olson – Fotolia.com

„Spezialisierte Kliniken sind wirtschaftlich signifikant besser aufgestellt“, sagte Augurzky. Kliniken ohne erkennbare wirtschaftliche Zukunft und nennenswerter Bedeutung für eine Region sollten aufgegeben werden. Der Verband der gesetzlichen Krankenkassen dringt die Kliniken zu

mehr Wirtschaftlichkeit. „Wenn einzelne, unrentable Kliniken schließen, ist die Versorgung angesichts der hohen Krankenhausedichte insgesamt nicht in Gefahr, auch wenn es im Einzelfall etwa auf dem Land längere Wege bedeuten könnte“, sagte Verbandsprecherin Ann Marini. mg/dpa

Vertreterversammlung**EU-Finanzkrise tangiert auch apoBank**

Obwohl die apoBank in den vergangenen zwei Jahren in ihrem Kerngeschäft punkten konnte, muss sie um Verbriefungen bei Auslandsgeschäften bangen. Diese Doppelbotschaft vermeldete der Vorstandssprecher der Bank, Herbert Pfennig, den 170 Delegierten auf der Vertreterversammlung der Genossenschaftsbank am 15.06.2012 in Düsseldorf. Trotzdem reicht es für die Mitglieder für eine Dividende von vier Prozent.

Laut Pfennig hat sich das operative Geschäft der Bank mit den Kunden sowohl 2011 als auch in



Foto: kreativ – Fotolia.com

diesem Jahr positiv entwickelt. Dafür stehe, dass die Bank bislang über 13 000 Neukunden gewinnen konnte. Auch das Kreditgeschäft laufe weiter erfolgreich, die Neuausleihungen der ersten fünf Monate betrug fast zwei Milliarden Euro.

Immer noch belastet ist das Auslandsgeschäft der Bank in einigen kriselnden EU-Staaten: Nachdem die Bank 2011 allein in Griechenland 75 Millionen Euro abschreiben konnte, kamen dieses Jahr noch einmal zehn Millionen Euro dazu. Pfennig: „Damit haben wir aber das Thema Griechenland nun wirtschaftlich vollständig verarbeitet.“

Allerdings hat die apoBank laut den Angaben des Vorstandssprechers in Spanien noch einiges Geld einzutreiben: Auf 180 Millionen Euro belaufen sich die For-

derungen der Bank gegen dortige Finanzinstitute. Pfennig baut darauf, dass die kürzlich angekündigten Notkredite der EU an Spanien die Ausfallgefahren mindern.

Erschwerend käme hinzu, dass die Bank rund 330 Millionen an strukturierten Finanzprodukten in Spanien halte, so Pfennig. Sollte an das Geld nicht mehr heranzukommen sein, wolle die apoBank die mit dem Bundesverband der Deutschen Volksbanken und Raiffeisenbanken (BVR) getroffene Garantievereinbarung in Anspruch nehmen.

Aus Altbeständen bestehen für die apoBank derzeit noch Verbindlichkeiten mit italienischen, portugiesischen und irischen Kreditinstituten. „In einigen Ländern ist die Lage sehr angespannt“, sagte Vorstandsmitglied Dr. Thomas Siekmann in Düsseldorf. Zwar wurden von Siekmann keine Summen genannt, doch geht er davon aus, dass die Staatsschuldenkrise in diesen Ländern „noch ein ganze Weile dauern wird“. Prognosen seien daher sehr problematisch. Unterdessen erteilten in Düsseldorf die Vertreter sowohl dem Vorstand als auch dem Aufsichtsrat einstimmig die Entlastung für das Geschäftsjahr 2011. Auch stimmte die VV der Verwendung des Bilanzgewinns 2011 in der vorgeschlagenen Form zu, einschließlich Gewinnbeteiligung der Mitglieder und Stabilisierung der Rücklagen mit 10 Mio. Euro. Zur Stärkung ihres Eigenkapitals zieht die apoBank auch eine Erhöhung ihrer Mitgliedsanteile in Erwägung. sg

GKV-Milliarden**Spahn kritisiert Krankenkassen**

Angesichts von Milliarden-Reserven in der GKV hat der CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn den Krankenkassen vorgeworfen, mit dem Geld der Versicherten nicht sorgfältig genug umzugehen. „Die Kassen verbrennen Geld“, sagte der Bundestagsabgeordnete der Zeitung „Die Welt“. „Es ist sinnvoller, Prämien an Versicherte auszuschütten, als es für ein Prozent Zinsen mit Wertverlust anzulegen.“ Eine Prämienausschüttung lehnen die Krankenkassen bislang ab. Nach Angaben ihres Spitzenverbandes GKV verfügen sie derzeit über zehn Milliarden Euro Rücklagen. Sie dürfen sie laut Sozialgesetzbuch nur in bestimmte, sehr sichere Anlagen investieren. Der Durchschnitts-Zins für deutsche öffentliche Anleihen, die sogenannte Umlaufrendite, liegt aktuell bei 1,05 Prozent, schreibt



Foto: CDU-CSU

„Die Welt“. Die Vorsitzende des Krankenkassen-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, hatte zuletzt eingeräumt, die Finanzlage sei zwar „so gut wie seit langem nicht mehr“. Das Polster sei aber angesichts zu erwartender Ausgabesteigerungen für die Gesundheit von knapp zehn Milliarden Euro in den nächsten beiden Jahren und der konjunkturellen Risiken im Euro-Raum nicht so reichlich, „dass man nun das Geld zum Fenster rauswerfen kann“. eb/dpa

DGPro**Neuer Vorstand**

Foto: DGPro

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien e.V. (DGPro) fand gemeinsam mit der AG Dentale Technologie in Böblingen statt. In der Jahreshauptversammlung wählten die Mitglieder einen neuen Vorstand. Der bisherige Präsident, Prof. Dr. Michael Walter, Dresden, schied nach zwei Amtsperioden satzungsgemäß aus dem

Vorstand aus und wird von Prof. Dr. Matthias Kern (Foto links), Kiel, abgelöst. In seine bisherige Position des Vizepräsidenten folgt Prof. Dr. Meike Stiesch, Hannover. Der Vizepräsident ZA Uwe Diedrichs (Foto rechts), Vaduz/Liechtenstein, und der Sekretär, Prof. Dr. Thomas Morneburg (Foto: zweite von rechts), Bamberg, wurden in ihren Ämtern bestätigt. sp/pm

Freie Berufe**Zahl der Selbstständigen steigt**

Zum Jahresbeginn ist die Zahl der Selbstständigen in den Freien Berufen auf rund 1 192 000 gestiegen. Dies ist ein Plus von knapp 4,3 Prozent gegenüber dem Vorjahreswert von 1 143 000. Nach Aussage von BFB-Präsident Dr. Rolf Koschorrek belege die aktuelle Statistik zu den Selbstständigen in den Freien Berufen ihren Status als Zukunfts- und Wachstumsmarke. Offenbar hätten auch die krisenhaften Erscheinungen auf den Finanzmärkten und in der Wirtschaft die Nachfrage nach Vertrauensdienstleistungen stimuliert. In den vier Säulen zeigten sich jedoch unterschiedliche

Werte. Mit 5,8 Prozent wuchsen die Freien Heilberufe am stärksten, von 344 000 auf 364 000. Die Freien rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufe kletterten um 4,5 Prozent, von 310 000 auf 324 000.

Die Freien technisch-naturwissenschaftlichen Berufe legten um 4,4 Prozent zu, von 204 000 auf 213 000. Die Freien Kulturberufe wuchsen um 2,1 Prozent, von 285 000 auf 291 000. Der Zuwachs der Zahl der Selbstständigen in berufsrechtlich geregelten Freien Berufen beträgt knapp 0,4 Prozent.

Als Arbeitgeber werden die Freien Berufe immer wichtiger,



Foto: MEV

konnten sie erneut Stellen aufbauen. Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten stieg laut BFB-Bericht um drei Prozent, von 2 703 000 auf 2 784 000. Die Zahl der Auszubildenden sank von 128 000 auf 125 000. Die Dynamik unterstrei-

che, dass die Freien Berufe den Strukturwandel hin zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft verkörpern. Leistungsträger des Fortschritts würden zunehmend die hoch qualifizierten und kreativen Köpfe aus freiberuflichen Feldern sein. sf/pm

Griechenland

Gesundheitssystem vor dem Kollaps

Die Lage in den griechischen Krankenhäusern wird wegen der Finanzkrise immer dramatischer. Die größte Klinik in der nördlichen Hafenstadt Thessaloniki führt keine kardiologischen Untersuchungen und Operationen mehr durch.



Die Apotheker-Verbände wandten sich in einem Brief an den Chef der EU-Task Force für Griechenland, den deutschen Finanzexperten Horst Reichenbach, und baten dringend um Hilfe. Das Land brauche mindestens 1,5 Milliarden Euro für Medikamente und medizinisches Material. „Meine Kollegen können keine Stent-Implantationen mehr

durchführen“, sagte ein Klinikarzt. Das Krankenhaus habe kein Geld mehr, um Stents zu kaufen. Die Staatsanwaltschaft in Thessaloniki ordnete eine Untersuchung an. Dabei soll festgestellt werden, inwiefern der Mangel an medizinischem Material Menschenleben gefährdet.

Die Großhändler von Medikamenten und medizinischem Material beliefern die wichtigsten Krankenhäuser nur noch gegen Barzahlung. Auch hunderttausende Versicherte der größten Krankenkasse EOPYY müssen ihre Medikamente bar in den Apotheken bezahlen und sich anschließend mit der Quittung an die Krankenkasse wenden. „Es ist mehr als dringend notwendig, dass die Krankenkasse EOPYY mit 1,5 Milliarden Euro unterstützt wird. Das Gesundheitssystem bricht zusammen“, warnen die Apothekerverbände des Landes. eb/dpa

BMG-Studie

Zahl der Adipösen steigt

Die Zahl der extrem dicken Deutschen steigt einer neuen Untersuchung für das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zufolge immer weiter an. Zwar sei ungefähr die Hälfte der Bevölkerung regelmäßig körperlich aktiv, berichtete das Nachrichtenmagazin „Focus“ vorab unter Berufung auf die Studie. Andererseits nehme die Zahl der Ultra-Dicken in Deutschland rapide zu. Der Anteil der Übergewichtigen ist den Angaben zufolge seit der Vorgängerstudie von 1998 mit 68 Prozent bei den Männern und 53 Prozent bei den Frauen ungefähr gleich geblieben. Ein knappes Viertel gehe jedoch mit einem Body-Mass-Index von mehr als 30 durchs Leben und gelte daher als adipös. 1998 lag dieser Wert bei den Männern um knapp 20 Prozent und bei den Frauen um knapp drei Prozent niedriger, schreibt



Foto: Pejo – Fotolia.com

das Magazin. Entsprechend stark – nämlich um 31,5 Prozent bei den Männern und 23 Prozent bei den Frauen – habe der Anteil der Diabetiker zugenommen. Er betrage nun 7,1 beziehungsweise 7,5 Prozent. Eine mögliche Erklärung ist „Focus“ zufolge zu großes Vertrauen in die Wirkung von mäßiger körperlicher Ertüchtigung. Die Empfehlung der WHO, sich pro Woche mindestens 2,5 Stunden körperlich zu betätigen, erreichen nur 25 Prozent der männlichen und 15 Prozent der weiblichen Probanden. In die Untersuchung wurden mehr als 8000 Deutsche einbezogen. eb/dpa

Neue Ausgabe des ZahnRat

Elternratgeber zur Kieferorthopädie

Die Patientenzeitung ZahnRat beschäftigt sich in ihrer neuen Ausgabe 75 vom Juni 2012 mit der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen. Sie wurde von der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern unter der maßgeblichen Mitarbeit von Prof. Dr. Franka Stahl de Castrillon und Dr. Anja Salbach aus der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Universität Rostock erstellt. Der Ratgeber vermittelt den Eltern und Patienten wie man Zahn- und Kieferfehlstel-

lungen bei Kindern vorbeugen kann. Er geht darauf ein, wann der richtige Zeitpunkt zur Überprüfung der Zahnstellung bei Kindern ist und welche Möglichkeiten der kieferorthopädischen Behandlung existieren. Der ZahnRat sagt den Eltern, welche Aufgaben sie bei der kieferorthopädischen Behandlung ihrer Kinder haben. Zudem erläutert erläutert er die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse. Herausgeber sind die (Landes-)Zahnärz-

tekammern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. pr/pm

■ **Nachbestellungen sind über den Verlag Satztechnik Meissen GmbH, Am Sand 1c, 01665 Nieschütz bei Meissen möglich. Telefon 03525 7186-0, Telefax 03525 7186-12, E-Mail: sperling@satztechnik-meissen.de**

Preise inklusive Versand (zzgl. MWSt.): 10 Exemplare: 5,00 Euro, 20 Exemplare: 8,00 Euro, 30 Exemplare: 12,50 Euro, 40 Exemplare: 15,40 Euro, 50 Exemplare: 18,20 Euro

Auch unter: www.zahnrat.eu, www.zahnrat.net

Tag der Zahngesundheit

Jetzt Info-Pakete bestellen



Ohne die Mitarbeit der Zahnarztpraxen ist der 25. September kein Tag der Zahngesundheit. Zur Unterstützung kann auch dieses Jahr wieder ein umfangreiches Info-Paket für die Patientenaufklärung angefordert werden. Es wurde vom Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“ zusammengestellt und beinhaltet unter anderem Poster, Merkblätter, Broschüren und Produktproben

rund um das Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“. Das Info-Paket ist beim Verein für Zahnhygiene e.V. in Darmstadt ab Anfang Juli erhältlich. Weitere Informationen gibt es auf der Homepage www.tag-der-zahngesundheit.de.
sf/pm

■ Zum Prozedere: Bitte überweisen Sie vorab die Gebühr von 7,50 Euro mit Angaben Ihrer Lieferadresse auf folgendes Sonderkonto: Verein für Zahnhygiene e.V.
Konto: 58 99 42
BLZ 508 501 50
Sparkasse Darmstadt



Faxen (06151-1 37 37-30) oder schicken Sie dann Ihren Zahlungsbeleg (Kopie) mit Adresse/Praxisstempel anschließend einfach als Anforderung für Ihr Info-Paket:
Verein für Zahnhygiene e.V.
Liebigstraße 25
64293 Darmstadt

Medizinischer Fakultätentag

Kroemer ist neuer Präsident

Prof. Hayo Kroemer, Dekan der Universitätsmedizin Greifswald, ist neuer Präsident des Medizinischen Fakultätentages (MFT). Er wurde in Göttingen zum Nachfolger von Prof. Dieter Bitter-Suermann gewählt. Nach einem Jahr als Vizepräsident des MFT war Bitter-Suermann, gleichzei-

tig Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover, 2009 zum Präsidenten gewählt worden. Von Anbeginn hatte er mitgeteilt, dass er nur für eine Amtsperiode (drei Jahre) als Sachwalter der Fakultäten für den MFT zur Verfügung stehen werde.

eb/pm

Meningokokken**Impfstoff aus Australien**

Australische Forscher haben wichtige Erkenntnisse bei der Entwicklung eines Impfstoffs zum Schutz gegen Meningokokken der Gruppe B gewonnen. Peter Richmond, Professor an der University of Western Australia (UWA) in Perth, fasste die Untersuchungsergebnisse in einem Artikel für das Journal „The Lancet Infectious Diseases“ zusammen. Darin erklärt er, dass der mögliche Impfstoff in klinischen Studien für sicher befunden wurde und eine wirksame Immunreaktion ausgelöst hatte. Richmond: „Die Entwicklung eines Impfstoffs zum Schutz gegen Typ-B-Meningokokken ist besonders für den Westen Australiens und für viele Regionen in Europa und Amerika wichtig, wo diese Art der Meningokokken-Erkrankung am weitesten verbreitet ist. Während Kinder in Australien routinemäßig gegen Typ-C-Meningokokken geimpft werden, ist derzeit noch kein Impfstoff zum Schutz gegen



Foto: summersgraphicinc/Fotolia

Meningokokken der Gruppe B erhältlich.“ An der Phase-2-Studie nahmen 539 gesunde Jugendliche aus 25 Orten in Australien, Polen und Spanien teil, um Sicherheit und Immunreaktion des „Lipoprotein 2086“-Impfstoffs zu testen. Die Ergebnisse zeigten, dass der Impfstoff Antikörper gegen 90 Prozent der getesteten invasiven Meningokokken der Serogruppe B bildet. Diese Bakterienart verursache häufig Hirnhautentzündungen und Blutvergiftungen und könne sich schnell folgeschwer ausbreiten. Besonders Kleinkinder im Alter von ein bis zwölf Monaten und Jugendliche seien von Meningokokken-Erkrankungen betroffen, so Richmond. sf/pm

Parkinson-Erkrankung**Ein Riechtest gibt Auskunft über erste Veränderungen im Nervensystem**

Ein einfacher Riechtest kann wichtige Hinweise auf eine beginnende Parkinson-Erkrankung geben. Das wurde anlässlich des Jahreskongresses der European Neurological Society in Prag bekannt, an dem 3000 Ärzte und Wissenschaftler teilnahmen. Der Dresdner Neurologie-Professor Heinz Reichmann hatte Patienten untersucht, die mit 50 oder 60 Jahren ihren Geruchssinn verloren hatten. Etwa zehn Prozent von ihnen zeigten nach einer speziellen Ultraschalluntersuchung und biochemischen Tests auch frühe Anzeichen von Parkinson.

Anhand von Versuchen an Mäusen fand Reichmann nun Hinweise darauf, dass Parkinson seinen Ausgang tatsächlich in der Nase nimmt. Dort bilde sich zuerst eine Ansammlung von sogenannten Lewy-Körperchen, die eine Parkinson-Erkrankung signalisierten. Die Nervenveränderung beginnt demnach nicht in den motorischen Zentren des Gehirns, sondern in Nervenzellen des Geruchssinns und pflanzt sich Zelle für Zelle weiter fort. Zunächst verliefen sich die Veränderungen in Richtung Magen und von dort dann über den



Foto: MEV

Vagusnerv zum Gehirn. Eine weitere Studie habe gezeigt, dass die Hauptsymptome nicht nur in der Bewegungskoordination liegen, erläuterte Reichmann. Die wichtigsten anderen Symptome seien Riechverlust (90 Prozent), Verstopfung (45 Prozent), Doppel-



Foto: MEV

Apoplex-Studie**Kaffee senkt Schlaganfallrisiko**

Ein bis drei Tassen Kaffee pro Tag schützen davor, einen Schlaganfall zu erleiden. Auf diese protektive Wirkung eines moderaten Kaffeekonsums weist die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) anlässlich einer aktuellen, von italienischen Forschern veröffentlichten Meta-Analyse hin. Demnach ist Kaffeekonsum nicht mit einem höheren Risiko für einen Schlaganfall verbunden. Forscher um Lanfranco D'Elia von der Universität Neapel haben auf dem europäischen Hypertonie-Kongress in London die Ergebnisse einer Meta-Analyse zum Thema „Kaffeekonsum und Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen“ vorgestellt. Darin hatten sie die Daten von sieben großen Studien mit insgesamt mehr als 442.000 Menschen ausgewertet. Fragestellung war, welchen Einfluss der Konsum von Kaffee bei gesunden Menschen auf das Schlaganfallrisiko hat. Studienteilnehmer, die täglich ein bis drei

Tassen Kaffee tranken, erlitten seltener einen Schlaganfall als andere. Prof. Martin Grond, Chefarzt für Neurologie am Kreis-Klinikum Siegen und DSG-Vorstandsmitglied, erläutert: „Möglicherweise sind antioxidative und antientzündliche Eigenschaften im Spiel. Auch könnte Kaffee die Endothelfunktion verbessern und die Insulinsensitivität erhöhen.“ Die Vorgänge seien jedoch bei Weitem noch nicht verstanden. Bei Teilnehmern, die viel Kaffee tranken (mehr als sechs Tassen pro Tag), konnte die schützende Wirkung nicht festgestellt werden. Aber es trat auch kein gegenteiliger Effekt auf. sf/pm

Sehen (10 Prozent), Impotenz (30 Prozent) beziehungsweise bei Frauen Gefühlsarmut, Harninkontinenz (50 Prozent), diffuse Schmerzen (30 Prozent), Depressionen (30 Prozent), Anhedonie (Freudlosigkeit, 30 Prozent). In den letzten Erkrankungsjahren käme dann erst die Demenz hinzu. Weitere Symptome seien fettige Haut und exzessives Schwitzen. Nach wie vor seien die Ursachen der Erkrankung noch ungeklärt. Am wahrscheinlichsten entstehe Morbus Parkinson durch eine genetische Vorbelastung, so der Wissenschaftler. sp/dpa

Ultraschalluntersuchungen**Leitlinie für Kontrastmittel**

Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) diskutierten in Berlin über Nutzen und Grenzen des für den Patienten weitgehend risikolosen kontrastmittelverstärkten Ultraschalls, „CEUS“ genannt. Während Kontrastmittel ursprünglich vor allem bei Untersuchungen der Leber zum Einsatz kamen, habe sich das Anwendungsgebiet in den letzten Jahren stark ausgeweitet. Laut einem Bericht der DEGUM nutzen Ärzte heute CEUS bei Erkrankungen fast aller Organsysteme. Aufgrund des rasant wachsenden Anwendungsspektrums hat die „European Federation of Societies

for Ultrasound in Medicine and Biology“, zu der sich Fachgesellschaften aus heute 28 Ländern zusammengeschlossen haben, ihre Leitlinie aktualisiert. Die fordert, dass Ärzte Level II im dreistufigen DEGUM-Qualitätssystem für Ultraschall-Untersucher erreicht haben sollten. Entscheidend sei nicht zuletzt ihre Unschädlichkeit. Die Mikrobläschen zerplatzen schon bald, ohne dass der Patient etwas merkt. Die Bläschen seien ungiftig und lösten sich komplett auf. Im Gegensatz zu den jodhaltigen Röntgenkontrastmitteln seien keine Störungen der Schilddrüse oder Allergien zu befürchten. sf/pm

Kurzsichtigkeit**Neues Implantat kann helfen**

Mediziner machen Menschen mit Altersweitsichtigkeit Hoffnung – mit einem neuen Augenimplantat. Das Verfahren, das allerdings Risiken in sich birgt, wird seit Jahresbeginn auch in Deutschland praktiziert, wie auf einem Kongress in Nürnberg bekannt wurde. Das sogenannte Kamra-Inlay bestehe aus hauchdünnem Kunststoff, werde vor der Pupille in die Hornhaut eingesetzt und ermögliche so dem Patienten, ohne Brille zu lesen, erläuterte der Vorsitzende des Bundesverbands Deutscher Ophthalmochirurgen (DOC), Armin Scharrer. Weltweit seien bereits 5 000 Patienten mit diesem



Foto: MEV

Verfahren operiert worden. „Voraussetzung ist allerdings eine gesunde, ausreichend dicke Augenhornhaut. Weder darf eine Degeneration noch eine Hornhaut-Dystrophie vorliegen“, gab Scharrer zu bedenken. Da Weitsichtigkeit in der Regel erst im Alter auftritt, mache die Laser-Operation meist erst ab 50 Jahren Sinn. sp/dpa

Systemfrage

Der Bundestagswahlkampf und damit auch die unterschiedlichen gesundheitspolitischen Positionierungen der Parteien rücken unabwendbar näher. Arbeitsgruppen von SPD und den Grünen tagen eifrig. Ihre Parteitagsbeschlüsse für eine Bürgerversicherung und einen gemeinsamen Markt von GKV und PKV sind längst gefallen. Vieles hat noch den Charakter von Grundsatzbeschlüssen, doch wie bekannt steckt der Teufel oft im Detail. Auch deshalb rechnen die den Oppositionsparteien nahestehenden GesundheitsökonomInnen unermüdlich.

In Berlin macht das Gerücht die Runde, dass SPD und Grüne sich auf Fachebene zusammensetzen werden, um ihre Vorstellungen für eine Bürgerversicherung zu harmonisieren, die dann eins zu eins bei einem rot-grünen Wahlsieg unmittelbar in einen Koalitionsvertrag gegossen werden können. Was die Union will, bleibt noch im Unklaren. Die große Prämie, einst auf dem Parteitag in Leipzig mit großer Mehrheit bei zwei Gegenstimmen beschlossen, wird schamhaft versteckt, auch weil die große Mehrheit der Bürger für eine Bürgerversicherung und gegen eine Prämie votiert. Auch die kleine Prämie, eine „Fehlgeburt“ der großen Koalition, hat nicht, wie die Union gehofft hatte, reüssiert und findet keinen Anklang in der Bevölkerung. Dass die FDP am liebsten ein Privatversicherungsmodell sähe, spielt angesichts ihres Wählerpotenzials für die deutsche Gesundheitspolitik de facto keine Rolle.

Das sind Glasperlenspiele, denn noch ist völlig unklar, wie die Mehrheiten im September 2013 aussehen werden, ob es für Rot-Grün reicht, ob die aktuelle Koalition weiterarbeiten kann, oder ob die von der Bevölkerung präferierte, von der Politik aber



Foto: Sergej Razvodovskij – Fotolia

ungeliebte große Koalition eine Neuauflage findet. Kann Schwarz-Gelb weiterarbeiten, werden GKV und PKV weiter nebeneinander bestehen bleiben. Dasselbe gilt auch für eine große Koalition, bei der allerdings eine Annäherung in den Rahmenbedingungen nicht auszuschließen ist. Wie die rot-grüne Bürgerversicherung konkret aussehen soll, erfahren wir spätestens zu Beginn des Wahlkampfes.



Foto: privat

Die mit Vorausschau auf den nächsten Bundestagswahlkampf begonnene Aufstellung der Parteien zur künftigen Ausrichtung der deutschen Krankenversicherung wird auch den Heilberufen eine Stellungnahme abfordern, meint Dr. Andreas Lehr, gesundheitspolitischer Fachjournalist vom LetV Verlag, Berlin.

Aber wie könnten die beiden Systeme der Krankenversicherung unter Schwarz-Rot, Rot-Schwarz, Schwarz-Gelb reformiert werden? Oder bleibt alles, wie es heute ist? Wohl kaum, die Politik verspürt immer einen unbändigen Drang zur Systemveränderung, und unabweisbar sind Schadstellen auszumachen, die wohl reformiert werden müssten.

Das ist die Stunde der systemnahen GesundheitsökonomInnen, die Studien erarbeiten, Modelle errechnen und die Welt auf den Kopf stellen wollen. Was die Mehrheit der Bevölkerung will, ist durch Befragungen belegt: Sie will die Bürgerversicherung, ohne allerdings zu wissen, was damit impliziert ist und welche Gefahren bestehen.

Auch etliche der Systembeteiligten haben sich schon positioniert. Die Positionen der gesetzlichen Krankenkassen sind unterschiedlich – von einer Bürgerversicherung über einen gemeinsamen Markt bis zum Erhalt beider Systeme. Einige Versicherer haben auch schon gemeinsam „geübt“, wie Allianz und KKH, andere wollen schlicht mehr Freiheiten für Satzungsleistungen.

Die deutsche Ärzteschaft hat sich in Nürnberg zu dieser Frage wieder zu Wort gemeldet und sich vehement für den Erhalt des zweigliedrigen Systems ausgesprochen – allerdings will sie aus verständlichem Eigeninteresse nicht, dass die PKV von den „Errungenschaften“ der GKV profitiert.

Derartige Bekenntnisse der Leistungserbringer werden von der Politik nicht wirklich goutiert. Die Frage ist, ob der Schuster nicht besser bei seinen Leisten bleiben sollte.

Noch hat sich die Zahnärzteschaft nicht öffentlich positioniert – sie muss jetzt eine Übereinkunft finden, ob und wofür sie votiert – keine einfache Entscheidung. ■

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

Demografischer Wandel

Bewegte Zahnmedizin

In Deutschland leben heute 82 Millionen Menschen – jeder fünfte von ihnen ist 65 Jahre oder älter – Tendenz steigend. Diese Entwicklung fordert auch die Zahnärzteschaft – gerade im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag. Wo der gesetzliche Rahmen noch fehlt, engagieren sich bereits einzelne Kollegen an der Basis im Rahmen von Modellprojekten – doch eine flächendeckende Lösung ist noch nicht gefunden.



Fotos: zm/sf

Zahnärztin Kerstin Finger und ZFA Christine Zessel aus Templin fahren jeden Dienstag bis zu 30 Kilometer hinaus in die Uckermark, um immobile und meist alte Patienten zu versorgen ...

Im ländlichen Raum, wo die Infrastruktur versagt und die Menschen vom Versorgungssystem abgeschnitten sind, werden seit einigen Jahren vereinzelt mobile Behandlungseinheiten eingesetzt. Manche von ihnen wurden bereits wegen ihres Modellprojektkarakters ausgezeichnet, wenngleich sich der Aufwand finanziell (noch) nicht rechnet. Ein Beispiel ist der Zahnärztliche Hausbesuchsdienst von Kerstin Finger aus Templin in der viel zitierten, sehr dünn besiedelten Uckermark. Die 52-jährige Zahnärztin hat einen Kleinwagen in eine mobile Zahnarztpraxis umgewandelt – den Hygienerichtlinien entsprechend. 50 000 Euro hat sie investiert, teilweise gefördert durch Unterstützung des EU-Leader-Förderprogramms. Wenn nötig, kann ein Patient im Rollstuhl samt Begleitung eingeladen und zur nächsten Ambulanz gefahren werden. Finger hat aus der Versorgungsnot in ihrer Region eine Tugend gemacht. Jeden Dienstagvormittag steuert sie mit ihrer langjährigen Kollegin, der Zahnmedizinischen Fachangestellten und

... die Route wird montags festgelegt: Zessel fragt den Bedarf in den Einrichtungen ab. Von der kleinsten Einheit (zu Hause lebende Pflegebedürftige), über die mittlere Einheit (Senioren-WG) bis hin zur großen Einheit (Pflegeheim).



Grafik: GEOATLAS/Meinardus

Prophylaxeassistentin Christine Zessel, die umliegenden Dörfer an. Die Patienten sind in erster Linie pflegebedürftig und immobil. In der Regel liegen die Stationen bis zu 30 Kilometer entfernt. Wer weiter weg wohnt, bleibt von Fingers Dienst unerreicht. Zum Leistungsspektrum der mobilen Einheit gehören unter anderem die Optimierung von Zahnersatz, Zahnsteinentfernungen und das Legen von Füllungen. Auch Extraktionen sind möglich. Angefahren werden alle denkbaren Institutionen, angefangen von der kleinsten Einheit wie dem Einfamilienhaus über die Senioren-WG bis hin zur stattlichen Pflegeeinrichtung mit über 100 Bewohnern am Rande von Templin.

Finger engagiert sich überdurchschnittlich für die Versorgung in ihrer Region. Dafür

wurde sie bereits mehrfach ausgezeichnet. Unter anderem mit dem Dentsply eXtra Care Stipendium „Mundmedizin im Alter“ in Zusammenarbeit der DGAZ mit der Dentsply DeTrey GmbH. Die Bundesregierung hat Finger im Rahmen der Demografie-Strategie zur Botschafterin ernannt. Aus ihrer Sicht wird sich in vielen Bereichen der Gesellschaft mittelfristig ein Wandel hin zu einem „dienenden System“ entwickeln müssen, um den Anforderungen der alternden Gesellschaft im Alltag gerecht zu werden. Finger spricht auch von „serving systems“ und beruft sich auf die Gemeinwohlverpflichtung, die in der Berufsordnung der Zahnärzte festgeschrieben ist. Wie viele andere Einzelinitiativen kämpft die Zahnärztin mit der Finanzierung ihres Dienstagvormittags. Der Gesamtaufwand werde durch das geltende Honorarsystem völlig unzureichend honoriert. Finger kann sich vorstellen, dass Mittel aus dem Gesundheitssystem für die mobile Zahnmedizin freigegeben werden, wenn nachgewiesen wird, dass mit dieser Dienstleistung woanders Gelder eingespart werden. Betriebswirtschaftlich erfolgreich sei die mobile Zahnmedizin bisher keinesfalls. Das Kriterium für Erfolg sei ein anderes, nämlich „Teilhabe zu ermöglichen“. Wie in der eigenen Niederlassung gehe es darum, eine

Vertrauensbasis zu den entsprechenden Partnern aufzubauen und langfristig zu pflegen. Finger geht bei Erstkontakt so vor, dass sie zunächst die Leitung des Hauses anspricht, um dann an die Bewohner selbst heranzutreten und den Bedarf zu eruieren. In einem dritten Schritt werde das Personal geschult. „In der aufsuchenden Versorgung geht es nicht um hoch spezialisierte Zahnmedizin, sondern um eine gut organisierte Basisversorgung und Verzahnung zwischen den Beteiligten“, sagt Finger. Und es geht auch um ethische Belange, wie die Wahrung der menschlichen Würde bis zum Ende des Lebens.

KZBV und BZÄK werben für ihr AuB-Konzept

Bekanntlich sind die Vertreter von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung seit Längerem in engen Verhandlungen mit den Entscheidungsträgern aus der Politik. Ziel ist, den Leistungskatalog für gesetzlich Versicherte, die aufgrund körperlicher und/oder geistiger Einschränkungen nicht fähig sind, eigenständig Mund- und/oder Prothesenhygiene zu betreiben, zu erweitern. Das AuB-Konzept



Gute Logistik: In dem Zahnmobil ist Stauraum für Instrumente und Materialien.

ist an die Politik herangetragen worden. Konkret sollen die Präventionsleistungen für die Anspruchsberechtigten in das SGB V, § 22 a aufgenommen werden.

Denn während das Gros der Gesellschaft von den positiven Entwicklungen im Bereich der Mundgesundheit im Zuge des Paradigmenwechsels von einer kurativen hin zu einer präventiven Ausrichtung der Zahnheilkunde profitiert, können Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung an den Fortschritten nicht partizipieren. Sie haben bisher keinen Benefit von den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den durch die stetigen standespolitischen Bemühungen errungenen Erfolgen der letzten Dekaden.



Aufwendig: Der Faktor Zeit spielt bei der mobilen Alterszahnmedizin eine besondere Rolle. Die Abstimmung mit Angehörigen und/oder der Leitung des Hauses kostet allein schon viele Minuten.



Deutschland nimmt im internationalen Vergleich mittlerweile eine Spitzenposition bei der Mundgesundheit ein und hat für viele andere Gesundheitssysteme Vorbildcharakter. Doch die Tatsache, dass immer mehr Menschen immer älter werden, stellt letztlich auch die zahnmedizinische Versorgung vor neue Herausforderungen. Der stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer, erklärt warum: „Nicht nur, weil altersassoziierte Erkrankungen wie Parodontitis zunehmen und nach versorgungspolitischen Antworten verlangen, sondern vor allem, weil die demografische Entwicklung eine strukturelle Lücke im zahnmedizinischen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung offenbart.“ Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung könnten in sehr vielen Fällen keine eigenverantwortliche Mundhygiene betreiben, nicht eigenständig eine Zahnarztpraxis aufsuchen und nicht bei der Behandlung kooperieren. Es gebe eine wachsende Zahl von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen, die motorisch eingeschränkt, immobil oder wegen kognitiver Einschränkungen nicht kooperationsfähig sind. „Ausgerechnet die schwächsten Mitglieder der Gesellschaft fallen damit durch das Raster der GKV-Versorgung“, erklärt Eßer. Sie hätten in der Folge eine deutlich schlechtere Zahngesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Engagement ersetzt die verlässliche Finanzierung

Dass die Zeit für flächendeckende Lösungen längst reif ist, betont der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Prof. Dr. Dietmar Oesterreich: „Wege und Möglichkeiten, die Defizite zu beheben, sind erforscht und beschrieben. Auch wissenschaftliche Evaluationen liegen vor. Jetzt ist es an der Zeit, die entsprechenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen einzufordern und aktiv zu gestalten“, erklärte er kürzlich in Hamburg auf einem Pressegespräch von proDente e.V.. Oesterreich kann mitreden. Seine Praxis liegt in Stavenhagen, einer Kleinstadt inmitten des Land-

kreises „Mecklenburgische Seenplatte“. 50 Einwohner je km² leben dort. Aus seiner eigenen täglichen Praxis weiß er, dass Menschen mit Behinderungen und eben auch pflegebedürftige Patienten bei der Mundhygiene häufig Unterstützung benötigen und auch bei einer notwendigen Therapie unter Umständen gar nicht oder nur eingeschränkt mitarbeiten können. Oesterreich: „Diesen Patienten müssen neben einer Verbesserung bei der Mundhygiene in der Pflege gezielte individualprophylaktische Maßnahmen angeboten und eine entsprechende Betreuung muss organisiert werden.“ Hinzu komme das Problem der Finanzierung. „Regelmäßige zahnmedizinische Untersuchungen in den eigenen vier Wänden werden von den Krankenkassen nicht entsprechend dem Aufwand für das zahnärztliche Behand-



Einzelkämpfer: Sie tun Gutes, aber bisher profitiert nur ein Teil der Versicherungsgemeinschaft.

lungsteam vergütet“, moniert Oesterreich. Hinzu trete das zunehmende Problem der dementen Patienten, die hinsichtlich der Anforderungen an die zahnärztliche Versorgung eine erhebliche Herausforderung darstellen würden.

Da die zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines Hausbesuchs bisher nicht ausreichend im Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgebildet sei,

würden Zahnärzteiniciativen und karitative Organisationen die vorherrschenden Defizite eben punktuell ausgleichen. Als ein Beispiel nennt er das Projekt „Bis(s) ins hohe Alter“, das mit dem „Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen“ ausgezeichnet wurde. Die Politik

INFO Aufruf

Einige Kollegen suchen alte Phantomköpfe für die Schulung von Pflegekräften. Hinweise nehmen wir gern per E-Mail an zm@zm-online.de an.

habe bisher lediglich einige der Vorschläge des bereits 2010 von BZÄK, KZBV und zahnmedizinischer Wissenschaft vorgestellten Gesamtkonzepts „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ für die Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen in Gesetzesinitiativen einfließen lassen. „Besonders immobile Patienten in häuslicher Pflege wurden jedoch unzureichend berücksichtigt. Es bedarf also weiterer Verbesserungen der Rahmenbedingungen, denn der demografische Wandel kommt unaufhaltsam“, warnt Oesterreich.

Wichtig für die Nachhaltigkeit des mobilen Einsatzes ist erfahrungsgemäß die Vernetzung des Zahnmediziners mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen. Denn sie spielen eine entscheidende Rolle, was die Zahnpflege angeht. Ein wichtiges Ziel in der modernen Alterszahnmedizin sei die Schulung von professionellen Pflegekräften und Angehörigen in Sachen Mundhygiene und Zahnersatzpflege. Zahlreiche Landeszahnärztekammern haben Pilotprojekte durchgeführt, die im Rahmen von Fortbildungen und gezielter Unterweisung notwendiges Wissen vermitteln.

Wenn Kerstin Finger ihrer Fantasie freien Lauf lässt, stellt sie sich die ländliche Versorgung durch Trucks vor, mit denen die immobilen Bürger aus der Region angefahren und behandelt werden könnten. Doch diese fantastische Lösung dürfte wohl kein Allheilmittel sein. sf

Barmer-GEK-Medizinkongress

Versorgung auf dem Prüfstand

Patientenorientierung und demografischer Wandel – überfordern Multimorbidität und „Chronic Care“ die Versorgung? Diese Fragen stellten Vertreter der größten deutschen Krankenkasse auf ihrem Medizinkongress in Berlin. Experten gaben differenzierte Antworten, wie gut die Versorgung für die alternde Gesellschaft aufgestellt ist.

„Nicht jede Mengen- und Kostensteigerung im Gesundheitswesen lässt sich mit dem demografischen Faktor rechtfertigen“, erklärte Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, in Berlin. Daher sei es angemessen, wenn die Bundesregierung medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen im Krankenhaus infrage stelle. Grundsätzlich sei die Gesundheitsversorgung in Deutschland auf die wachsende Zahl älterer sowie multimorbider Patienten vorbereitet. Es gebe einige vielversprechende Strategien im Umgang mit dem demografischen Wandel. So würden zum Wohle der älteren Patienten vor allem die Vernetzung der Versorgung, ein gezieltes Case- und Caremanagement sowie altersgerechte Patientinformationen vorangetrieben. Außerdem setze man auf die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-ärztliches Personal, das mehr Zeit für Gespräche aufbringen könne. „Unser Hauptanliegen ist die Förderung von Teamstrukturen zwischen Ärzten, medizinischen Fachangestellten und Therapeuten. Nur so wird eine koordinierte Behandlung älterer Menschen möglich,“ befand Straub.

Dominanz des Dringlichen zulasten Langzeitkranker

Als zwiespältig beurteilte Prof. Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, die derzeitige Versorgungssituation. Während die Akutmedizin „gut ist“, bewerte er die Betreuung chronisch Kranker nur mit mangelhaft: „Unser Gesundheitssystem leidet unter einer Dominanz des Dringlichen und ist nicht optimal auf die Langzeitbetreuung chronisch Kranker, insbesondere solcher mit Mehrfacherkrankungen, ausgerichtet“, so Gerlach,



Foto: picture alliance

Ein Fazit des Kongresses: Zentrale Ziele der Versorgungsforschung müssen die Patientenorientierung und der Patientennutzen sein – nicht die Produktorientierung.

der auch Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist. Zukünftige Aufgaben und Chancen lägen vor allem im Wandel weg vom Dringlichen hin zu einer proaktiv-strukturierten, nachhaltig ausgerichteten Langzeitversorgung. Vorrangig seien dabei die Entwicklung evidenzbasierter und zugleich praxistauglicher Konzepte zur notwendigen Priorisierung von Therapiezielen bei Multimorbidität, die Professionalisierung hausärztlicher Praxisteams mit Monitoring-Aufgaben sowie die Implementierung von Konzepten mit dem Ziel, Patienten zu aktivieren beziehungsweise zu informieren. Wege zu echter Patientenorientierung, insbesondere zur Bewältigung der komplexen Herausforderungen bei Multimorbidität, würden – mit kaum zu überschätzender Bedeutung – profilbildend für die Allgemeinmedizin der Zukunft sein.

Alte Menschen sind nicht angemessen versorgt

Mit Blick auf den demografischen Wandel wurde die Versorgung älterer Patienten auch vom Kongressinitiator und Gesundheitsexperten Prof. Dr. Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) an der Universität Bremen als kritisch eingeschätzt. Noch immer suchten Versicherte mit Demenzdiagnose nur zu einem Bruchteil einen Neurologen und/oder Psychiater auf. Auch erhielten sie weiterhin zu viele Neuroleptika, obwohl die Gabe dieser Psychopharmaka bei Demenzpatienten ein erhöhtes Schlaganfall- und sogar Mortalitätsrisiko bedeute. „Allzu häufig werden Demenzpatienten still gestellt, um das Pflegepersonal zu entlasten.“ Solche Beispiele für Fehlversorgung und Versorgungslücken identifiziere man vor allem durch die Analyse von Kassendaten und Patienten-

befragungen, so Glaeske. Die Versorgungsforschung gehöre deshalb unbedingt in den Baukasten altersgerechter Versorgungsstrategien. Ihre Funktion als Politikfolgeabschätzung, also als eine kontinuierliche Begleitforschung der Auswirkungen und des Nutzens von Gesetzesänderungen, werde allerdings immer noch sträflich vernachlässigt.

zufriedener seien. Allerdings fänden sich neben diesen positiven Ergebnissen auch solche, die keine durchgängige Überlegenheit der integrierten Programme zeigten. „Es wäre angesichts der dünnen und zum Teil inkonsistenten Ergebnisse dringend erforderlich, die integrierten Behandlungsprogramme systematisch und regelhaft auch aus Patientensicht zu evaluieren.



*Sein Wort hat Gewicht:
Kongressinitiator und
Gesundheitsexperte
Prof. Gerd Glaeske
vom ZeS in Bremen.*

Foto: BARMER-GEK

Wie Patienten die neuen Versorgungsformen, wie etwa Disease-Management-Programme, bewerten, konnte Prof. Thomas Kohlmann vom Institut für Community Medicine an der Universität Greifswald beantworten. Zwar seien in Deutschland seiner Aussage nach trotz der Verfügbarkeit von partiell geeigneten Erhebungsinstrumenten bisher nur wenige Studien zur patientenseitigen Evaluation von neuen Kooperationsformen durchgeführt worden. Und ein Teil dieser Studien habe darüber hinaus nur methodisch schwache Designs ohne Kontrollgruppe verwendet, so dass kaum belastbare Aussagen möglich seien, wie höher integrierte Versorgungsformen beurteilt werden. Betrachte man nur die methodisch besseren Studien und schließe man auch Studienergebnisse aus dem Ausland mit ein, so lasse sich dennoch ein Trend erkennen, nach dem Patienten in integrierten Behandlungsprogrammen auf verschiedenen Ebenen über einen höheren Grad der Koordination berichten sowie mit der Behandlung und mit ihren Partizipationsmöglichkeiten

Dabei sollten methodisch hochwertige Studientypen und inhaltlich umfassende Erhebungsinstrumente verwendet werden“, empfahl Kohlmann.

Versorgungsforschung hat auch ihre Kritiker

„Mit dem Interesse an der Versorgungsforschung nimmt auch die Kritik an ihren Ergebnissen zu“, erklärte der stellvertretende Barmer-GEK-Vorstandsvorsitzende, Dr. Rolf-Ulrich Schlenker. So fühlten sich Leistungsanbieter angegriffen wegen der Feststellung von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Versicherte sähen sich dem Vorwurf übermäßiger Leistungsanspruchnahme ausgesetzt. Und schließlich seien die Ergebnisse der Versorgungsforschung durchaus Wegbereiter für – teils gefürchtete – Priorisierungsentscheidungen im Gesundheitswesen. Das zentrale Motiv der Versorgungsforschung bleibe aber klar, so Schlenker: „Im Vordergrund steht der Patientennutzen, nicht die Produktorientierung.“ sf/pm

6. Mitteldeutsches Medienseminar

Die Säule D

Dank der Millionenspende der Zahnärzteschaft trägt auch die Säule D (wie dental) die Frauenkirche in Dresden mit. Details dazu und eine sehr breite Palette an ganz verschiedenen mit der Zahnärzteschaft verwandten Themen wurden auf dem Medienseminar in Dresden für Pressevertreter beleuchtet.



Foto: zm/sf

Der Zahnarzt Dr. Hans-Christian Hoch hat sich von Dresden aus für den Wiederaufbau der Frauenkirche engagiert und seinerzeit den zm-Stifterclub betreut. Die Säule D wurde vollständig von der Zahnärzteschaft gespendet. Mittlerweile hat die „Gesellschaft zur Förderung der Frauenkirche Dresden e.V.“ als Nachfolgeorganisation den „Verein für den Wiederaufbau der Frauenkirche“ abgelöst. Hoch ist Vorstandsmitglied der Gesellschaft und verriet spannende Details aus der Zeit des Wiederaufbaus: „Alle Säulen wurden in Pirna bereits einmal komplett auf- und wieder abgebaut, um die Tragfähigkeit zu testen.“ Die Sandsteine bewegen sich in ihrer Dichte zwischen Sommer und Winter um fast einen Zentimeter. In der Unterkirche befindet sich ein Raum der Stille, für Andachten, kirchlichen Dialog und Konzerte (Foto). „Dort können locker die New Yorker Philharmoniker untergebracht werden“, erklärt Hoch. Das Ensemble aus Kirche und Neumarkt habe „erstmal ein echtes urbanes Gefühl“ in der sächsischen Hauptstadt geschaffen.

Themenwechsel: Die kommissarische Direktorin des Instituts für Geschichte der Medizin an der TU Dresden, Prof. Caris-Petra Heidel, referierte zu ausgewählten Werken deutscher Autoren, in denen diese Krankheit und Schmerz literarisch spiegeln. Hein-

rich Heine etwa litt zeitweise unter starken Zahnschmerzen und ließ seine körperliche Verfassung in den dichterischen Prozess einfließen. Wilhelm Busch widmete sich dem Thema in „Der hohle Zahn“. In Friedrich Hebbels Werk „Das gekämmte Gehirn“ lassen sich literarische Spuren zum Zahnwechsel finden. Goethe bezeugte in seinen „Zettelgen“ an Charlotte von Stein immer wieder Kummer mit den Zähnen.

Dr. Thomas Breyer, Vizepräsident der sächsischen Zahnärztekammer erläuterte die IDZ-Studie „Einstellungen und Bewertungen der Bevölkerung zur zahnärztlichen Versorgung in Deutschland“. Gerade die flächendeckenden Prophylaxeleistungen hätten zum positiven Image der Zahnärzte beigetragen.

Versorgung verbessern

Zur Versorgung für Patienten im Alter und in der Pflege sprach Zahnärztin Bettina Suchan, Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Brandenburg: Der bisherige GKV-Leistungskatalog basiere auf drei Annahmen: Erwachsene könnten eigenverantwortlich Mundhygiene betreiben, eine Zahnarztpraxis aufsuchen und bei der Behandlung kooperieren. Dies gehe an der Realität vorbei. Suchan stellte die Forderung von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und

Bundeszahnärztekammer heraus, dass die Prophylaxeleistungen für Pflegebedürftige und für Menschen mit Behinderung in das SGB V, § 22 aufgenommen werden sollten. So könne der Mehraufwand für die zahnmedizinische Behandlung der Anspruchsberechtigten honoriert werden. Was fehle, seien seniorengerecht aufbereitete Informationen über die Bedeutung der Mundgesundheit. „Die Leute sollten dort abgeholt werden, wo sie sind – etwa auf Seniorenveranstaltungen“, forderte Suchan. Gleichzeitig müsse aber schon früh mit der Aufklärung begonnen werden. Schließlich müsse die Ausbildung der Altenpfleger verbessert werden. Nur so könnten Zahn- und Mundgesundheit bei Pflegebedürftigen so lange wie möglich erhalten werden.

Dr. Carsten Hünecke, Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt erläuterte die zusätzlichen Zwänge, die sich für Zahnärzte im Rahmen des Patientenrechtegesetzes ergeben. Der Justiziar der Zahnärztekammer Thüringen, Henning Neukötter, gab einen Einblick in den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten und seine Anforderungen. „In Thüringen gibt es keine arbeitslosen Zahnarztthelferinnen“, erklärte Neukötter. Schließlich referierte das Team der Dresdner Zahnklinik aus unterschiedlichen Fachrichtungen zum Thema Schmerz. sf

Alkohol und Medikamente

Suchtgefahr steigt mit dem Alter

Die fröhliche Großmütter-Runde, bei der gerne ein Gläschen Eierlikör getrunken wird – dieses Klischee kennt jeder. Doch Alkohol und auch Medikamente sind für eine steigende Zahl von Senioren ein echtes Suchtproblem. Lange haben Gesellschaft und Politik das Thema nicht erkannt. Nun entwickelt sich langsam ein Bewusstsein für die Problematik. Allerdings muss noch viel getan werden – auch von der Politik.

Die demografische Entwicklung stellt nicht nur Arbeitsmarkt und Sozialsysteme vor Herausforderungen, auch im Gesundheitsbereich stellen sich neue Fragen. Hier rückt der Missbrauch von Rauschmitteln durch Senioren zunehmend in den Fokus bei der Suchtbekämpfung. „Alkohol und psychoaktive Medikamente sind ein gravierendes Problem, auch und gerade unter älteren Menschen“, erklärt Dr. Rüdiger Meierjürgen, Leiter Prävention der Barmer GEK.

Die Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter „nimmt erheblich zu“, hat auch die Bundesregierung in ihrer im Februar 2012 verabschiedeten „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ erkannt. Es gebe eine wachsende Zahl älterer Menschen mit höherem Konsum oder sogar Missbrauchsverhalten und eine zunehmende Zahl von Abhängigen. Das betreffe insbesondere den Alkohol- und den Medikamentenkonsum.

Nach Erkenntnissen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) liegt der Hauptauslöser für Medikamenten- und Alkoholmissbrauch im Alter in einem einschneidenden Lebensereignis wie dem Übertritt aus dem Berufsleben in den Ruhestand oder dem Verlust des Lebenspartners.

Die Konzentration steigt

Menschen ab 65 Jahren können Alkohol schlechter abbauen als jüngere Menschen. Grund ist eine veränderte Physiognomie mit höherem Fett- und geringerem Wasseranteil. Dadurch wird schneller eine höhere Alkoholkonzentration im Blut erreicht, das heißt die Auswirkungen von Alkohol zeigen sich schneller. „Viele rechnen nicht damit, dass sie im Alter weniger vertragen und kon-

sumieren weiter wie in jüngeren Jahren“, bemerkt Gabriele Bartsch, stellvertretende Geschäftsführerin der „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“ (DHS). Dadurch steige auch die Gefahr von Stürzen.



Einsamkeit kann ein Grund sein, dass Menschen auch im fortgeschrittenen Alter noch zu trinken beginnen.

Foto: picture alliance

Laut Erkenntnissen der Organisation haben 28 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen in der Altersgruppe 65+ einen gesundheitsriskanten Alkoholkonsum. Sie schätzt deren Gesamtzahl auf 400 000 Personen. Im Jahr 2010 wurden bundesweit knapp 8 000 Senioren ab 65 aufgrund alkoholbedingter psychischer und/oder Verhaltensstörungen in einer Klinik stationär behandelt. Das entspricht einer Steigerung um fast 190 Prozent im Vergleich zum Jahr 2000.

Nach Bartschs Ansicht hat dieser immense Anstieg neben der demografischen Entwick-

lung auch mit einer zunehmenden Verein-samung älterer Menschen zu tun. „Manche fangen erst im Alter zu trinken an und benutzen den Alkohol als eine Art Trostpflaster. Früher waren Senioren mehr in die Familie eingebunden, heutzutage nimmt die Einsamkeit in dieser Altersgruppe immer mehr zu.“ Die höheren alkoholbedingten Behandlungs-raten hätten aber auch mit einer größeren „gesamtgesellschaftlichen Sensibilisierung“ zu tun, sagt die DHS-Vertreterin. Durch eine häufigere mediale

Berichterstattung über Alkoholvergiftungen werde heutzutage auch schneller ein Krankenwagen gerufen.

Die Medikamente triggern

Komplikationen können zudem durch eine mit dem Alkoholkonsum kombinierte Medikamenteneinnahme entstehen. Probleme drohen insbesondere dann, wenn Schlafmittel und Tranquilizer mit dem Wirkstoff Benzodiazepin – der selbst ein hohes Suchtpotenzial besitzt – bei Alkoholabhängigen zur Behandlung verordnet werden. Nach

DHS-Angaben kann es vor allem bei älteren Menschen dadurch zu einer Verstärkung der Sucht kommen, zu Unkonzentriertheit, zu Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten und zu Bewegungsproblemen (mit der Folge von Knochenbrüchen).

Die Organisation schätzt die Zahl der Senioren, deren „Gebrauch“ psychoaktiver Medikamente mindestens Gewohnheitscharakter hat, auf ein bis zwei Millionen Menschen. Nach Angaben des BMG sind sieben Prozent aller Pflegeheimbewohner medikamentenabhängig. Bartsch fordert deshalb mehr Aufmerksamkeit bei der Medikamentenabgabe und -verabreichung, sowohl von Ärzten wie von Angehörigen und vom Pflegepersonal. „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder Alkohol können zu unerwünschten und gefährlichen Nebenwirkungen führen. Durch einige Medikamente, die vor allem ältere Menschen nehmen, können sich Abhängigkeiten entwickeln.“ Entgegenwirken lasse sich diesem Problem durch eine regelmäßige Überprüfung der Medikation, so Bartsch.

Die konsistente Linie fehlt

Inwieweit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit unter älteren Menschen in Deutschland wirklich verbreitet sind, ist nicht klar – ist die Datenlage zu ungenau beziehungsweise basiert auf Schätzungen. Laut Antwort des BMG auf eine Kleine Anfrage der SPD-Fraktion Ende Mai betreuen 80 Prozent aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen auch Senioren mit Suchtproblemen.

INFO

Hilfe im Internet

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bietet eine eigene Webseite zum Thema „Sucht im Alter“ an: www.unabhaengig-im-alter.de.

Dort findet man neben Erklärungen zur Wirkung von Alkohol und Medikamenten auf ältere Menschen auch Berichte von Betroffenen und Kontaktdaten von Beratungs- und Selbsthilfeeinrichtungen. ■

Von einer konsistenten Linie der Bundesregierung, um der Problematik zu begegnen, kann keine Rede sein. Einerseits verweist sie in ihrer Antwort bei der Frage nach Präventionsmaßnahmen lediglich auf bekannte Programme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die sich an die gesamte Erwachsenenbevölkerung richten. Auch Kooperationsprojekte zwischen BMG und anderen Ministerien oder den Ländern seien nicht geplant. Andererseits sieht sie in der praktischen Arbeit zur Bekämpfung der Suchtprobleme von Senioren noch vielfältige Defizite. In der Nationalen Strategie heißt es: „Vieles deutet darauf hin, dass die bestehenden Beratungs- und Hilfsangebote der Suchthilfe nur sehr eingeschränkt für ältere Menschen geeignet sind. Beim Ausbau spezieller Hilfen für ältere Menschen besteht daher ein großer Handlungsbedarf.“

Dahingehend hat das BMG einen ersten Schritt unternommen. Seit Oktober 2010 bis September 2012 fördert das Ministerium acht Modellprojekte zur Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe mit insgesamt 1,2 Millionen Euro. Die Sozialdemokraten sehen Prävention und Behandlung von Sucht im Alter finanziell aber noch lange nicht adäquat ausgestattet. Die Bundesregierung müsse hier eigene Mittel bereitstellen, fordert Angelika Graf, Drogenbeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion.

Insgesamt stelle die Nationale Strategie das Thema „Sucht im Alter“ zwar in den Vordergrund, präsentiere aber nicht die notwendigen Reaktionen, findet Bartsch. Man müsse auch auf Sensibilisierung setzen – also nicht nur auf die Sucht eingehen, sondern auch vor den gesundheitlichen Risiken warnen. „Man muss bei den heute 30- bis 50-Jährigen ein größeres Bewusstsein schaffen, dass der heute „normale“ Konsum oft schon ein gesundheitsriskanter Konsum ist.“

Die DHS-Vertreterin sieht in Zukunft sogar noch eine Zunahme der Suchtproblematik im Alter. „Die Jugendlichen beginnen immer früher zu trinken, immer mehr alkoholische Produkte sind auf Jugendliche ausgerichtet. Der riskante Konsum ist erhöht, und mit diesem Problem werden die Teenager dann alt.“ eb

als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.“

Dabei befindet sich der G-BA im Spannungsfeld zwischen organisierter und gelebter Selbstverwaltung der Akteure im Gesundheitswesen und staatlichen Vorgaben zur Gesundheitspolitik. Denn einerseits gibt das Parlament durch Gesetze den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung vor. Andererseits hat der G-BA den von Bundesrat und Bundestag übertragenen Auftrag, einheitliche und verbindliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in Praxen und Krankenhäusern bereitzustellen.

Kleiner Gesetzgeber

Dieser Spagat und die Machtfülle sind dem Ausschuss durchaus bewusst. So heißt es in einer Imagebroschüre des Gremiums: „In dieser Funktion wird der G-BA auch „kleiner Gesetzgeber“ genannt. Die beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle GKV-Versicherten, aber auch für deren Akteure wie Ärzte, Krankenkassen oder Krankenhäuser rechtlich bindend.“

Das Aufgabenspektrum, womit sich der Ausschuss zu befassen hat, umfasst das gesamte Gesundheitssystem: Die vom G-BA erlassenen Richtlinien regeln die Versorgung mit Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln ebenso wie die Versorgung mit (zahn-)ärzt-

lichen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen.

Zu berücksichtigen bei seiner Arbeit hat der G-BA, so ist es gesetzlich festgelegt, den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse genauso, wie er den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der GKV zu untersuchen hat.

Autarkes Instrument der Selbstverwaltung

Der Ausschuss ist eine eigenständige juristische Person des öffentlichen Rechts und steht unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Trotzdem ist er keine dem Ministerium nachgeordnete Behörde, sondern eine eigenständige Einrichtung der Selbstverwaltung. Dies wurde zuletzt wieder beim Berliner Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“ hervorgehoben. Dort führte der Ministerialdirigent und Abteilungsleiter im BMG, Dr. Ulrich Orłowski, aus, dass dem G-BA über den Weg der Delegation in den vergangenen Jahren immer mehr hoheitliche, staatliche Aufgaben übertragen wurden. Zwar unterlägen die Entscheidungen des G-BA dem BMG zur Prüfung; diese Prüfung beschränke sich jedoch nur auf die rechtliche Korrektheit einer G-BA-Entscheidung. Eine fachliche-inhaltliche Auseinandersetzung nehme das Ministerium nicht vor, so Orłowski. Hierfür müssten die beteiligten Akteure der Selbstverwaltung selbst sorgen.

Bedingt durch die Aufgabenfülle hat der G-BA selbst Arbeiten nach außen verlagert. So „bedient“ sich der Ausschuss etwa der Arbeit des von Prof. Jürgen Windeler geleiteten Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Dies stellt für den G-BA in Untersuchungen den Nutzen von Behandlungsmethoden und von Arzneimitteln fest. Bei Fragen zur Qualitätssicherung in der Medizin steht dem G-BA das von Prof. Joachim Szecsenyi geführte AQUA-Institut, Göttingen, zur Seite. Seine Aufgabe ist, für die vom G-BA beschlossenen Themen zur Qualitäts-

sicherung Indikatoren und Instrumente zur Umsetzung zu erarbeiten.

Die KZBV ist einer der Träger im Gemeinsamen Bundesausschuss und neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Teil der sogenannten Bank der Leistungserbringer. Der gegenüber sitzt die Bank der Krankenkassen in Form des GKV-Spitzenverbands (siehe Kasten Zusammensetzung). Hinzu kommt in beratender Funktion die Patientenvertretung.

Die Entscheidungsfindungsprozesse sind äußerst kompliziert: Bis 2004 wurden Entscheidungen innerhalb der medizinischen Sektoren getroffen, seit 2008 trifft der G-BA jedoch alle Entscheidungen gemeinsam und sektorenübergreifend. Letzteres bedeutet, dass sich entweder die Behandlung über mehrere Sektoren erstreckt, also wenn Patienten zum Beispiel von der stationären in eine ambulante Behandlung entlassen werden, oder dass sich die Leistung sowohl in dem einen als auch in dem anderen Sektor abbilden lässt, wie etwa bei Kataraktoperationen, die sowohl stationär als auch ambulant erbracht werden.

Sektorenübergreifende Ausrichtung

„Grundsätzlich ist es nicht schlecht, alle Beteiligten zu einem Thema an einen Tisch zu holen und Lösungen zu finden, die dann klar und einheitlich gelten“, sagt der Vorstandsvorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz. Allerdings müsse die Entwicklung des G-BA in den letzten Jahren aus vertragszahnärztlicher Sicht kritisch gesehen werden. Durch die sektorenübergreifende Ausrichtung habe sich der Aufwand für die Beratungen in den Gremien des G-BA vervielfacht. „Demgegenüber steht jedoch kaum ein inhaltlicher Zugewinn für die Vertragszahnärzte“, so Fedderwitz.

Der sektorenübergreifende Anlass fuße auf den Problemen, die zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung bestünden, die aber die vertragszahnärztliche Versorgung so nicht kenne. Auch seien Schnittmengen zwischen dem zahnärztlichen und den anderen beiden Sektoren

INFO

Historie

Der G-BA wurde am 1. Januar 2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) errichtet. Mit der Gesundheitsreform des Jahres 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) wurde die bis dahin sektoral organisierte Struktur des G-BA zum 1.7.2008 geändert. ■

kaum vorhanden. Dennoch sei die KZBV verpflichtet, sich an den Beratungen zu beteiligen und über die Ergebnisse mit abzustimmen. Fedderwitz: „Allein die Sichtung der Unterlagen, um Relevanzen für die vertragszahnärztliche Versorgung zu erkennen, erfordert einen immensen Mehraufwand.“

Hoher administrativer Aufwand für Träger

Damit spricht Fedderwitz einen Aspekt an, der auch als Kritik beim oben genannten Medizinkongress von den im G-BA beteiligten Akteuren geäußert wurde: der stetig zunehmende administrative Aufwand, den die Träger des G-BA hätten, hemme die Beratungsprozesse und verhindere, dass Entscheidungen schnell getroffen werden können. Fedderwitz: „Das Gremium steht sich dadurch selbst im Weg.“

Weil zahnärztliche Themen, die im G-BA diskutiert und entschieden werden, bis auf wenige Ausnahmen klar sektorbezogen seien, so der Vorstandsvorsitzende, habe sich die KZBV bei der Diskussion um das Versorgungsstrukturgesetz für die Rückkehr in die sektorale Entscheidungsfindung bei jenen Themen eingesetzt, die auch nur

einen Sektor betreffen. Zwar erfolge nun die Entscheidung nur mit den Stimmen der jeweils betroffenen Leistungserbringer, aber die Beschlüsse sind weiter für alle Träger bindend, auch wenn sie nicht mitgestimmt haben. Fedderwitz: „Damit hat sich die Gefahr sogar noch erhöht, dass die Vertragszahnärzte durch Beschlüsse belastet werden, an denen sie gar nicht mitgewirkt haben.“

BZÄK jetzt beteiligt

Auch die BZÄK war in der Vergangenheit in Sachen G-BA involviert, und zwar dann, wenn es um Fragen der zahnärztlichen Berufsausübung ging. Dabei handelte es sich nicht um eine offizielle, per Gesetz geregelte Beteiligung wie bei der KZBV, sondern sie achtete in der Person von Dr. Peter Boehme, ehemaliger Kammerpräsident Bremen und Experte für Fragen der Qualitätssicherung, der von KZBV und BZÄK als Bindeglied und Sachverständiger benannt wurde, darauf, dass die Interessen der Kammern in diesem Gremium gewahrt blieben.

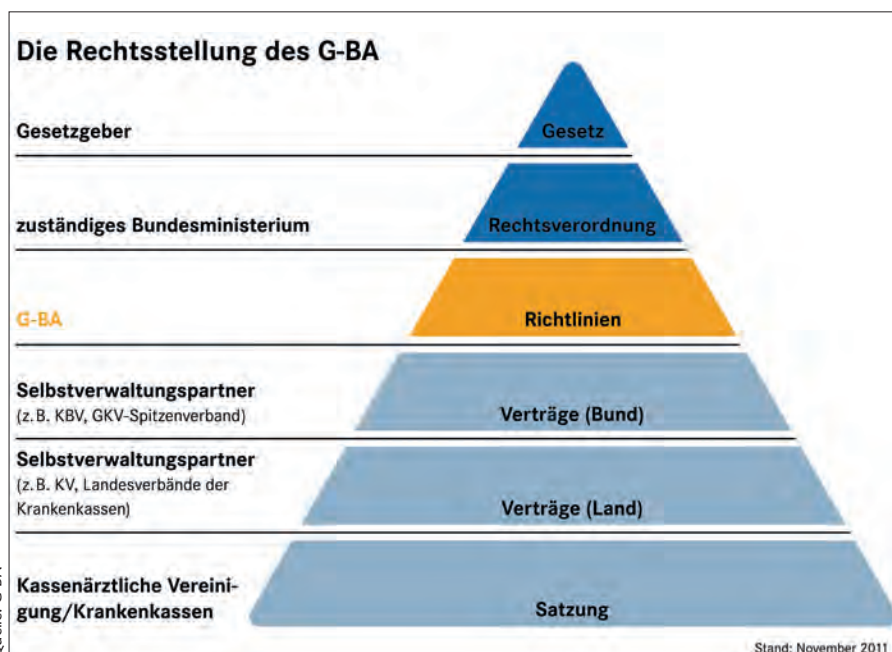
Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1.1.2012 in Kraft trat, hat sich der Status der BZÄK geändert. Sie ist nun als beteiligte Organisation bei den G-BA-Richt-

linien zur Qualitätssicherung offiziell vertreten, und zwar ohne Stimmrecht und dann, wenn Belange der Berufsausübung tangiert sind. Somit hat sie den gleichen Status wie die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, der Deutsche Pflegerat und der PKV-Verband. Damit verbunden ist das Recht auf Stellungnahmen sowie das Recht auf Teilnahme in den entsprechenden Arbeitsgruppen. Die BZÄK ist eingebunden in den Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA und dort in fünf Arbeitsgruppen vertreten.

Obwohl sich die Gesetzgebungskompetenz des G-BA auf den sozialrechtlichen Bereich des SGB V beschränkt, hätten seine Entscheidungen – insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements – unmittelbaren Einfluss auf die zahnärztliche Berufsausübung, erklärt Prof. Dr. Christoph Benz, Vizepräsident der BZÄK und im Vorstand zuständig für Belange des G-BA. Denn das Thema Qualität sei nicht auf den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Daher profitiere der zahnärztliche Berufsstand letztlich davon, wenn BZÄK und KZBV ihre Position zu diesen Themen im G-BA vertreten.

Die aktuelle Gremienarbeit skizziert Benz so: Für den zahnmedizinischen Bereich müssten sowohl ein Thema für die sogenannte sektorenübergreifende Qualitätssicherung des G-BA als auch für die von den KZVen zu erbringende Qualitätsprüfung gefunden werden. KZBV und BZÄK müssten bei der Themenfindung mit den anderen Trägern und Beteiligten, einschließlich der Patientenvertreter, einen Konsens erzielen und könnten die Themen nicht frei festlegen.

Auch Problemfelder tun sich auf, so Benz weiter: „In der Vergangenheit machte die KBV die Erfahrung, dass die Strukturen des Krankenhausbereichs eins zu eins auf den ambulanten ärztlichen Sektor übertragen werden sollten. Die Zahnärzteschaft steht zumindest in Teilen vor einer vergleichbaren Herausforderung, nämlich dass die G-BA-Vorgaben für das ambulante ärztliche Qualitätsmanagement und die ambulante ärztliche Qualitätssicherung ungeprüft im zahnärztlichen Sektor übernommen werden könnten. Dies gilt es zu verhindern.“



Der G-BA ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenkassen und Krankenhäusern.



Foto: Foto-Dock, Eberhard Petzold

Eine verlässliche Steuerung und Lenkung ist bei der Entscheidungsfindung über Richtlinien im Gesundheitswesen gefragt.

Für die neuen Aufgabe sieht sich die BZÄK gut aufgestellt. Vor Kurzem ist in der Verwaltung die neue Abteilung „Qualität und Versorgung“ geschaffen worden, die die erforderlichen Strukturen und Ressourcen für die fachliche Mitarbeit aufbauen wird.

Thema Qualitätssicherung

Für den ambulant-ärztlichen und für den stationären Sektor hat der G-BA bereits seit einiger Zeit Richtlinien zu QM und QS etabliert. Für den zahnärztlichen Sektor sind derzeit auf drei Feldern Richtlinien erlassen oder in Arbeit, die dem Gesetzauftrag nachkommen sollen:

■ So besteht seit 2007 eine QM-Richtlinie, die in Kraft ist und die die Zahnarztpraxen verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem zu installieren.

■ Noch nicht in Kraft, aber Ende 2010 vom G-BA beschlossen, ist, dass auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung Richtlinien zur Qualitätsprüfung und -beurteilung erarbeitet werden sollten. Qualitätsprüfung und -beurteilung beruhen auf § 136 Abs. 2

SGB V und stellen die sektorenbezogene Qualitätssicherung dar, was bedeutet, dass Leistungen, die innerhalb der Zahnarztpraxis erbracht werden, mit abstrakten zahnmedizinischen Kriterien verglichen werden.

Hierbei entwickelt der G-BA zwar die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und macht Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfung. Die Durchführung dieser Qualitätsprüfung und -beur-

teilung obliegt jedoch allein den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern.

Derzeit wird beim G-BA hierzu eine Richtlinie ausgearbeitet, dabei gibt es noch kontroverse Diskussionen, wie der Datenschutz, für den sich auch die KZBV stark macht, gewährleistet werden kann.

■ Ebenfalls noch nicht in Kraft, aber bereits vom G-BA beschlossen, ist, dass neben dem allgemeinärztlichen und dem stationären

INFO

Zusammensetzung

Der G-BA hat 13 Mitglieder. Neben dem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern stellen die gesetzlichen Krankenkassen einerseits und die Leistungserbringer – Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Krankenhäuser – andererseits jeweils fünf Mitglieder.

An den öffentlichen, monatlichen Sitzungen des G-BA nehmen zudem jeweils fünf

Patientenvertreter verschiedener, durch das BMG ausgewählter Organisationen beratend teil. Die Patientenvertreter haben ein eigenes Antrags-, aber kein Stimmrecht. In den verschiedenen Unterausschüssen und Arbeitsgruppen des G-BA sind insgesamt mehr als 100 Patientenvertreter aktiv. ■

Quelle: G-BA

auch für den zahnärztlichen Sektor eine Qualitätssicherungsrichtlinie (QS-RL) nach § 137 SGB V erarbeitet werden soll. Darin wird festgelegt, wie die Qualität vertragszahnärztlicher Leistungen einrichtungsübergreifend, das heißt im Vergleich mit anderen Zahnarztpraxen, zu überprüfen und zu sichern ist.

Zwar besteht bereits eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Richtlinie für die Qualitätssicherung, die juristisch gesehen auch für die Vertragszahnärzte gilt. „Doch derzeit gibt es keine sektorenübergreifenden Themen, die den vertragszahnärztlichen Sektor betreffen“, beruhigt KZBV-Vorstand Jürgen Fedderwitz. „Bisher sind nur Themen diskutiert worden, die ausschließlich den ambulant-ärztlichen und den stationären Sektor betreffen.“

Was die Bestrebungen, Qualität in der (zahn-)medizinischen zu sichern, für die (zahn-)ärztliche Berufsausübung in den Praxen bedeutet, lässt sich allein schon mit den Auswirkungen der verpflichtenden Installation eines QM-Systems darstellen: Von den Ärzten werden immer mehr Daten abgerufen, anhand derer die Praxen und somit die Arbeit des Einzelnen verglichen und beurteilt werden können. Bis hin zu Sanktionen. So haben etwa die KZVen beim QM Kollegen zu „schulen“, die auf ein QM-System verzichten. „Immer mehr Administration durch Datensammeln hemmt aber die eigentliche Arbeit am Patienten“, so Fedderwitz

Potenzial als Gremium der Selbstverwaltung

Dem bisherigen Vorsitzenden Dr. Rainer Hess ist die Zwitter-Situation des G-BA – und damit die Anfälligkeit für Kritik von verschiedenen Seiten – stets bewusst gewesen. Er selbst hinterfragte immer wieder öffentlich die Stellung des Ausschusses. Nicht nur auf dem Gesundheitskongress in Berlin, bei dem er über „Machtzuwachs und Ohnmacht des G-BA“ diskutierte. Auch bei zahlreichen anderen Auftritten und in vielen Publikationen stellte er immer wieder die Frage nach der Unabhängigkeit des Selbstverwaltungsorgans gegenüber der Politik.

In einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt Mitte Juni dieses Jahres gab sich der scheidende Vorsitzende diesbezüglich optimistisch: „Die Selbstverwaltung schafft es, die ihr übertragenen Aufgaben zu erfüllen, wenn man ihr Freiräume lässt und gute gesetzliche Rahmenbedingungen schafft. Dann ist sie in der Lage, die Qualität der Versorgung aus sich heraus zu verbessern.“

G-BA braucht klare Vorgaben

Schwieriger hätte es die Selbstverwaltung, wenn schon der Gesetzauftrag als Kompromiss formuliert sei und ein strittiger politischer Sachverhalt in eine streitende Selbstverwaltung hineingetragen würde, so Hess. Als ein solches Beispiel nannte er etwa die Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen. „Da war der Gesetzauftrag so unklar, dass man sich zunächst einmal ein Jahr darüber unterhalten hat, was der Gesetzgeber eigentlich wollte. Jeder konnte aus diesem Auftrag heraus für sich die eigene Meinung herleiten.“ Dennoch bleibt Hess ein Anhänger der Selbstverwaltung und glaubt, dass sie „besser ist als eine

staatliche Reglementierung oder eine reine Marktlösung“.

Dies war auch der Tenor beim Gesundheitskongress: Sowohl Ministerialdirigent Orłowski als auch der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft, Georg Baum, als auch das Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Prof. Wolfgang Greiner, und der Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK, Dr. Christoph Straub, bekannten sich zum G-BA in seiner jetzigen Form als von der Politik weitgehend autonomes Selbstverwaltungsgremium. „Was wäre denn die Alternative?“, fragte Orłowski – und ergänzte: „Noch mehr Staatsregulierung.“

Im Kreuzfeuer der Kritik

Dass die Arbeit des G-BA auch von Akteuren des Gesundheitswesens bisweilen kritisch beurteilt wird, zeigte einmal mehr ein Expertenforum von Onkologen im Februar 2012 in Berlin, über das die Presseagentur Gesundheit berichtete. Dort wandten sich Krebsärzte gegen die Möglichkeit des G-BA, Medizinern Therapiehinweise zu geben. Die Agentur zitierte Dr. Stephan Schmitz, Vorsitzender des Bundesverbands niedergelassener Hämatologen und Onkologen: „Therapiehinweise bedeuten faktisch Rationierung, das heißt, dass Patienten von der Therapie ausgeschlossen werden“. Medizinische Entscheidungen dürften aber nicht „per Order di Mufti“ verordnet, sondern allein von Medizinern gefällt werden. Offensichtlich sieht der scheidende Vorsitzende dies anders. In einem Agenturbericht über eine Veranstaltung des Teltower Kreises in Berlin wird Hess folgendermaßen wiedergegeben: „Beim Umlagesystem werden wir irgendwann an Grenzen stoßen. Der G-BA hat die Aufgabe, das Notwendige zu gewährleisten und dabei alle Rationalisierungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Darin sind wir nicht sehr erfolgreich. Wir müssen entscheiden, welche Versorgung wir zu welchem Preis finanzieren. Wir können nicht alles finanzieren, wir müssen selektieren.“



Foto: Foto-Dock, Eberhard Petzold

Stabile Positionen helfen auch in turbulenten Diskussionslagen.

Der besondere Fall

Primäre synoviale Chondromatose des Kiefergelenks

Ulrike Kulik, Carsten Czerny, Werner Meyer, Hendrik Terheyden

Die synoviale Chondromatose ist eine seltene, benigne Erkrankung der Gelenke ungeklärter Ätiologie. Meist sind die großen Gelenke der Extremitäten betroffen, in selteneren Fällen aber auch das Kiefergelenk, so dass der Hauszahnarzt konsultiert wird. Diese Falldarstellung soll im Rahmen der Differenzialdiagnose von Kiefergelenksbeschwerden an diese seltene Erkrankung erinnern.



Fotos: Dr. Ulrike Kulik

Abbildung 1: Präoperative Panoramaschichtaufnahme vom 17.02.2010: vergrößerter Kondylus rechts, vergrößerter Gelenkspalt rechts, unscharf begrenzter Kondylus rechts und multiple rundliche Verschattungen

Eine 50-jährige Patientin wurde im Februar 2010 in die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Roten Kreuz Krankenhaus Kassel zur Abklärung einer Raumforderung im rechten Kiefergelenk überwiesen. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung in unserem Haus hatte die Patientin bereits seit fünf Jahren Beschwerden in Form von Schmerzen und einer progredient verschlechterten Mundöffnung. Sie wechselte den Hauszahnarzt. Beim neuen Hauszahnarzt erfolgte zunächst eine Therapie mit einer Aufbisschiene. Bei Persistenz der Beschwerden und Verschlechterung veranlasste dieser zeitnah ein MRT, das zur stationären Überweisung führte.

Bei der Vorstellung in unserem Haus lagen eine dezente, schmerzhafte Schwellung präaurikulär rechts sowie eine progrediente

Limitation der Mundöffnung seit etwa zwei Jahren vor. Die Mundöffnung betrug bei der Erstuntersuchung 20 Millimeter und zeigte eine Deviation nach rechts. Bei der Auskultation imponierten Krepitationsgeräusche im rechten Kiefergelenk. Anamnestisch bestand kein Hinweis auf ein Trauma oder auf eine Arthritis.

In der Panoramaschichtaufnahme (Abbildung 1) zeigten sich der rechte Kondylus vergrößert und die Kontur anterior unscharf begrenzt. Auffällig waren zudem röntgenopake Partikel im Gelenkspalt. Ferner wies die Kiefergelenkaufnahme auf eine Volumenvergrößerung des rechten Kondylus, auf einen rechtsseitig vergrößerten Kiefergelenkspalt in Ruhe und auf eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kondylus bei der Mundöffnung hin. Im

MRT war eine 4 cm x 2,5 cm x 1,5 cm große Raumforderung im rechten Kiefergelenk von der Gelenkssynovia ausgehend mit Ausdehnung ventral bis in die Fossa infratemporalis deutlich sichtbar (Abbildung 2).

Zur Abklärung erfolgte zunächst eine arthroskopische Biopsie des rechten Kiefergelenks; das entnommene Material war jedoch für eine exakte histopathologische Diagnose unzureichend. Daher erfolgte eine offene Kiefergelenksexploration mit präaurikulärem Zugang in Intubationsnarkose (Abbildung 3).

Hier konnten aus dem Gelenkspalt etwa 50 freie Gelenkkörper entfernt werden, die in einer milchigen Flüssigkeit schwammen (Abbildung 4).

Der Diskus zeigte sich intakt und wurde mittels Naht in physiologischer Position fixiert. Ferner wurden Schnellschnitte der Gelenkkapsel und der freien Gelenkkörper zur histopathologischen Aufarbeitung gewonnen. Zur Raffung der sackartig erweiterten Gelenkkapsel erfolgte zudem eine partielle Synovialektomie.

Die histopathologische Aufarbeitung zeigte osteochondrales Gewebe mit peripher vorherrschendem, hyalinem Knorpelsaum sowie synoviales Gewebe mit Kapselfibrose. In Zusammenschau ergab sich somit eine chondrale Metaplasie in Form freier Gelenkkörper und eine chronische Synovialitis mit Kapselfibrose (Abbildungen 5, 6). Das postoperative MRT dokumentierte im Vergleich zum Vorbefund die vollständige Entfernung der synovialen Raumforderung.

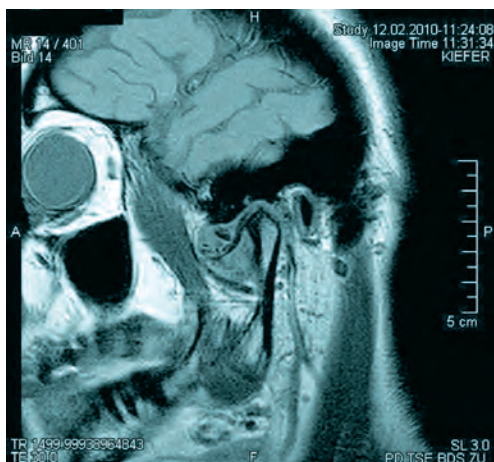


Abbildung 2: Nachweis einer 4 cm x 2,5 cm x 1,5 cm großen Raumforderung im Bereich des rechten Kiefergelenks am ehesten ausgehend von der Gelenksynovia: Der rechte Kondylus ist von der Raumforderung umhüllt und zeigt sich partiell arrodiiert, aber nicht sicher destruiert.

Postoperativ kam es zu einer raschen Erholung der Patientin. Durch ein Mundöffnungstraining konnte zügig eine normale Mundöffnung von 39 Millimetern Schneidekantendistanz erzielt werden. In den Kontrollen ein und zwei Jahre nach der Operation stellte sich die Patientin beschwerdefrei mit unbeeinträchtigter Kiefermobilität vor.

Diskussion

Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese

Die synoviale Chondromatose ist eine seltene, benigne Erkrankung der Gelenke, die durch das Vorhandensein knorpeliger freier Gelenkkörper in der Synovialmembran

und im Gelenkspalt charakterisiert ist [von Lindern J. J., 2002].

Die großen Gelenke an den Extremitäten, wie Knie-, Hüft- und Ellenbogengelenk, sind häufiger betroffen als das Kiefergelenk. Typisch ist ferner ein einseitiger Befall. Im Zeitraum von 1764 bis 2010 sind in der Literatur 241 Fälle beschrieben [Shah S. B., 2011]. Frauen sind im Verhältnis 7:3 mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer. Das häufigste Erkrankungsalter liegt zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahr [Shah S. B., 2011].

Die Pathogenese ist bisher noch unzureichend verstanden. Einigkeit besteht darin, dass es sich um einen metaplastischen und nicht um einen neoplastischen Prozess handelt [Milgram J. W., 1977; Holmlund A., 1992; Holmlund A. B., 2003]. Man vermutet, dass die Chondrozyten in den Chondromen von primitiven mesenchymalen Zellen aus der Synovia gebildet werden [Blankestijn J., 1985; Norman J. E., 1988; Carls F. R., 1995; Sato J., 2002]. Milgram beschrieb 1977 drei Entwicklungsphasen der synovialen Chondromatose, die bis heute als sogenannte Milgram-Klassifikation in der Literatur zur histologischen Einteilung verwendet werden:

Durch metaplastische Aktivität und Proliferation mesenchymaler Zellen aus der Synovia kommt es zur Bildung von hyalinem Knorpel, der sich zu kleinen Noduli formiert. Im Stadium I bleiben diese mit der Synovialmembran verbunden, lösen sich im Stadium II ab und befinden sich als freie Gelenkkörper in der Gelenkflüssigkeit, degenerieren und kalzifizieren im Stadium III. Zu diesem Zeitpunkt weisen sie keine metaplastische Aktivität mehr auf. Bei unserer Patientin lag eine Gelenkchondromatose im Stadium III vor.

Als auslösende Faktoren werden Entzündungen wie chronische Arthritis oder traumatische Einflüsse diskutiert [Blankestijn J., 1985; Helmy E. S., 1989; McCain J. P., 1989]. In diesen Fällen spricht man von einer

sekundären synovialen Chondromatosis im Gegensatz zur primären Form, bei der kein auslösender Faktor gefunden werden kann. Die freien Gelenkkörper befinden sich meistens nur im oberen Gelenkspalt, können aber im Fall einer Diskusperforation in den unteren Gelenkspalt gelangen [Wong W. C., 2001; Martin-Granizo R., 2005]. Kapsuläre Überschreitungen mit Erreichen der Kaumuskeln, der Parotis und die Ausbreitung bis zur Schädelbasis wurden beschrieben [Quinn P. D., 1992].

Diagnostik

Die Symptome äußern sich in Schmerzen, einer präaurikulären Schwellung und Krepitation über dem betroffenen Gelenk. Die Mundöffnung ist limitiert mit Deviation der Mundöffnung zur erkrankten Seite [Forsell K., 1988; Norman J. E., 1988; Holmlund A. B., 2003]. Die Symptome sind jedoch unspezifisch und können in ihrer Ausprägung variieren. So treten Schwellung und Mundöffnungseinschränkung erst im fortgeschrittenen Stadium auf. Die meisten Patienten (86 Prozent) [Thompson K., 1986] haben eine lange Krankheitsgeschichte bis

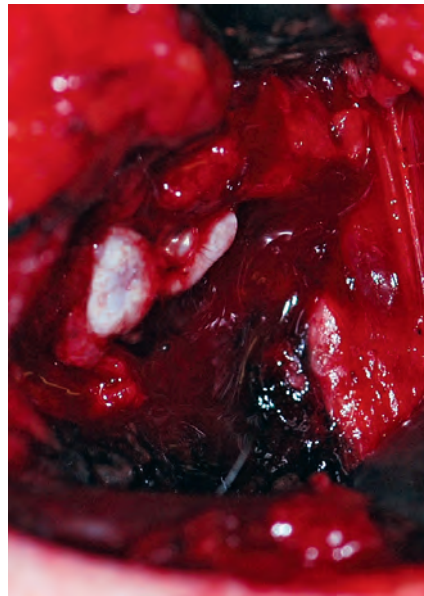


Abbildung 3: Operationssitus mit freien Gelenkkörpern

Gelenkflächen sowie punktförmige Aufhellungen je nach Krankheitsstadium wegweisend sein [Noyek A. M., 1977]. Diese Veränderungen werden erst durch ein Dünnschicht-Computertomogramm präzisiert. Das Magnetresonanztomogramm ermöglicht die genaue Darstellung der Weich-

bereits vor der Kalzifikation darstellbar sind (Milgram-Klassifikation I, II) [Testaverde L., 2011].

Die Arthroskopie ist das diagnostische Mittel der ersten Wahl. Es sollte jedoch ausreichend verwertbares Material für die histopathologische Auswertung gewonnen werden können.

Differenzialdiagnosen

Die Liste der Differenzialdiagnosen ist lang. Viele Patienten werden, bevor eine präaurikuläre Schwellung auftritt, mit Verdacht auf eine craniomandibuläre Dysfunktion behandelt. Durch die frühzeitige Konsultation eines Zahnarztes und die dort standardmäßig angefertigten Röntgenübersichtsaufnahmen vom Kiefer ist bei Nachweis entsprechender Veränderungen vermutlich eine zügige Diagnosestellung möglich. Insbesondere bei zunehmenden Kiefergelenksbeschwerden und Versagen konservativer Therapien sollten ein MRT veranlasst und nach weiteren Ursachen gesucht werden. Weiterhin kommen differenzialdiagnostisch entzündliche, infektiöse Prozesse wie rheumatoide Arthritis, tuberkulöse Arthritis, die pigmentierte villonoduläre Synovialitis, die chronische Parotitis, die Otitis media, unspezifische Lymphadenitis, degenerative Erkrankungen wie Arthrosen, Tumore des Kiefergelenks, der Parotis, aber auch der umliegenden Gewebe wie Meningeome, Neurinome, Chondrosarkome, Lymphome sowie intrakapsuläre Frakturen und die aseptische Knochennekrose des Kondylus in Betracht. Freie Gelenkkörper werden zudem bei der Chondrokalzinose („Pseudogicht“) gebildet wie auch unter anderem bei der rheumatoiden und bei der tuberkulären Arthritis [Blankestijn J., 1985; Raustia A. M., 1993; Carls F. R., 1995; Vargas A., 1997].

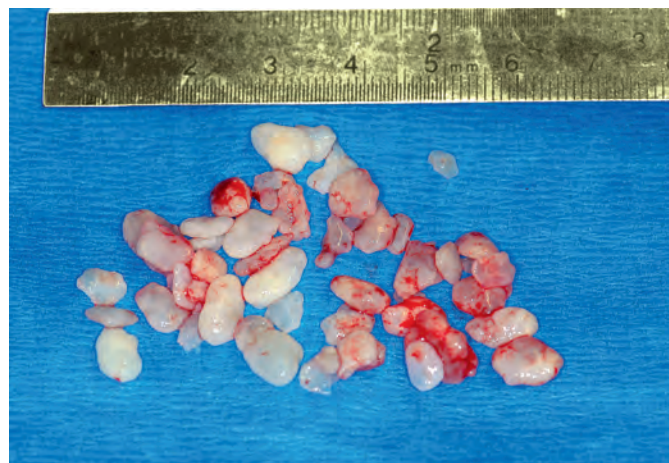


Abbildung 4: freie Gelenkkörper

zur richtigen Diagnosestellung, die letztlich erst nach charakteristischem, intraoperativem Befund und histologischer Aufarbeitung gestellt werden kann.

Im Röntgenbild des Kiefers und der Gelenke können ein vergrößerter Gelenkspalt, eine einseitig limitierte Kondylusbeweglichkeit, unregelmäßig begrenzte

gewebe und damit die Beurteilung des Diskus, der disloziert oder geschädigt sein kann, sowie der exakten Begrenzung der Läsion und die genauere Diagnostik einer möglichen Beteiligung der Nachbarstrukturen [Nokes S. R., 1987]. Einzig das MRT eignet sich als Bildgebung in der Frühphase der Erkrankung, da die freien Gelenkkörper

Therapie

Die Therapie der Wahl ist die offene Kiefergelenksoperation. Sie ist minimal-invasiven Verfahren – wie der Arthroskopie als alleinige Maßnahme – wegen der besseren Übersicht und Zugänglichkeit überlegen. Die Entfernung der freien Gelenkkörper und der un-

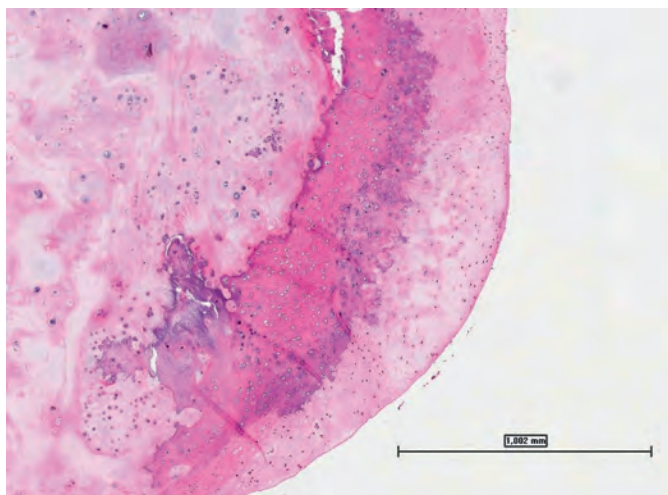


Abbildung 5:
Histologie:
Multiple osteo-
chondrale
Gelenkkörper
(HE 0,6x)

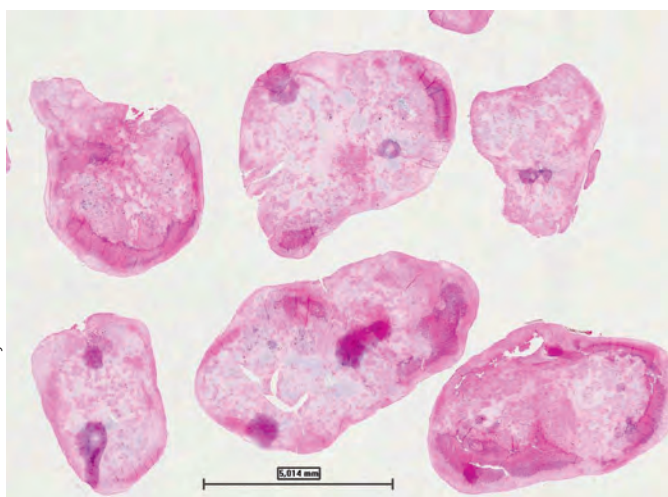


Abbildung 6:
Histologie:
osteochondrales
Gewebe mit peripher
vorherrschendem,
hyalinem Knorpel-
saum, der durch
degenerative Ver-
änderungen sowie
durch Usuren
gekennzeichnet ist,
bisweilen knospige
Anordnung der
Chondrozyten,
Verkalkungen
(HE 10x)

Fotos: Dr. Werner Meyer

mittelbar involvierten Synovialmembran ist in den meisten Fällen ausreichend. Die Synovialektomie wurde propagiert, um einem Rezidiv vorzubeugen [Axelsson S., 1992; Ardekian L., 2005]. Allerdings sollte sich die Radikalität an dem Krankheitsstadium (Klassifikation nach Milgram) orientieren. Demnach müsste im Frühstadium mit ausgeprägter Proliferationsaktivität der Synovialmembran radikaler exzidiert werden als im Endstadium [Aydin M. A., 2002]. Der Diskus sollte nur im Fall einer kompletten Zerstörung entfernt werden. Condylar shave oder eine Kondylektomie sollte Extremfällen vorbehalten bleiben [Blankestijn J., 1985].

■ bei der Kombination aus präaurikulärer Schwellung, Schmerzen, Krepitation, Mundöffnungseinschränkung und Deviation an die synoviale Chondromatose denken

Dr. Ulrike Kulik
Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Hansteinstr. 29, 34121 Kassel
kulik@rkh-kassel.de

Carsten Czerny
Altenbaunaer Str. 119, 34132 Kassel

Dr. Werner Meyer
Pathologie Nordhessen
Germaniastr. 7, 34119 Kassel

Tipps für die Praxis

■ bei therapieresistenten, einseitigen Kiefergelenksbeschwerden ein MRT anfertigen

zm Leser service

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

Diffenzialdiagnostik bei Schleimhautveränderungen

Diffuse Blutungen bei akuter Immunthrombozytopenie

Daria Pakosch, Martin Kunkel

Eine 41-jährige Patientin stellte sich mit einer seit drei Tagen anhaltenden, diffusen oralen Schleimhautblutung vor (Abbildungen 1a und 1b). Gerinnungsstörungen waren sowohl bei der Patientin als auch in ihrer Familie nicht bekannt. Anamnestisch gab die Patientin keine Medikamenteneinnahme an. Sie berichtete über zurückliegende Hepatitis-A- und -B-Infektionen. In der klinischen Untersuchung zeigten sich intraoral ausgeprägte, multifokale Blutungen und auch blutgefüllte Blasenbildungen der Wangenschleimhaut auf Höhe der Interkalarlinie. Weder klinisch noch in der Panoramaschichtaufnahme ergaben sich Hinweise auf eine lokal ent-

mität sowie am Rumpf. Es war daher von einer systemischen Ursache der Blutung auszugehen, so dass weitergehende Untersuchungen erforderlich waren.

In der laborchemischen Untersuchung fiel unmittelbar eine absolute Thrombozytopenie mit 0,0 Thrombozyten/ μl auf, während das restliche Blutbild unauffällig war. Die zurückliegenden Hepatitis-A- und -B-Infektionen wurden serologisch bestätigt. Trotz der eindrucksvollen Blutung lag insbesondere der Hämoglobinwert noch im Normbereich, so dass es sich tatsächlich um ein akutes Ereignis handeln musste. In weiteren laborchemischen Kontrollen konnte ein Laborartefakt der Thrombozytenzahl

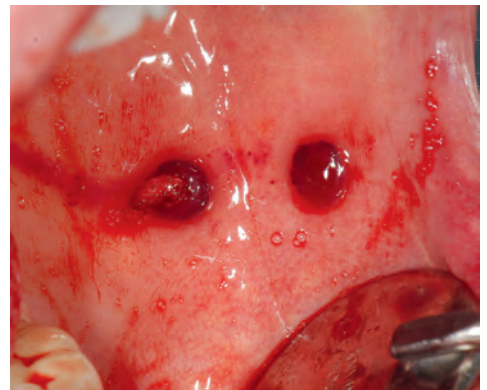


Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.

akuten Immunthrombozytopenie letztlich als Ausschlussdiagnostik bestätigt werden. Bei anhaltenden, diffusen oralen Schleimhautblutungen wurde der Patientin zunächst ein Thrombozytenkonzentrat verabreicht. Gleichzeitig wurde eine intravenöse Therapie mit Prednisolon eingeleitet. Darunter überschritten die Thrombozytenzahlen innerhalb von sechs Tagen wieder die untere Normwertgrenze und lagen am siebenten Tag mit 250 000/ μl gut im Normbereich.



Abbildung 1:
Klinischer Aspekt bei der Erstuntersuchung: Es stellt sich eine diffuse Blutung aus der Mucosa dar (a). Eine floride Gingivitis als potenzielle Ursache einer vermehrten Vulnerabilität der Schleimhaut wird nicht erkennbar. Daneben zeigen sich auch blutgefüllte Blasenbildungen auf Höhe der Interkalarlinie (b).



zündliche Ursache, beispielsweise einer floriden Gingivitis oder einer fortgeschrittenen Parodontitis (Abbildung 2). Ferner zeigten sich in der extraoralen Untersuchung multiple Petechien an oberer und unterer Extre-

ausgeschlossen werden. Da als systemische Ursache insbesondere eine Immunthrombozytopenie, aber auch maligne Systemerkrankungen infrage kamen, wurde die Patientin an die Medizinische Universitätsklinik des Hauses weitergeleitet.

Dort erfolgte unter dem Verdacht auf eine akute Immunthrombozytopenie eine Untersuchung des Knochenmarks, in der sich eine Megakaryozytose zeigte. Die anschließende Durchflusszytometrie ergab keinen Nachweis eines B-Zell-Lymphoms als Ursache der Thrombozytenbildungsstörung. Abschließend konnte die Verdachtsdiagnose der

Diskussion

Im Gegensatz zu mechanisch induzierten lokalen Blutungen bei entzündlichen Schleimhautveränderungen (wie nach einer Zahnreinigung), sind flächige spontane Blutungen in der Mundhöhle immer ein Alarmsymptom, das zwingend eine Klärung der Ursache erfordert. Bereits anamnestisch lassen sich Hinweise auf Überdosierungen von Antikoagulantien oder Thrombozyten-Aggregationshemmern erfassen. Daneben sind grundsätzlich Laboruntersuchungen (Blutbild, Globalparameter der Gerinnung



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

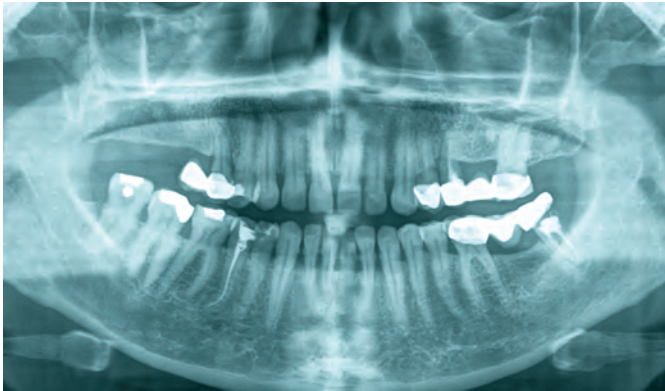


Abbildung 2: Orthopantomogramm: Auch radiologisch ergeben sich keine Hinweise auf eine ausgeprägte Parodontitis.



Abbildung 3: Klinischer Aspekt der petechialen Blutungen bei der Patientin, hier am Unterschenkel: Es finden sich kleine gruppierte Blutungen von Stecknadelkopf-Größe.

Fotos: D. Pakosch, M. Kunkel

wie PTT und INR) erforderlich. Zum einen um das Ausmaß des Blutverlusts und eine daraus resultierende Gefährdung des Patienten abschätzen zu können, zum anderen um einen ersten Anhalt über die Art der Hämostasestörung zu gewinnen. Im vorliegenden Fall zeigte sich dann auch sofort die absolute Thrombozytopenie, so dass die weitere Diagnostik fokussiert werden konnte. Bei der laborchemischen Untersuchung ist zu beachten, dass eine erniedrigte Thrombozytenzahl als Artefakt im Rahmen einer Pseudothrombozytopenie durch Aggregation der Thrombozyten ent-

stehen kann, daher sollte zusätzlich immer eine Analyse des peripheren Blutausstrichs erfolgen [Kiefel and Greinacher, 2010]. Bei den Thrombozytopenien sind die eher seltenen Störungen der Thrombozytenbildung (extrem selten primär, etwas häufiger sekundär im Rahmen einer Myelodysplasie) von den häufigeren „Verbrauchs“-Thrombozytopenien abzugrenzen, zu denen insbesondere die Immunthrombozytopenien gehören. Bei den letztgenannten Erkrankungen werden Autoantikörper gegen Oberflächenbestandteile der Thrombozyten gebildet, die letztlich zu einem vermehrten Abbau der Thrombozyten in der Milz führen. Zum anderen können Autoantikörper aber auch die Bildung der Thrombozyten durch Schädigung der Megakaryozyten im Knochenmark reduzieren [Greinacher et al., 2009]. Akute Thrombozytopenien treten meistens im Kindesalter nach einem Virusinfekt auf, chronische Verlaufsformen betreffen überwiegend erwachsene Frauen. Das typische klinische Bild einer akuten Thrombozytopenie ist durch Petechien, das heißt punktförmige, in der Regel gruppiert auftretende Blutungen der Haut (Abbildung 3), gekennzeichnet. Bedeutsam für die Zahnheilkunde ist, dass sich akute Thrombozytopenien in vielen Fällen erstmals durch orale Schleimhautveränderungen, wie beispielsweise Schleimhaut-Petechien oder auch wie hier durch diffuse gingivale Blutungen, bemerkbar machen [Chi et al., 2010]. Die Diagnose der akuten Immunthrombozytopenie wird letztlich im Rahmen einer Ausschlussdiagnostik, ins-

besondere dem Ausschluss hämato-onkologischer Ursachen, gestellt.

Für die Therapie der akuten Immunthrombozytopenie werden zunächst Glucocorticoide eingesetzt, eventuell ergänzt durch Immunglobuline [Keller, 2010]. Die Indikation zur Substitutionstherapie wird bei Immunthrombozytopenien nur bei schweren Verlaufsformen gestellt. Wenn trotz Therapie nach einem Jahr noch klinisch relevante Blutungen bestehen, ist eine Splenektomie indiziert, um den Abbau der durch Autoantikörper markierten Thrombozyten zu senken.

Für die Praxis soll dieser Fall zum einen darauf hinweisen, dass spontane orale Blutungen immer einer weiterführenden Diagnostik bedürfen. Zum anderen muss bei Patienten mit einer Thrombozytopenie berücksichtigt werden, dass eine zusätzliche Medikation, beispielsweise mit Acetylsalicylsäure, lebensbedrohlich sein kann [Greinacher et al., 2009].

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

zm Leser service

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

INFO

Fazit für die Praxis

- Spontane orale Blutungen bedürfen immer einer weiterführenden Diagnostik, da lebensbedrohliche Erkrankungen oder auch gefährliche Überdosierungen von Medikamenten im Hintergrund stehen können.
- Bei Blutungen, deren Dauer und Umfang nicht abschätzbar ist, muss eine laborchemische Diagnostik veranlasst werden, um das Ausmaß des Blutverlusts zu bestimmen.
- Zusätzliche petechiale Blutungen der Haut weisen auf eine thrombozytäre Ursache der Blutung hin.
- Medikamente mit Einfluss auf die Thrombozytenfunktion, wie beispielsweise Acetylsalicylsäure, sollten bei einer Immunthrombozytopenie vermieden werden.

Die klinisch-ethische Falldiskussion

Vernachlässigung eines sechsjährigen Jungen

Dominik Groß, Karin Groß, Jens Kaschuba und Kirsten Brukamp

Diese Kasuistik beschäftigt sich mit der zunehmenden Vernachlässigung eines sechsjährigen Patienten nach der Trennung der Eltern und greift das Thema „Intervention bei häuslicher Gewalt“ aus den zm 12/2012 auf.



Foto: www.weisser-ring.de, Meinardus

Der Fallbericht:

Dr. AG, niedergelassene Zahnärztin in einem Vorort von Stuttgart, sorgt sich seit einiger Zeit um Lukas, einen sechsjährigen Patienten, der vor vier Jahren zum ersten Mal in ihre Praxis kam: Seit eineinhalb Jahren wird der Junge wiederholt kurzfristig zur Schmerzbehandlung in der Praxis vorstellig; meistens handelt es sich um kleine akute Zahnfleischabszesse, (tiefe) kariöse Läsionen oder Aphthen. Die vereinbarten regulären Termine werden demgegenüber nicht wahrgenommen. Der kleine Patient leidet an den Folgen einer durch falsches Ernährungsverhalten bedingten Early Childhood Caries. Keiner der wenigen noch verbliebenen Milchzähne ist kariesfrei und die Mundhygiene des Patienten ist absolut insuffizient. Der Vater des Jungen hat sich vor zwei Jahren von der Mutter getrennt und ist mit seiner neuen Lebensgefährtin nach Greifswald gezogen. Er schien bis zur Trennung für die – schon damals suboptimale, aber noch einigermaßen befriedigende – Zahnpflege des Kindes zuständig zu sein und begleitete dieses auch zu den Zahnarztterminen. Die Mutter weist nach Einschätzung der Zahnärztin eine geistige Minderbegabung auf. Sie scheint mit der Erziehung und Betreuung von Lukas überfordert. Wiederholte Bemühungen, die Mutter in den Bereichen Ernährung und Mundhygiene zu schulen, werden von dieser gekontert mit

Sätzen wie „Hab ihm doch schon tausendmal gesagt, er soll sich die Zähne putzen, aber er macht es einfach nicht“ oder „Er weiß ganz genau, dass Schokolade ungesund ist, aber er isst sie trotzdem“. Häufig folgt der kategorische Hinweis, dass sie nicht die Kraft habe, sich jeden Tag um „all diese Dinge“ zu kümmern. Auf die Frage der Zahnärztin, ob sie sich nicht Hilfe von außen holen wolle, reagiert die Mutter jedoch uneinsichtig. AG fürchtet um die bleibenden Zähne, macht sich aber auch grundsätzliche Sorgen um die weitere Entwicklung des Kindes, das neben Zeichen einer Fehlernährung (keine regelmäßigen warmen Mahlzeiten, Untergewicht) auch Hinweise auf eine zunehmende Verwahrlosung (schmutzige Kleidung, geringe Körperhygiene, leicht filzige Haare, Hautveränderungen) zeigt. Die Zahn-

ärztin hat zunehmend das Gefühl, dass es medizinisch und ethisch geboten wäre zu handeln. Doch welches Vorgehen ist angemessen?

- Soll sie den Druck auf die Mutter erhöhen?
- Soll sie den Vater als zweiten Erziehungsberechtigten in Greifswald kontaktieren und, wenn ja, heimlich oder nach Ankündigung gegenüber der Mutter?
- Soll sie den Kinderarzt anrufen und sich mit ihm austauschen?
- Wenn ja: Braucht sie dafür die Erlaubnis der Mutter?
- Oder soll sie das zuständige Jugendamt einschalten? Wenn ja: Muss sie dies der Mutter ankündigen?
- Und wie verhält es sich in einem solchen Fall mit der ärztlichen Schweigepflicht?

Dominik Groß und Karin Groß

Kommentar 1

Es handelt sich hier um einen auf den ersten Blick komplexen Fall, der verschiedene Aspekte aufweist, die in ethischer, in juristischer und in forensischer Hinsicht Einfluss auf das zahnärztliche Handeln haben können [Bundesärztekammer, 1998; Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2006; Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2009; Behörde für Soziales, 2006]. Insbesondere zu nennen sind das junge Lebens-

alter des Patienten, seine daher nicht gegebene Einsichtsfähigkeit, die Trennung der Eltern, das offensichtlich dennoch gemeinsam ausgeübte Sorgerecht, die Bradyphrenie der Mutter und die große Entfernung, in der der Vater des Jungen nach der Trennung der Eltern lebt. Einführend sei auf die vier Prinzipien nach Beauchamp/Childress hingewiesen: Patientenautonomie, Non-Malefizienz-Prinzip (Nichtschadensgebot), Benefizienz-Prinzip (Gebot des Wohltuns) und Gerechtigkeit. Insbesondere das zweite und das

dritte Prinzip im Sinne des Kindeswohls anzuwenden, halte ich in diesem Fall für geboten, wobei das „Wohltun“ hier den Weg der Intervention bedeutet, um das „Nichtschaden“ zu erreichen, also eine Verbesserung der Lebensumstände des kleinen Patienten. Es empfiehlt sich hier meines Erachtens ein mehrstufiges Vorgehen, das in den ersten Schritten versucht, alle beteiligten Familienmitglieder einzubinden:

1. Zunächst ist es sicher sinnvoll, nochmals das Gespräch mit der Mutter zu suchen, wobei ein forschendes oder ein zu forderndes Auftreten kontraproduktiv sein kann. Da bereits mehrfach Bemühungen seitens der Behandlerin fruchtlos geblieben sind, sollte Ziel des Gesprächs sein, eine teilweise Entbindung von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht zu erreichen, um den Kontakt zum Kinderarzt zu suchen, mit diesem gemeinsam die Situation konsiliarisch zu erörtern und ein interdisziplinäres Vorgehen zu planen, wenn dies möglich ist. Da hier ein gemeinsames Sorgerecht beider getrennter Elternteile vorliegt, reicht eine alleinige Entbindung durch die Mutter nicht aus.

INFO Glossar

Vollständig einsehbar unter Service auf www.zm-online.de:

„In loco parentis“-Prinzip

gesetzliche Zuständigkeit von Personen oder Organisationen, die die Funktion und Verantwortlichkeit eines Elternteils für ein Kind übernehmen (lat.: in loco parentis = an Eltern statt)

Kindesvernachlässigung

andauerndes oder wiederholtes Unterlassen fürsorglichen Handelns, das zu erheblichen Beeinträchtigungen der physischen und/oder der psychischen Entwicklung des Kindes führt oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen beinhaltet

Kindeswohl

Rechtsgut aus dem deutschen Familienrecht, das das gesamte Wohlergehen eines Kindes oder Jugendlichen wie auch seine gesunde Entwicklung umfasst



Foto: [M]Dentimages-Meinardus

Die frühkindliche Karies lässt bei dem Patienten auf ein schwieriges häusliches Umfeld schließen.

2. Parallel ist daher die Kontaktaufnahme zum Vater des Jungen anzustreben. Dies ist ohne Verschwiegenheitspflicht-Entbindung durch die Mutter möglich, da – wie bereits erwähnt – ein gemeinsames Sorgerecht vorliegt und daher beide Elternteile Anrecht auf ärztliche Informationen zum Gesundheitszustand des gemeinsamen Kindes haben. Wie der Fallschilderung zu entnehmen ist, scheint der Vater eine größere Einsichtsfähigkeit aufzuweisen als die Mutter. Die Kontaktaufnahme verfolgt zwei Ziele: das positive Einwirken des Vaters auf die Mutter und die Entbindung von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht zur Kontaktabahnung mit dem Kinderarzt. Häufig wird nicht beachtet, dass auch der Informationsaustausch unter ärztlichen und zahnärztlichen Kollegen aufgrund der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht nur dann statthaft ist, wenn der Patient oder in diesem Fall die fürsorgberechtigten Eltern ihr Einverständnis geben. Im Fall getrennt lebender Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht muss die Entbindung durch beide Elternteile (gemeinsam oder separat) erfolgen.

3. Wenn die bisher unternommenen Schritte zu keiner Besserung führen oder einer der Elternteile der Kontaktaufnahme mit dem Kinderarzt widerspricht und es zu einer weiteren Verwahrlosung des Jungen kommt, wird der Fall auf die nächste Stufe gehoben. In diesem Fall kommt die besondere Garantstellung der Zahnärztin zum Zuge, die aus (zahn)medizinethischer Sicht zur Verpflichtung führt, weiteren Schaden von ihrem jungen Patienten abzuwenden, also gleichsam in loco parentis zu handeln. Obgleich der geschilderte Fall nicht so gravierend ist, dass eine Offenbarungspflicht entsteht, kann die Behandlerin unter Abwägung der kollidierenden Rechtsgüter (hier: Kindeswohl versus Verschwiegenheitspflicht) zu der Einsicht gelangen, dass ein begründeter Verdacht nach § 34 StGB auf Gefährdung des Kindeswohls besteht und das Rechtsgut „Kindeswohl“ höherwertig einzustufen ist als die „ärztliche Verschwiegenheitspflicht“. Unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten Gebote Non-Malefizien und Benefizienz in Verbindung mit einem begründeten Verdacht bei fortschreitender Verwahrlosung ist der Einsatz der im Rahmen der (zahn)ärztlichen Berufsausübung gewonnenen Erkenntnisse zugunsten des Kindeswohls vertretbar, wenn nicht geboten (Salus aegroti suprema lex). Die Benachrichtigung des Jugendamts als ultima ratio dürfte hier keine forensische Problematik darstellen, wie der Rechtsprechung eindeutig zu entnehmen ist.

Jens Kaschuba

Kommentar 2

Die Kasuistik präsentiert einen 6-jährigen Jungen, der bereits seit mehreren Jahren Patient bei einer niedergelassenen Zahnärztin ist. Letztere diagnostiziert eine Milchzahnkaries, die mit mangelnder Mundhygiene einhergeht, so dass sie die mögliche Komplikation einer Zerstörung des Milchgebisses befürchtet. Des Weiteren stellt sie Zeichen einer Kindesvernachlässigung fest, in Form von Versäumen zahnmedizinischer Termine,

Mangelernährung, Untergewicht, mangelnder Körperhygiene und Hautveränderungen. Die Mutter des Patienten ist nach Einschätzung der Zahnärztin intelligenzgemindert und trifft Aussagen, die auf eine Überforderung derselben mit der Betreuung des Sohnes hindeuten. Zum Vater herrscht eine große räumliche Distanz.

Der Fall konfrontiert die Zahnärztin mit der körperlichen und emotionalen Vernachlässigung eines Kindes durch die Erziehungsberechtigte, ohne Verdachtsmomente für

das Vorliegen von Misshandlungen, die jedoch verborgen werden könnten. Es besteht keine akute Gefährdung des Kindes im Sinne eines Notfalls, doch die bereits zu beobachtenden und die für die Zukunft zu befürchtenden Gesundheitsschäden sind bedeutsam und können nicht ignoriert werden.

Medizinethisch spielt unter Berücksichtigung der genannten vier Prinzipien der Grundsatz der Fürsorge für diese Kasuistik eine besondere Rolle: Die Zahnärztin möchte sowohl die zahnmedizinischen als auch die pädiatrischen Probleme des Jungen angehen, um sein gesundheitliches und allgemeines Wohl zu sichern. Dieses wäre

idealerweise dann der Fall, wenn die Mutter die Verantwortung für die häuslichen zahnhygienischen Maßnahmen übernehmen und sich allgemein intensiver um das Kind kümmern würde, gegebenenfalls mit Unterstützung von außen. Zusätzlich gebietet das Nichtschadensgebot, keinen übermäßigen Druck auf die Mutter auszuüben, ohne ihr gleichzeitig Unterstützungsangebote zukommen zu lassen. Sonst besteht die Gefahr, dass sie den emotionalen Druck an das Kind weitergibt oder sich völlig aus der angestrebten Behandlungsbeziehung zurückzieht und damit das Kind weiter gefährdet. Rechtlich spielen für diese Kasuistik die Aspekte der elterlichen Sorge und der ärzt-

lichen Schweigepflicht wichtige Rollen. Heranzuziehen ist die Gesetzgebung aus dem Familienrecht (BGB), dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und dem Strafgesetzbuch (StGB). Des Weiteren kommt den Ordnungen und Empfehlungen der Ärztevereinigungen, der Berufsverbände und der Fachgesellschaften eine wichtige Bedeutung zu, wie sie unter anderem in der Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) festgeschrieben sind [etwa DGKJP, 2010].

Medizinrechtliche Überlegungen ergeben: Die Mutter des Patienten scheint überfordert, die angemessene elterliche Sorge [§ 1626, BGB] für seinen Gesundheitszustand zu leisten. Durch Mutter und Vater soll üblicherweise eine gemeinsame Ausübung der elterlichen Sorge im Einvernehmen [§ 1627, BGB] stattfinden. Allerdings ist hier zu beachten, dass es im vorliegenden Fall nicht um Entscheidungen geht, die zum Beispiel bei Meinungsverschiedenheiten gerichtlich getroffen werden könnten [§ 1628, BGB], sondern um tägliche Gesundheitsmaßnahmen. Daher ergibt sich eine Asymmetrie bei der Wahrnehmung der elterlichen Sorge, wobei zwar sowohl Mutter als auch Vater Entscheidungen treffen können, aber aktuell nur die Mutter den Jungen direkt und ständig körperlich und emotional umsorgt. Es besteht der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung [§ 8a, SGB VIII], aber die Voraussetzungen für eine Inobhutnahme [§ 8a, SGB VIII] aufgrund von dringender Gefahr liegen nicht vor.

Die Zahnärztin übernimmt in ihrer Berufsrolle freiwillig zumindest teilweise Schutzpflichten für das gesundheitliche Wohl des Jungen. Sie unterliegt üblicherweise der Schweigepflicht [§ 203, StGB; § 9, MBO-Ä; § 7, MBO-Z] gegenüber anderen Ärzten, wie beispielsweise dem Pädiater des Jungen, und gegenüber Behörden, wie unter anderem dem Jugendamt, doch eine Offenbarungsbefugnis, nicht Offenbarungspflicht, kann sich zum Schutz eines höherwertigen Rechtsguts [§ 9, MBO-Ä; § 7, MBO-Z] ergeben [StGB; Bundesärztekammer, 2006; Bundeszahnärztekammer, 2010].

INFO

Die Sicht der BZÄK

Im Rahmen von BZÄK-Koordinierungskonferenzen der Referenten für Prävention, Alters- und Behindertenzahnheilkunde wurde das Thema „Gewalt in der Familie“ aufgenommen und in seiner grundsätzlichen Bedeutung im Hinblick auf Prävention, Dokumentation und Intervention beleuchtet. Im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen in den Landes Zahnärztekammern konnte beobachtet werden, dass im Berufsstand gleichzeitig Sensibilität und Unsicherheit im Umgang mit dem Thema zu verzeichnen waren und sind. Aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse ist bekannt, dass 88 bis 94 Prozent der von häuslicher Gewalt betroffenen Personen Verletzungen im Hals- und/oder im Kopfbereich aufweisen. Zahnarztpraxen, zahnärztliche Notfallaufnahmen und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Kliniken sind somit häufige Anlaufstellen in der Gesundheitsversorgung von Gewaltopfern. Sie bieten ein stigmatisierungsfreies Umfeld, um Gewaltbetroffenheit zu erkennen, diese medizinisch zu versorgen, Informationen über Hilfeeinrichtungen weiterzugeben und Gewaltopfer zu ermutigen, diese in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus ist ein standardisiertes und gerichtsverwertbares Dokumentationsverfahren für die Gewaltopfer von erheblicher Bedeutung. Neben der unmittelbaren Erfahrung von Gewalt sind Vernachlässigungen

die häufigste Misshandlungsform. Trotz der in der wissenschaftlichen Literatur wenig vorhandenen Arbeiten ist bei misshandelten und vernachlässigten Kindern festzustellen, dass diese deutlich häufiger kariöse, nicht behandelte Zähne besitzen. Im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung beziehungsweise Betreuung ist es daher von besonderer Bedeutung, Vernachlässigung frühzeitig zu erkennen und konsequent im Rahmen der grundsätzlich präventiven Ausrichtung der Zahnmedizin anzugehen. In Fällen von Vernachlässigung oder unmittelbarer Gewalt kommt der Zahnmedizin vor diesem Hintergrund eine zunehmende Bedeutung zu. Die Einbindung dieses Fachbereichs bei der Gewaltprävention und bei der Vermeidung von Kindesvernachlässigungen ist somit geboten. Der Zahnmedizin kommt darüber hinaus im Gesamtkomplex des Themas „Gewalt in der Familie“ sowohl bei der Prävention als auch im Rahmen des richtigen Umgangs eine nicht unerhebliche und bisher nicht beachtete Bedeutung zu. Offensichtlich hat dies der Berufsstand aufgrund seines erhöhten Interesses selbst bereits erkannt und die zahnärztlichen Berufsorganisationen haben im Rahmen verschiedener Projekte darauf reagiert. ■

*Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer*

Die Entscheidungsoptionen für die Zahnärztin, die untereinander kombinierbar sind, umfassen das intensivere Gespräch mit der Mutter, die Kontaktaufnahme zum Vater, die Zusammenarbeit mit dem Kinderarzt und die Benachrichtigung des Jugendamts. In der Praxis sollte der Mutter ein weiteres Gespräch angeboten werden – im Rahmen eines speziellen Termins mit hinreichend Zeit in einer ungestörten Umgebung. Die Zahnärztin könnte dabei der Mutter detailliert die Ernsthaftigkeit der Gesundheitsprobleme ihres Sohnes vor Augen führen und Faktoren identifizieren, die es der Mutter erschweren, ihre elterliche Sorge adäquat wahrzunehmen. Die Mutter sollte ausführlich über Hilfsmöglichkeiten durch Jugendamt, Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) und Beratungsstellen (Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Kinderschutzzentren) informiert werden. Falls die Mutter nicht kooperationsfähig erscheint, ist ein Kontakt zum Vater überlegenswert, aber nicht unbedingt sinnvoll. Der Vater wird aufgrund der räumlichen Distanz in seiner neuen Lebenssituation die täglichen Gesundheitsmaßnahmen bei seinem Sohn nicht durchführen können, sofern nicht verabredet wird, dass der Junge in Zukunft bei ihm wohnen soll. Dieses könnte der Mutter im Gespräch vorgeschlagen werden. Das Ausmaß der Vernachlässigung mit Untergewicht und eventuell trophisch bedingten Hautveränderungen als möglichen Hinweis auf weitere oder drohende Organschäden begründen einen Kontakt zu Dritten, nämlich dem Pädiater des Jungen oder dem Jugendamt – nötigenfalls auch gegen den Willen der Mutter und unter Aussetzung der ärztlichen Schweigepflicht, bei Wahrnehmung der Schutzpflichten der Zahnärztin für das gesundheitliche Wohl ihrer

INFO

Bundskinderschutzgesetz

Am 1. Januar 2012 ist das neue Bundeskinderschutzgesetz in Kraft getreten. Es soll Prävention und Intervention im Kinderschutz gleichermaßen voranbringen und alle Akteure stärken, die sich für das Wohlergehen von Kindern engagieren. Die Bundeszahnärztekammer unterstützt insbesondere das Ziel, mit den §§ 4 und 5 BKiSchG eine bundeseinheitliche Regelung zur Beratung und Weitergabe von Informationen bei Kindeswohlgefährdung durch Geheimnisträger an das Jugendamt zu implementieren, da damit den betroffenen Zahnärzten eine größere Handlungssicherheit gegeben wird. Mit dem Kinderschutzgesetz beabsichtigt der Gesetzgeber, für Ärzte und somit auch

für Zahnärzte die Handlungsoptionen im Konfliktbereich zwischen ärztlicher Schweigepflicht und der Weitergabe von Informationen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zu verbessern. Zwar bedarf es gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung des Kindeswohls, jedoch wurde somit für Ärzte ein Beratungsanspruch beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe durch eine erfahrene Fachkraft gesetzlich fixiert. Eine wichtige Neuerung – auch für den Zahnarzt, um eventuelle rechtliche Konsequenzen durch Unterlassen wegen fahrlässiger Körperverletzung zu vermeiden. ■

Mehr zum Gesetz unter www.bmfsfj.de

Patienten. Insbesondere eine zeitnahe Abstimmung mit dem oder Rückverweisung an den Pädiater aufgrund des eingeschränkten allgemeinen medizinischen Zustands lässt sich auch gegenüber der Mutter sehr überzeugend begründen, so dass deren Einwilligung als wahrscheinlich gelten darf. Informationen des Kinderarztes könnten besonders hilfreich sein, da dieser den Jungen vielleicht schon länger behandelt, bereits zum Thema mit der Mutter Gespräche geführt oder konkrete Hilfsangebote initiiert hat. Auch wenn in diesem Fall die Einwilligung der Mutter zur Meldung an das Jugendamt nicht unbedingt erforderlich ist oder eine anonyme Anzeige gemacht werden könnte, ist es vorzuziehen, zum Erhalt einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Zahnärztin und Mutter, die ja durch die Fortsetzung der Therapie dem Patienten zugute kommt, eine angenehme Atmosphäre und weitge-

hende Transparenz in der Kommunikation aufrechtzuerhalten. In diesem Sinn sollte die Zahnärztin im persönlichen Gespräch alle Möglichkeiten ansprechen – falls sie nicht die Befürchtung hat, dieses würde dem Patienten aufgrund unabsehbarer Reaktionen der Mutter zum Nachteil gereichen. Dabei sollte sie auch erwähnen, dass das Jugendamt für Fälle elterlicher Überforderung zuständig ist und von ihr eingeschaltet werden könnte, wenn es nicht bald zu einer positiven Entwicklung des Gesundheitszustands des Patienten kommt. Auch ein Verpassen weiterer Zahnarzttermine wäre dann als Ausdruck des Behandlungsabbruchs durch die Mutter zu werten und würde diese Konsequenz nach sich ziehen.

Auf der Grundlage der Fallbeschreibung einer Vernachlässigung ohne konkreten Misshandlungsverdacht erscheint es durchaus glaubhaft, dass die Mutter bei Darlegung aller Alternativen und nach Information über soziale Hilfsangebote Einsicht zeigt, ihr Verhalten ändert und Hilfestellungen annimmt. Somit besteht die begründete Hoffnung, dass eine nachhaltige Besserung der Situation für den Jungen und für sie selbst resultiert.

Kirsten Brukamp

■ Das Literaturverzeichnis kann über zm@zm-online.de angefordert werden.

Korrespondenzadressen

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

Dr. med. dent. Karin Groß
Praxisklinik für Zahnheilkunde
Am Luisenhospital
Boxgraben 99
52064 Aachen
kdgross@arcor.de

Dr. med. dent. Jens Kaschuba
Eppendorfer Landstr. 139a
20251 Quickborn
jens@drkaschuba.de

Arbeitskreis Dentalinstrumente (AKDI)

Validierung von maschinellen Reinigungs- und Desinfektionsverfahren

Der AKDI gibt die folgenden Empfehlungen zur Validierung von maschinellen Aufbereitungsverfahren (Reinigung, Desinfektion, gegebenenfalls Trocknung) zahnmedizinischer Instrumente ab.



Neben der Einhaltung der korrekten Prozessparameter ist die richtige Beladung entscheidend für eine erfolgreiche Reinigung und Desinfektion im RDG

Reinigung und Desinfektion von Medizinprodukten und stellt sicher, dass das Gerät und dessen Zubehör ordnungsgemäß geliefert und installiert wurden.

■ **Betriebsqualifikation (OQ):** Im Rahmen der Betriebsqualifikation werden die Betriebsmittelversorgung, die Sicherheitsfunktionen und die Alarmer geprüf und dokumentiert.

■ **Leistungsbeurteilung (PQ):** Diese beurteilt die Wirksamkeit von Reinigung und Desinfektion unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten in der jeweiligen Zahnarztpraxis (Instrumentarium, Wasserdruck und -qualität, Reinigungsmittel, Beladungsmuster).

Durchführung der IQ und der OQ

■ Bei Neuanschaffung von RDG nach DIN EN ISO 15883-1 müssen die IQ und die OQ unmittelbar nach Aufstellung und Inbetriebnahme durch die diese Leistungen ausführende sachkundige Person nachgewiesen und dokumentiert werden. Entsprechende Nachweise sind in den Geräteunterlagen zu dokumentieren.

■ Bei der Validierung von RDG, die bereits vor Inkrafttreten der DIN EN ISO 15883-1 betrieben wurden, sind eine IQ und eine OQ in der Zahnarztpraxis nachzuholen. Dabei ist nachzuweisen, dass das Gerät die technischen Voraussetzungen für das Verfahren besitzt (wie Temperaturen, Einwirkzeiten, Stabilität der Verfahren).

■ Eine Wiederholung von IQ und OQ ist nur nach technischen Veränderungen am Gerät erforderlich.

Durchführung der PQ

■ Eine PQ des maschinellen Reinigungs- und Desinfektionsverfahrens ist generell bei Erstinbetriebnahme des Geräts und danach in den von den jeweiligen Herstellern

Gemäß § 4 Abs. 2 der MPBetreibV sind „Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten ... unter Beachtung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird“.

Die Validierung der maschinellen Aufbereitungsverfahren im Rahmen der Aufbereitung von Medizinprodukten ist somit auch auf dem Gebiet der Zahnmedizin erforderlich.

Definition und theoretische Grundlagen

Unter Validierung versteht man „den dokumentierten Nachweis, dass ein bestimmter Prozess mit einem hohen Grad an Sicherheit

kontinuierlich ein Produkt erzeugt, das vorher definierte Spezifikationen und Qualitätsmerkmale erfüllt“ [U.S. Food and Drug Administration, 1986].

Geräte zur Reinigung, Desinfektion und gegebenenfalls Trocknung von zahnmedizinischen Instrumenten (RDG) arbeiten mit dem Ziel, die genannten Verfahrensschritte reproduzierbar und mit ausreichender Wirksamkeit auszuführen. Die Anforderungen an die Reinigung und Desinfektion werden durch die DIN EN ISO 15883-1 definiert. Sie dienen auch bei Geräten, die baulich nicht dieser Norm entsprechen, als Referenzwerte. Die Validierung eines maschinellen Aufbereitungsverfahrens muss das Erreichen dieses Sicherheitslevels reproduzierbar nachweisen.

Sie setzt sich zusammen aus:

■ **Installationsqualifikation (IQ):** Diese ist ein Beleg über die Eignung des Geräts zur

angegebenen Fristen notwendig. Macht der Hersteller keine Angaben, ist die PQ nach zwei Jahren zu wiederholen.

■ Im Rahmen der Werksprüfung beziehungsweise der technischen Wartung generierte Messdaten sowie Untersuchungsergebnisse, die durch Mitarbeiter der Zahnarztpraxis selbst gewonnen wurden, können in die PQ einbezogen werden.

■ Die Ergebnisse der PQ sind in einem Untersuchungsbericht darzulegen.

Bestimmung der Reinigungswirkung

■ Eine ausreichende Reinigungsleistung wird durch die visuelle Sauberkeit beziehungsweise durch den Nachweis von Restprotein oder Hämoglobin an real verschmutzten zahnärztlichen Instrumenten nach der Aufbereitung nachgewiesen.

Bestimmung der Desinfektionswirkung

■ Bei thermischer Desinfektion ist die erfolgreiche Desinfektionswirkung durch thermoelektrische Messungen der Parameter Temperatur und Einwirkzeit an der Beladung eines RDG nachzuweisen.

■ Bei chemo-thermischen beziehungsweise chemischen Desinfektionsverfahren wird die Desinfektionswirkung mikrobiologisch bestimmt. Sie gilt als ausreichend, wenn die Koloniezahl des thermoresistenten *Enterococcus faecium* um mindestens fünf Zehnerpotenzen reduziert wird. Der Nachweis der Wirksamkeit im Inneren von Übertragungsinstrumenten muss durch Exposition der Testkeime in geeigneten Prüfkörpern erfolgen.

■ Durch Vergleich von mindestens drei Aufbereitungszyklen ist die Stabilität der

Verfahren nachzuweisen. Sofern vorhanden, können Messergebnisse von früheren Leistungsbeurteilungen als Vergleich hinzugezogen werden.

Dokumentation der Verfahrensparameter

■ Die für die Wirksamkeit der Reinigung und Desinfektion kritischen Prozessparameter Temperatur und Einwirkzeit sind messtechnisch zu überwachen und zu dokumentieren.

■ Ist das bei älteren Geräten nicht möglich, sind bei jedem Prozess spezielle Chemoindikatoren mitzuführen, die analoge Aussagen ermöglichen.

*Arbeitskreis Dentalinstrumente
Chausseestr. 13
10113 Berlin*



Repetitorium

Durch Zecken übertragene Erkrankungen

Foto: www.zecken.de

Kein anderes Tier verursacht in Deutschland so viele Erkrankungen wie der gemeine Holzbock – so das Fazit beim ersten Süddeutschen Zeckenkongress in Stuttgart. Die wichtigsten durch die kleinen Blutsauger übertragenen Erkrankungen sind die Borreliose und die Frühsommer-Meningoenzephalitis, kurz unter FSME bekannt.

Sowohl bei der FSME als auch bei der Borreliose ist derzeit ein deutlicher Anstieg der Krankheitszahlen zu verzeichnen. So wurden dem Robert Koch-Institut (RKI) im Jahr 2011 409 Fälle der durch Zecken übertragenen und durch das FSME-Virus bedingten Hirnhautentzündung gemeldet. Im Vorjahr waren es „lediglich“ 260 Krankheitsfälle. Die offiziellen Zahlen können allerdings täuschen. Denn nicht jeder Fall einer FSME

wird tatsächlich den Behörden gemeldet, da die Infektion längst nicht immer schwer verläuft und es nicht zur vollen diagnostischen Abklärung kommt. So ist davon auszugehen, dass leichte Krankheitsfälle als vermeintliche Sommergrippe fehlgedeutet werden. Experten gehen davon aus, dass die tatsächliche Zahl der FSME-Infektionen möglicherweise zehnmal höher ist als die Zahl der gemeldeten Fälle.

Weitaus häufiger als die FSME ist aber die Borreliose, eine durch das zu den Spirochäten gehörende Bakterium *Borrelia burgdorferi* verursachte Multiorganerkrankung.

Borreliose, FSME und mehr

Überträger der Erreger der FSME wie auch der Borreliose sind Zecken, wobei in Europa der gemeine Holzbock, *Ixodes ricinus*, die häufigste Zeckenart darstellt. Zecken gehören zu den Spinnentieren, haben acht Beine, einen rundlichen Körper und sind vor dem Blutsaugen nur wenige Millimeter groß. Sie ernähren sich vom Blut von Nagetieren und Säugern, wobei der Hinterkörper der Tiere nach der „Blutmahlzeit“ gut sichtbar um bis das 200-Fache anschwillt. Mit der Blutmahlzeit übertragen sie die Krankheitserreger.

Repetitorium

Foto: Tom - Fotolia.com



Die kleinen blutsaugenden Parasiten halten sich keinesfalls, wie oft behauptet, fast ausschließlich im Unterholz auf. Vielmehr reicht unter Umständen schon die Arbeit im eigenen Garten, um sich eine Zecke „einzufangen“, wie auf dem Zeckenkongress betont wurde. Zudem sind die kleinen Spinnentiere deutlich widerstandsfähiger, als bislang oft angenommen. Vom Garten ins Haus gelangt, sterben sie nicht gleich ab, wenn sie keinen Wirt finden, sondern können bis zu 14 Tage überleben und auf „Wirtssuche“ gehen. Sie überstehen sogar den Waschgang in der Waschmaschine bis 40 Grad Celsius und werden erst im Trockner zuverlässig abgetötet.

Zecken durchlaufen drei Entwicklungsstadien, brauchen dazu aber jeweils eine Blutmahlzeit. Die weibliche Zecke legt bis zu 3000 Eier, aus denen dann die Larven schlüpfen. Sie sind sehr klein, geschlechtslos und mit bloßen Auge kaum auszumachen. Die Larven befallen zum Beispiel Mäuse oder Igel und entwickeln sich nach einer Blutmahlzeit zur ebenfalls geschlechtslosen Nymphe, die sich nach einer weiteren Blutmahlzeit dann zum adulten Tier häutet.

Die Zecken erobern immer mehr Lebensraum und breiten sich – früher war ihr Hauptareal Österreich und Ungarn – vor allem Richtung Norden aus. So wurden sie bereits am nördlichen Polarkreis entdeckt. Sie überwintern im Boden und sind im Normalfall von März bis November besonders aktiv. Sie halten aber nicht, wie gelegentlich zu hören, Winterschlaf, sondern können bei milden Temperaturen durchaus auch in den Wintermonaten auf Wirtssuche gehen. So werden sie bereits ab drei Grad Celsius aktiv und nicht, wie lange geglaubt, erst ab sechs bis acht Grad Celsius.

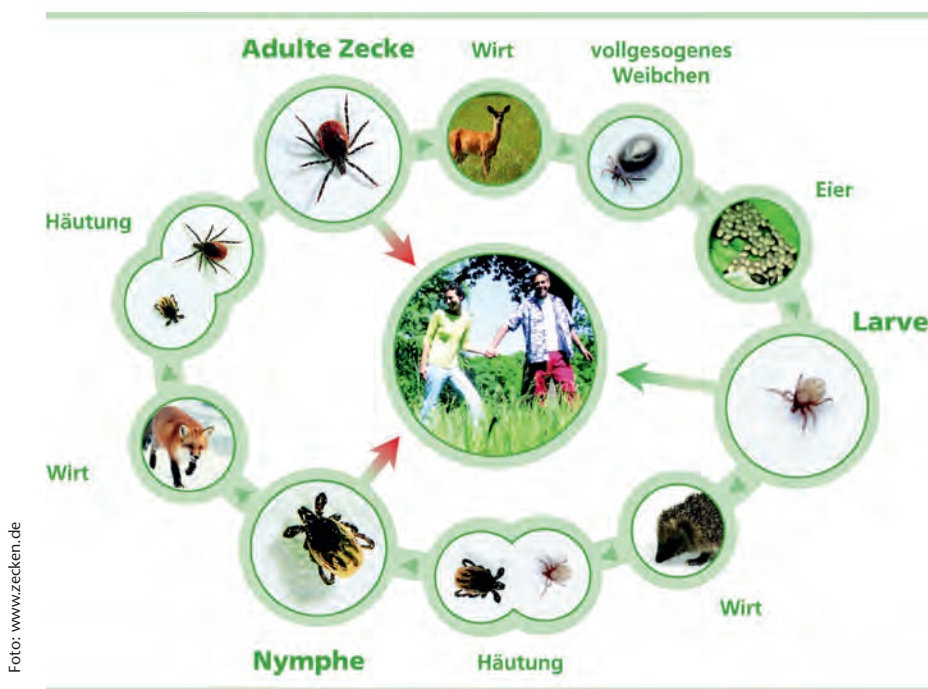


Foto: www.zecken.de

Entwicklungszyklus der Zecken

Schutz durchaus möglich

Unabhängig von der Impfung gegen FSME kann man durch ein vernünftiges Verhalten beim Aufenthalt im Freien das Risiko eines Zeckenbisses reduzieren. So lässt sich das Risiko beispielsweise minimieren, indem man sich auf befestigten Wanderwegen bewegt. Auch dann aber sollte man auf jeden Fall beim Waldspaziergang langärmelige Kleidung und selbstverständlich lange Hosen tragen und möglichst die Socken über die Hosenbeine ziehen. Repellentien vermitteln eine gewisse Schutzwirkung, sind jedoch gegen Zecken kürzer wirksam als beispielsweise gegen Mücken.

Der wichtigste Schutz gegen durch Zecken übertragene Erkrankungen ist, neben der Impfung stets Vorsicht walten zu lassen und

Tierchen, die man sich „eingefangen“ hat, unverzüglich zu entfernen. Zu bedenken ist, dass Zecken auf dunkler Kleidung schlechter zu sehen sind als auf heller Kleidung. Nach dem Waldspaziergang sollte man sich selbst und seine Angehörigen gründlich nach Zecken absuchen und dabei auch nicht die Kniekehlen, die Achselhöhlen und die Leisten vergessen, die quasi als Lieblingssorte der Zecken bekannt sind, weil hier die Haut dünn und dadurch besser „anzubeißen“ ist. Sie können aber auch am Haaransatz, hinter den Ohren oder auch in Hautfalten sitzen, weshalb dort bei Kindern unbedingt gesucht werden sollte.

Zecken beißen meist nicht sofort, sondern krabbeln zum Teil Stunden auf dem Körper umher, ehe sie sich „niederlassen“, so dass gute Möglichkeiten gegeben sind,



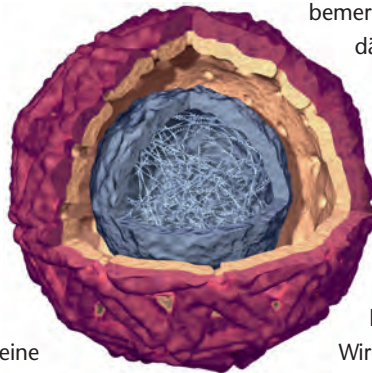
die Zecken nach dem Aufenthalt im Freien zu suchen und noch vor dem Biss zu entfernen.

Die Blutmahlzeit

Um Blut ihres Wirtes saugen zu können, ritzen die Zecken mit ihren scharfen Mundwerkzeugen zuerst die Haut auf, verankern sich mit ihrem Stechapparat in der Wunde und saugen dort Blut, das sie in ihren Darm aufnehmen. Der Vorgang ist nicht schmerzhaft und bleibt deshalb oft unbemerkt. Nach dem Vollsaugen – was aber zum Teil

Foto: www.zecken.de

Grafische Darstellung des FSME-Virus



erst nach einigen Tagen der Fall ist – fällt die Zecke von alleine von der Haut ab. Ähnlich wie bei einem Mückenstich bleibt an der Einstichstelle eine kleine juckende Rötung zurück. Die Zecke kann mit dieser Blutmahlzeit dann lange überleben. Im Labor konnten Zecken, die vorher Blut gesaugt hatten, bis zu zehn Jahre ohne weitere Nahrung überleben, in der freien Natur liegt die Lebenszeit im Mittel bei drei bis fünf Jahren.

Stellt man eine Zecke am Körper fest, die sich bereits festgebissen hat, sollte sie vorsichtig, aber energisch mittels einer spitzen Pinzette herausgezogen oder -gedreht werden. Dies sollte so rasch wie möglich geschehen, da die Wahrscheinlichkeit der Erregerübertragung mit der Dauer des Blutsaugens ansteigt. Die Einstichstelle sollte man in den folgenden Tagen sorgfältig im Auge behalten und kontrollieren, ob ein

Erythema migrans, also eine sich um die Einstichstelle herum ausbreitende Hautrötung (Wanderröte) als Frühsymptom einer Borreliose auftritt.

FSME – Gefahr nicht unterschätzen

Die FSME stellt ein ernst zu nehmendes, unter Umständen sogar letal verlaufendes Krankheitsbild dar, bei dem die FSME-Viren das ZNS angreifen. Die Infektion macht sich meist zunächst mit Kopfschmerzen und Fieber, Schluck- und Sprechstörungen

bemerkbar und kann zu Gedächtnis- und Gleichgewichtsstörungen sowie

Lähmungen führen. Diese können vorübergehend auftreten, in seltenen Fällen aber auch persistieren.

Oft heilt die Erkrankung relativ rasch aus. Wird jedoch das zentrale Nervensystem befallen, droht die

Meningitis mit hohem Fieber, starken Kopfschmerzen und oft einer Nackensteife. Im weiteren Verlauf kann eine Gehirnentzündung auftreten, es sind nicht mehr „nur“ die Hirnhäute, sondern praktisch das gesamte Gehirn ist betroffen. Bewusstseinsstörungen, psychische Veränderungen und Lähmungen können die Folge sein. In rund 80 Prozent der FSME-Fälle verläuft die Erkrankung so schwer, dass eine stationäre Behandlung notwendig ist. Bei rund zehn Prozent der Patienten ist mit bleibenden Folgen zu rechnen, ein Prozentsatz, der jedoch aktuellen Untersuchungen zufolge wahrscheinlich noch weit unterschätzt wird.

Etwas milder als bei Erwachsenen ist in aller Regel der Verlauf bei Kindern. Doch auch bei ihnen drohen in schweren Fällen

Krampfanfälle, Koma, Lähmungen und eine bleibende Behinderung oder sogar ein letaler Ausgang der Infektion. Eine direkte antivirale Therapie existiert nicht, die Behandlung erfolgt daher symptomatisch und die Krankheit heilt in aller Regel folgenlos aus, was allerdings Wochen bis Monate dauern kann.

Nicht jede Zecke überträgt die gefürchtete FSME. Das Risiko ist jedoch nicht zu unterschätzen. Immerhin erkrankten den Schätzungen zufolge in Risikogebieten wie beispielsweise Baden-Württemberg einer von 150 ungeimpften Menschen mit Zeckenstich. Bei etwa jedem zweiten Infizierten verläuft die Erkrankung schwer. Bei schwerem Verlauf ist die Rate bleibender Behinderungen hoch, in jedem zweiten Fall kommt es zur Berufsunfähigkeit infolge der FSME.

Chancen der Impfung konsequenter nutzen

Experten plädieren dafür, dass all jene, die sich häufig im Freien aufhalten, sich vorsorglich gegen die FSME impfen lassen. Trotzdem sind in Risikogebieten wie Baden-Württemberg nur rund 30 bis 40 Prozent der Kinder, die eingeschult werden, gegen die FSME geimpft, bei den Erwachsenen hat nur jeder vierte einen Impfschutz. Risikogebiete für die FSME sind neben Baden-Württemberg vor allem Bayern,

Eine Impfung ist nur für die Frühsommer-Meningoenzephalitis möglich.

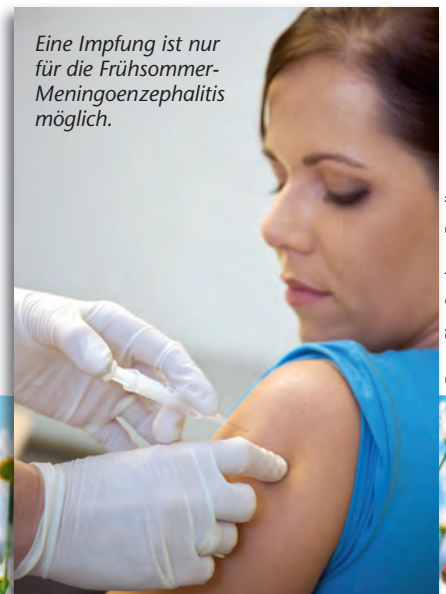


Foto: Gina Sanders – Fotolia.com

INFO

Weitere Informationen

- 1. Süddeutscher Zeckenkongress, <http://zeckenkongress.uni-hohenheim.de>
- Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts Nr. 14, 10. April 2012, www.rki.de
- Borreliose und FSME Bund Deutschland, www.borreliosebund.de

Südhessen und Südthüringen. Vereinzelt werden allerdings Infektionen auch aus nicht als Risikogebiet ausgewiesenen Regionen berichtet. Die Verbreitung wird häufig durch Hunde getriggert, die mit auf Reisen waren und die Zecken in die heimischen Gebiete tragen.

Drei Impfungen sind für einen vollen Impfschutz notwendig, die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen. Idealerweise sollte mit der Impfung im Herbst oder im Winter begonnen werden, damit im Frühsommer ein voller Impfschutz aufgebaut ist, wenn die FSME, wie der Name Frühsommer-Meningoenzephalitis schon andeutet, „Saison“ hat.

Notwendig sind zwei Impfungen im Abstand von ein bis drei Monaten, eine dritte Impfung sollte fünf bis zwölf Monate später erfolgen. Wer den idealen Zeitpunkt verpasst hat, kann mit der Impfung praktisch jederzeit beginnen, da sich nach 14 Tagen ein, wenn auch nicht vollständiger, Impfschutz, aufzubauen beginnt. Für Risikopersonen gibt es außerdem auch ein rasches Impfschema mit drei Impfungen innerhalb von drei Wochen.

Borreliose ist nicht nur eine Modekrankheit

Keine Impfmöglichkeit gibt es dagegen gegen die Borreliose, auch Lyme-Borreliose genannt, die insgesamt häufigste durch Zecken übertragene Krankheit. Sie ist bereits seit rund 100 Jahren bekannt, wurde allerdings erst 1982 konkret beschrieben.

Die Borreliose ist in Europa, Nordamerika und Asien bis in Regionen bis zu 1500 Höhenmetern verbreitet. In Deutschland besteht bundesweit Infektionsgefahr, diese ist jedoch regional unterschiedlich hoch, da je nach Lage fünf bis 35 Prozent der Zecken mit *B. burgdorferi* – benannt nach dem Erst-Beschreiber Willy Burgdorfer – durchseucht

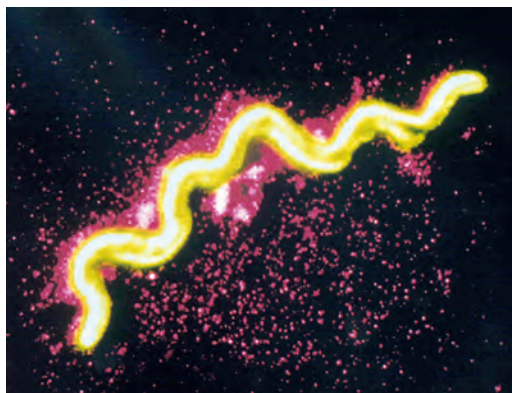


Foto: www.zecken.de

So sieht der Borreliose-Erreger aus.

sind. Fünf verschiedene humanpathogene Spezies sind hierzulande anzutreffen. Sie leben im Darm der Zecken und werden beim Stechen über den Vorgang des Blut-saugens auf den Menschen übertragen. Wichtigstes Erregerreservoir sind Mäuse, es kommt aber auch von Vögeln, Eidechsen, Füchsen, Kaninchen, Rehen und Rotwild und gegebenenfalls auch von Haustieren ausgehend über die Zecken zur Transmission der Bakterien auf den Menschen.



Derzeit erkranken in Deutschland jährlich etwa 100 000 Menschen an einer durch Zecken übertragenen Lyme-Borreliose. Besonders groß ist das Risiko in Brandenburg, Sachsen und Bayern. Eine Eindämmung der Infektionsgefahr erhoffen sich die Experten von einer bundesweiten Meldepflicht der Borreliose.

Die Lyme-Borreliose, die ihren Namen einem

Ort im US-Bundesstaat Connecticut verdankt, verläuft in aller Regel nicht letal, kann aber schwere chronische Erkrankungen mit Beteiligung verschiedener Organsysteme verursachen.

Bei den klinischen Zeichen wird differenziert nach früh lokalisierten Symptomen wie dem Erythema migrans sowie disseminierten Symptomen der Neuroborreliose

und Spätformen der Erkrankung wie der Acrodermatitis chronica atrophicans, der Lyme-Arthritis sowie einer späten Neuroborreliose.

Behandlung der Infektion

Tritt nach einem Zeckenstich ein Erythema migrans auf, sollte unverzüglich eine antibiotische Behandlung eingeleitet werden. Die Antibiotika müssen mehrere Wochen eingenommen werden. Wird die Behandlung frühzeitig begonnen, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Infektion völlig ausheilt und die Spätmanifestation abgewendet wird.

Geschieht das nicht, kann sich die Infektion ausbreiten und als Multiorganerkrankung manifestieren. Besonders häufig erfolgt die Dissemination ins ZNS, in die Gelenke und ins Myokard. Es kann beispielsweise zu einer Neuroborreliose kommen mit schmerzhaften Nervenentzündungen und auch Lähmungserscheinungen. Leitsymptom der Neuroborreliose sind brennende, quälende Schmerzen, die zumeist nachts exazerbieren.

Die Borrelien können ebenfalls die Gelenke infizieren und schmerzhafte Arthritiden, die sogenannte Lyme-Arthritis, hervorrufen, möglich ist ferner eine Beteiligung des Herzens in Form der Lyme-Karditis, die sich vor allem mit Rhythmusstörungen manifestiert. An der Haut ist als Infektionsfolge die Entwicklung einer Acrodermatitis chronica atrophicans mit zigarettenpapierdünnen, faltiger Haut möglich. Die Folgen der Infektion halten möglicherweise viele Jahre lang an und zeigen sich zum Beispiel mit chronischen Muskel- und Gelenksbeschwerden, Müdigkeit und Abgeschlagenheit oder auch mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen.

Dass die Borreliose keineswegs eine Modeerkrankung ist, sondern eher sogar unter-

Repetitorium



Aus Sicht der Zahnmedizin

Orofaziale Symptome als Hinweis auf eine Borreliose

Die Diagnose orofazialer Schmerzen und Beschwerden ist oftmals schwierig und herausfordernd. Auch die Borreliose ist eine Erkrankung, die multiple Organe befallen und sich durch vielfältige verschiedene klinische Symptome manifestieren kann. Die Symptomatik ist unter anderem von dem exakten Erreger abhängig: So verursacht *Borrelia burgdorferi* zumeist Gelenksbeschwerden, *Borrelia afzelii* die chronische atrophische Dermatitis und *Borrelia garinii* vorwiegend neurologische Auffälligkeiten. Bei Befall der kranialen Nerven treten unter anderem Gesichtsnerven und auch Zahnschmerzen, Lähmungserscheinungen des N. facialis, Sehstörungen, Hals- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in den Kiefergelenken und der mastikatorischen Muskulatur auf. Liegt bereits ein chronisches Borreliose-Stadium vor, so können zusätzlich oftmals eine Taubheit der Zunge (besonders an der Zungenspitze) oder der Lippe, eine Geschmacksstörung und unkontrollierbare Zuckungen der motorischen Muskulatur beobachtet werden. Sollten derartige orofaziale Symptome in Verbindung mit einer Spirochäten-Erkrankung auftreten, ist ein vierwöchiger Zyklus charakteristisch: zwei Wochen klinische Verbesserung gefolgt von zwei Wochen der Verschlechterung. Zur sicheren Diagnose reichen Labortests (wie Titer-Bestimmung) nicht aus, vielmehr ist die Kombination aus Anamnese, Symptomen und Verlauf entscheidend.

Zusammenfassung

Die Diagnose einer Borreliose über Symptome im Kopf- und Halsbereich ist möglich und, im Hinblick auf die Beeinträchtigungen und Gefahr einer Chronifizierung, für den Patienten von äußerster Wichtigkeit. Der Zeckenstich selbst ist – wenn auffindbar – als eindeutiger Anlass zur Nachbeobachtung auf Symptome des Frühstadiums zu sehen. Selbstverständlich ist, aufgrund der Unspezifität, eine weitere Abklärung möglicher Differenzialdiagnosen (wie andere durch Zecken übertragene Infektionen, Multiple Sklerose, Tumoren und andere Systemerkrankungen) notwendig. Die richtige Klassifizierung der Erkrankung kann oftmals nur durch klinische Erfahrung und gute Beobachtung – optimalerweise in interdisziplinärer Kooperation – erfolgen.

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

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

schätzt wird, belegen zwei bevölkerungsbezogene prospektive Kohortenstudien, die das Robert Koch-Institut jüngst in einem epidemiologischen Bulletin veröffentlicht hat (www.rki.de). Demnach ist die Lyme-Borreliose in allen Regionen Deutschlands endemisch. Das Risiko, seropositiv zu sein, steigt mit dem Lebensalter. Es liegt in der Gruppe der 14- bis 17-jährigen bereits bei sieben Prozent. Mit anderen Worten: Sieben Prozent der Jugendlichen hierzulande haben einen Zeckenstich mit erfolgreicher Transmission von Borrelien hinter sich.

Weitere durch Zecken übertragene Erkrankungen

Zecken übertragen nicht nur Erkrankungen wie die FSME und die Borreliose. Sie können verschiedenste Erreger in ihrem Darm beherbergen und sind auch potenzielle Überträger der Babesiose, einer Erkrankung, die vor allem im Mittelmeerraum auftritt und Fieber, Müdigkeit und Muskelschmerzen verursacht. Die Babesiose ist allerdings beim Menschen selten. Häufiger ist sie bei Rindern und Hunden anzutreffen. Die Erkrankung ähnelt in ihrem klinischen Bild

Die Übersichtskarte zeigt die aktuellen FSME-Risikogebiete. Die Daten beziehen sich dabei immer auf die Meldungen des Vorjahrs.



Foto: www.zecken.de / WoGif/Fotolia.com



Foto: Carola Vahldiek – Fotolia.com

Entfernung einer saugenden Zecke: Die Rötung (Bild rechts oben) ist für einen Zeckenstich normal, sollte sie sich sehr vergrößern, droht Borreliose-Gefahr.

der Malaria und wird daher gelegentlich auch als „Hunde-Malaria“ bezeichnet. Wichtigster Überträger der Babesiose ist hierzulande die sogenannte Auwaldzecke (*Dermacentor reticulans*).

Ein weiteres Krankheitsbild ist die Ehrlichiose. Sie wird ebenfalls durch Bakterien, die sogenannten Ehrlichien, verursacht. Die Infektion verläuft meist ohne große Beschwerden, kann aber auch Fieber, Kopf-, Rücken- und Muskelschmerzen sowie Übelkeit hervorrufen.

Auch eine Rickettsiose, das sogenannte Fleckfieber, kann durch Zecken übertragen werden, ebenso wie das durch ein Virus bedingte Krim-Kongo-Fieber, das bislang aber nur in Südosteuropa sowie in Asien und in Afrika aufgetreten ist.

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

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



Hirschfeld-Tiburtius-Symposium

Ernährung und Mundgesundheit

Du bist, was du isst – dieser altbekannte Spruch trifft nicht nur auf den Körper im Allgemeinen, sondern auch auf die Mundgesundheit im Speziellen zu. Das zeigte das vom Dentista Club veranstaltete vierte Hirschfeld-Tiburtius-Symposium in Berlin. Die Teilnehmer widmeten sich dem Einfluss der Ernährung auf das stomatognathe System.



Säurehaltige Lebensmittel wie Zitronen haben auf die Zähne eine erosive Wirkung.

betonte, dass erosive Zahnhartsubstanzdefekte vor allem durch ex- und intrinsische Säuren verursacht werden. Für die erosive Wirkung bei der Ernährung spielen nach Faths Angaben vor allem die Faktoren Säuregehalt der Nahrung, Säureart, Dauer der Exposition, Frequenz der Aufnahme und Temperatur eine Rolle. Entgegenwirken kann der Zahnmediziner Säureschäden hauptsächlich durch remineralisierende und hartsubstanzstärkende Maßnahmen.

Problem Mundtrockenheit

Dass eine Fehl- oder Mangelernährung auch mit Mundtrockenheit (Xerostomie) zusammenhängen kann, zeigte Prof. Andreas Schmidt-Westhausen von der Berliner Charité. Mundtrockenheit sei vor allem ein Problem älterer Menschen, die schlechter essen und schlucken könnten. Sie habe verschiedene Ursachen wie Infektionen, Obstruktionen, Tumore, systemische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme oder die Folge einer Radiotherapie, sagte Schmidt-Westhausen. Geholfen werden könne den Patienten beispielsweise mittels symptomatischer und palliativer Maßnahmen wie Kaugummis oder Sprays.

Insgesamt waren sich alle Referenten einig, dass der Ernährungszustand entscheidenden Einfluss auf das Immunsystem hat. Die ersten Anzeichen einer Unterversorgung mit Mikronährstoffen wie Vitamin C oder Vitamin B zeigen sich im Mundraum, beispielsweise Stomatitis, Glossitis oder Cheilitis. Zudem ist die Ernährung ein beeinflussbarer Risikofaktor für ein Mundhöhlenkarzinom. Eine Diät, die aus viel Obst, Gemüse und Vollkornprodukten, aber wenig Zucker und wenig Fett besteht, kann diesen Krankheiten vorbeugen. eb

Zucker macht Löcher in die Zähne, wissen schon die Kleinen im Kindergarten. Doch auch andere Nahrungsmittel und Ernährungsgewohnheiten haben Auswirkungen auf die orale Gesundheit. Sie können (Mit-)Auslöser für Karies, Zahnschmelzdefekte oder Parodontitis sein. Die Referenten des Symposiums zeigten, welche große Bedeutung die Essgewohnheiten für die Mundgesundheit haben.

Die Ernährungswissenschaftlerin Dr. Henrike Staudte erläuterte, welche Einflüsse die (Fehl-)Ernährung auf das Immunsystem hat. Allgemein hätten Fremdstoffe, Bewegungsmangel, Stress und Lärm negative Auswirkungen. „Aber auch der Ernährungszustand beeinflusst das Immunsystem“, erklärte Staudte. Durch eine Fehlernährung gebe es Veränderungen in den lymphatischen Organen, zum Beispiel in der Thymusdrüse, was zu einer Verminderung der körpereigenen Abwehr führt.

Die Versorgung mit Nährstoffen spielt insbesondere für orale Erkrankungen eine Rolle. „Vitamin C schützt das orale Bindegewebe vor bakteriellen Einflüssen“, berich-

tete Staudte. „Eine geringe Vitamin-C-Versorgung erhöht das Parodontitisrisiko.“ Zudem wies die Ernährungswissenschaftlerin auf den Zusammenhang zwischen Parodontitis und Übergewicht hin. Ihren Angaben zufolge zeigen Studien, dass unter Menschen mit Adipositas der Anteil von Parodontitis-Patienten überdurchschnittlich hoch ist. Allerdings kann eine ausreichende Versorgung mit Nährstoffen die Erkrankungsgefahr senken und sogar prophylaktisch wirken. Menschen, die viele Milchprodukte verzehren, hätten aufgrund des darin enthaltenen Calciums ein geringeres Parodontitisrisiko, sagte Staudte.

Die Ernährungswissenschaftlern gab den anwesenden Zahnärzten auch konkrete Tipps im Umgang mit Patienten mit auf den Weg: die Ernährungsgewohnheiten im Anamnesegespräch erfragen, sich nach Problemen beim Kauen erkundigen, Hinweise zur Optimierung der Nährstoffaufnahme geben (zum Beispiel per Handzettel). Auf die zersetzenden Effekte von Säuren ging Dr. Susanne Fath, Präsidentin des Dentista Clubs, in ihrem Vortrag ein. Sie

Konservierende Zahnheilkunde

Reattachement-Restorationen von Schmelz-Dentin-Frakturen

Kombinationen aus Nano-Hybridkompositen und präparierter Ansträgung sind das Mittel der Wahl für die Wiederbefestigung von Zahnfragmenten bei unkomplizierten Kronenfrakturen.

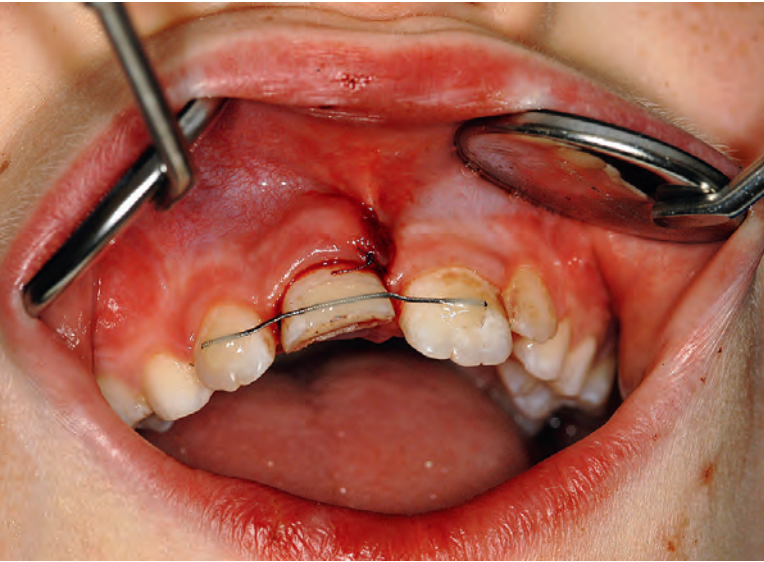


Abbildung 1: Ausgangssituation nach primärer Versorgung eines avulsierten und frakturierten Zahnes 11

Die Möglichkeiten bei der ästhetischen Restauration von Zahnfrakturen haben sich durch die Optimierung der adhäsiven Zahnmedizin in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt. Auch wenn restaurative Maßnahmen auf Kompositbasis zwar heutzutage ein Standardverfahren für die Behandlung klinischer Kronenfrakturen darstellen, hat die Weiterentwicklung der modernen Adhäsivtechnik auch die Möglichkeiten bei der Wiederbefestigung von Zahnfragmenten bei unkomplizierten Kronenfrakturen erweitert.

Die ästhetische Restauration von Zahnfrakturen mit Kompositen ist aber besonders in Notfällen problembehaftet, treten doch häufig Schwierigkeiten bei der exakten Farbabstimmung beziehungsweise Farbwahl auf. Ebenso haben Kompositrestaurationen den Nachteil einer ge-

ringeren Abrasionsresistenz im Vergleich zu Schmelz. Liegen unkomplizierte Schmelz-Dentin-Frakturen vor, und das abgebrochene Fragment des traumatisierten Zahnes ist noch vorhanden, ist durch die moderne Adhäsivtechnik die Wiederbefestigung des Fragments ein vielversprechendes, zeitsparendes und sehr ästhetisches Wiederherstellungsverfahren. Für die Wiederbefestigung dieses Fragments (auch Reattachement-Restauration genannt) gibt es unterschiedliche Techniken und Materialien, die in der folgenden Studie auf ihre biomechanischen Eigenschaften (Bruchfestigkeit) untersucht wurden. Ein ideales Material für ein derartiges Wiederbefestigungsverfahren muss einerseits gute Bruchfestigkeitswerte (Widerstand gegen Fraktur) aufweisen, um eine Ausbreitung von Fehlern oder Schwach-

stellen bei erneuter Belastung zu verhindern, andererseits muss es gleichzeitig eine gute Biokompatibilität und Haftfestigkeit aufweisen. Auch dürfen dabei keine gingivalen Irritationen hervorgerufen werden. Abgesehen vom adhäsiven Befestigungsmaterial spielt ebenso die Gestaltung der Präparation des Zahnes vor der Refixation des abgebrochenen Fragments eine entscheidende Rolle. Für die Prognose (Haltbarkeit) dieser Restaurationstechnik ist somit nicht nur eine feste Verbindung des Fragments mit dem Zahn bedeutend. Ebenso haben die Güte des Randbereichs und die Form der Präparation des im Mund verbliebenen Zahnanteils Einfluss auf die Langzeitstabilität der Restauration.

Die vorliegende Studie befasst sich mit dem Vergleich sowie der Bewertung der Bruchfestigkeit unter Verwendung verschiedener restaurativer Materialien und verschiedenen Formen der Präparation des Zahnanteils in situ bei der Wiederbefestigung von Fragmenten.

Studienaufbau

Insgesamt wurde bei 104 extrahierten oberen mittleren Schneidezähnen unter standardisierten Bedingungen mit einer Universal-Prüfmaschine eine Kronenfraktur herbeigeführt, um Frakturen gemäß der Ellis-Klasse II (Schmelz-Dentin-Frakturen mit intaktem Fragment) zu erhalten. Die Fragmente wurden anschließend unter Verwendung dreier unterschiedlicher Befestigungsmaterialien (Bonding: Adper single Bond 2 (3M-Espe), kunststoffbasierter Befestigungszement: Rely-X ARC (3M-Espe), Nanokomposit: Filtek Z350 (3M-Espe)) refixiert. Des Weiteren wurden zwei unterschiedliche Möglichkeiten der Zahnvorbereitung vor Refixation verglichen. Gegenübergestellt wurden hierbei zum einen die einfache Wiederbefestigung des Fragments am Zahn nach Konditionierung mithilfe eines Bondings und zum anderen die Refixation nach Präparation einer Ansträgung entlang der Frakturlinie des Zahnes.

Fragmentrefixation in Bezug auf Technik und Materialien

Gruppe 1A:	Bonding und einfache Reponierung
Gruppe 1B:	Bonding und präparierte Abschrägung
Gruppe 2A:	Befestigungszement und einfache Reponierung
Gruppe 2B:	Befestigungszement und präparierte Abschrägung
Gruppe 3A:	Nano-Komposit und einfache Reponierung
Gruppe 3B:	Nano-Komposit und präparierte Abschrägung
Gruppe 4:	gesunde Zähne als Kontrollgruppe

Quelle: Megha Bhargava et al., 2010

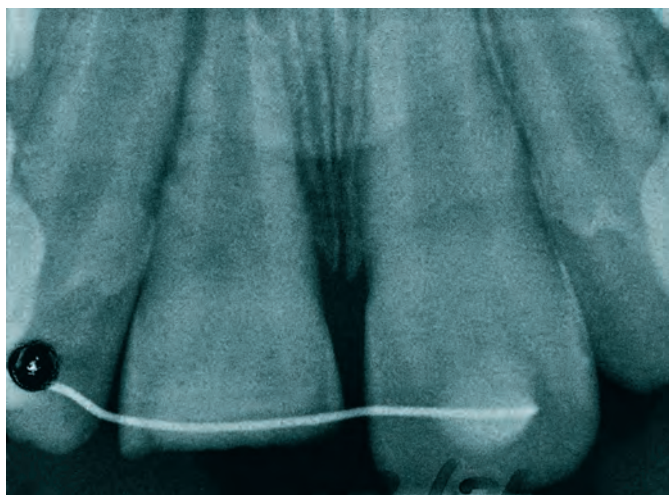


Abbildung 2: Röntgenologischer Befund



Fotos: Gieren

Abbildung 3: Zustand nach Reattachement-Restauration

Anschließend wurden die so restaurierten Zähne erneut unter standardisierten Bedingungen frakturiert. Die erhobenen Werte für die mittlere Bruchfestigkeit wurden statistisch für alle Gruppen mit Anova und Post-Hoc Turkey's Test ausgewertet, verglichen und analysiert.

Ergebnis

In der Studie wurden die höchsten Werte für die Bruchfestigkeit bei Verwendung von Nano-Hybridkompositen in Kombination mit einer präparierten Anströmung erzielt. Anhand der Ergebnisse konnte gezeigt

werden, dass die Anströmung der Frakturkanten eine statistisch signifikante Erhöhung der Bruchfestigkeitswerte ergab. Somit hat das Design beziehungsweise die Anbringung einer Anströmung vor Wiederbefestigung des Zahnfragments mehr Einfluss auf die Stabilität als das Befestigungsmaterial. Die mechanischen Eigenschaften des Nano-Kompositen in Form von erhöhter Fraktur- und Abrasionsresistenz, bei gleichzeitig verringerter Polymerisationsschrumpfung im Vergleich zu konventionellen Kompositen, stellen ebenso einen

eindeutigen Vorteil dar. Das Anbringen einer Anströmung im Bereich der Frakturlinie beeinflusst des Weiteren das Verhältnis von gebundener zu freier Oberfläche durch eine Vergrößerung der Oberfläche zur Materialapplikation (C-Faktor) positiv. Zu beachten ist jedoch der individuelle Zustand des Zahnfragments, insbesondere eine angemessene Lagerung des Fragments. Bei einer langen und trockenen Lagerung kann das Ergebnis durch die Dehydratation ästhetisch zunächst beeinträchtigt sein. Bei multiplen, nicht reponierbaren oder fehlenden Bruchstücken sollte der Praktiker zu alternativen Kompositrestaurationen oder indirekt gefertigten Keramikrestaurationen greifen. Zusammenfassend kann man feststellen, dass eine Kombination aus präparierter Anströmung entlang der Frakturlinie mit einer sich anschließenden Reattachement-Restauration unter Verwendung eines Nano-Hybridkompositen die höchsten Bruchfestigkeitswerte und somit die größte Stabilität ergibt und dass diese Technik im Sinne einer minimalinvasiven Zahnmedizin das heutige Mittel der Wahl darstellt.

Quelle:

Megha Bhargava, Pandit IK, Srivastava N, Gugnani N, Gupta M: An evaluation of various materials and tooth preparation designs used for reattachment of fractured incisors. *Dental Traumatology* 2010;26:409-412.

Dr. Anna-Katharina Gieren
Charité-Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnerhaltung und
Präventivzahnmedizin/
Abteilung für Parodontologie und
Synoptische Zahnmedizin
Abmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
anna-katharina.gieren@charite.de



Armin Andrä,
Heinrich von Schwanewede:
Vom Barbieramt zur
modernen Klinik.
Ein Beitrag zur Geschichte der
Zahnheilkunde in Rostock, Band 2.
Ingo Koch Verlag, 2011.
ISBN: 978-3938686690
45,00 Euro Paperback
59,00 Euro Hardcover

„Lehrstück“ für die Demokratie – Rostocker Zahnheilkunde

Die Integration der Zahnmedizin in die Medizin sowie intensive Forschung und Lehre bei knappen öffentlichen Mitteln haben die Geschichte der Rostocker Zahnklinik geprägt. Mit viel Liebe zum Detail und nach umfassender Auswertung historischer Quellen geben die Autoren – der emeritierte Zahnmediziner und ehemalige Direktor der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Rostock, Prof. Dr. Armin Andrä, und der emeritierte Geschäftsführende Direktor der Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Heinrich von Schwanewede – in ihrem Buch „Vom Barbieramt zur modernen Zahnklinik“ einen 430-seitigen Überblick über die Rostocker Zahnmedizin von den 1950er-Jahren bis zum Jahr 2009.

Im Jahr 1960 zählte man 176 Studierende, zehn Jahre später bereits 277 Studenten. 1989 studierten 255 Frauen und Männer Zahnheilkunde in Rostock – für die kleine Universität eine stolze Anzahl. Im „Spaltzentrum Nord“ wurden im Zeitraum von 1956 bis 1990 insgesamt 1 893 Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, isolierten Gaumen- oder Velumspalten versorgt und betreut.

Die Geschichte der Zahnheilkunde in Rostock ist eng mit den Direktoren Oskar Herfert (1955 bis 1960), Eva-Maria Sobkowiak (1970 bis 1983), Armin Andrä (1983 bis 1991) und Heinrich von Schwanewede (1991 bis 2008) verbunden. Galt es in vielen Jahrzehnten mit Materialmangel zu kämpfen und kreative Lösungen zu erdenken, stand die Zeit nach 1989 erst im personellen Umbruch und dann im Zeichen

des Kampfes um den Erhalt. Obwohl die infrastrukturellen Gegebenheiten, die fachliche Repräsentanz und die Akzeptanz bei Studienbewerbern von externen Gutachtern als hervorragend eingeschätzt wurden, schloss die Landesregierung aus Kapazitätsgründen im Jahr 1997 den Studiengang Zahnmedizin. Massive Proteste der Bevölkerung und das gemeinsame Handeln von Medizinischer Fakultät, Universität, Zahnärztle- und Ärztekammer sowie Landtag bewirkten 2002 die Rücknahme dieser Entscheidung. Demonstrierten im Jahr 1995 rund 4 000 Rostocker, waren es zwei Jahre später 10 000 Demonstranten. Die erste Volksinitiative zählte 40 000 Unterschriften. Da diese aus formalen Gründen abgelehnt, schloss sich eine zweite Volksinitiative an, die 30 000 Unterschriften vorweisen konnte.

Das Buch skizziert den politischen Kampf um die Wiedereröffnung des Studiengangs Zahnmedizin und ist damit ein Lehrstück für die Demokratie. Es zeigt den Lohn für die Mühen, wenn viele an einem Strang ziehen. Das Hochschulranking des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) gibt der Entscheidung recht: Bei einem Vergleich von 38 in- und ausländischen Hochschulen im deutschsprachigen Raum nahm die Rostocker Zahnmedizin gemeinsam mit der Universität Gießen die Spitzenposition ein. Und dies angesichts der schwierigen Bedingungen in Rostock. Ausführlich werden die damaligen und die aktuellen Forschungsleistungen sowie die ehemaligen und die aktuellen Mitarbeiter gewürdigt. So konnte im Jahr 1993

mit dem „ORATEL-Projekt“ ein erstes internationales Forschungsprojekt starten. Dieses Projekt stand unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und war als einziges zahnmedizinisches Vorhaben in das Programm „Advanced Information in Medicine“ (AIM) der Europäischen Union integriert. Im Jahr 2005 wurden Rostocker Zahnmediziner für die Langzeitstudien der Gebissentwicklung auf dem sechsten Weltkongress für Kieferorthopädie in Paris ausgezeichnet.

Auch anekdotische Details kommen nicht zu kurz: Prof. Eberhart Reumuth brachte einige Studenten damit in Verlegenheit, dass er bei den Testaten in der Vorklinik auch Fragen zu Komponisten und Virtuosen sowie zu Werken aus dem Bereich der Musik stellte. Studierende wurden von Prof. Eva-Maria Sobkowiak mit einer Vorlesung um sieben Uhr morgens gequält. In den 1970er-Jahren betätigten sich die Zahnmediziner Prof. Armin Andrä, Dr. Volker Bienengräber, Dr. Wolfgang Birke und Dr. Michael Sonnenburg als Hilfsarbeiter und machten unter Anleitung eines Fachkundigen an einem Sonntagvormittag einen Durchbruch zwischen zwei Zimmern. So entstand ein modernes Wohnzimmer auf Station. Neben launigen Erinnerungen und Würdigungen der Leistungen vieler Mitarbeiter finden sich durchaus kritische Reflexionen.

Das Buch ist ein wertvolles Zeitdokument, mit dem man den Alltag zahnärztlicher Praxis, wissenschaftlicher Forschung und studentischer Ausbildung nachvollziehen kann.

Renate Heusch-Lahl, Rostock



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	Kieferorthopädie	Freie	S. 72
Alterszahnheilkunde	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 63	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 65
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
Ästhetik	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	Konservierende ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 64
Bildgebende Verfahren	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66	Marketing	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68		Freie	S. 72
	Freie	S. 74	Notfallmedizin	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65
Dentale Fotografie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	Parodontologie	KZV Baden-Württemberg	S. 64
Ergonomie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66		ZÄK Niedersachsen	S. 65
Funktionslehre	KZV Baden-Württemberg	S. 64		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
Homöopathie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 67		Hochschulen	S. 70
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66	Praxismanagement	ZÄK Niedersachsen	S. 65
Implantologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 66
	Wissenschaftl. Gesellschaften	S. 70		LZK Berlin/Brandenburg	S. 67
Interdisziplinäre ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65		Freie	S. 72
			Prophylaxe	KZV Baden-Württemberg	S. 64
				ZÄK Niedersachsen	S. 64
			Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 68
			Qualitätsmanagement	LZK Rheinland-Pfalz	S. 66
			Restaurative ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 65
			Schlafmedizin	ZÄK Niedersachsen	S. 64
			Vertragswesen	ZÄK Nordrhein	S. 67
			ZFA	KZV Baden-Württemberg	S. 64
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 64
				ZÄK Nordrhein	S. 67

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 63

Kongresse Seite 68

Hochschulen Seite 70

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 70

Freie Anbieter Seite 72

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

Deutscher Zahnärztetag 2012



09. – 10. November 2012
Congress Center Messe
Frankfurt/Main

Zahnmedizin interdisziplinär

Standespolitisches Programm:

■ Mittwoch, 07.11.2012

KZBV-Vertreterversammlung:

■ Mittwoch, 07.11.2012

KZBV-Vertreterversammlung – Fortsetzung:

■ Donnerstag, 08.11.2012

BZÄK/KZBV/DGZMK: Festakt Deutscher Zahnärztetag:

■ Donnerstag, 08.11.2012

Bundesversammlung der BZÄK:

■ Freitag, 09.11.2012

Bundesversammlung der BZÄK – Fortsetzung:

■ Samstag, 10.11.2012



Aktuelle Details zum Deutschen Zahnärztetag 2012 auch unter: www.dztz.de. Das wissenschaftliche Kongressprogramm wird in einer der nächsten Ausgaben der zm veröffentlicht.

ZÄK Sachsen-Anhalt



20. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Thema: Alterszahnmedizin

Termin: 14.09. – 16.09.2012

Ort: Wernigerode, Harzer Kultur- und Kongresshotel

Fortbildungspunkte:
pro Tag (14.09. und 15.09.): 6,
Gesamttagung: 15

Freitag, 14.09.

Eröffnung

9.30 Uhr: Eröffnung der Dentalschau durch den Präsidenten der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
10 Uhr: Eröffnung der 20. Fortbildungstage durch den Präsidenten der ZÄK Sachsen-Anhalt

Wissenschaftliches Programm

Leitung: Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH, Leipzig/Zürich

Vorträge

V1 10.30 Uhr: Alles anders in der Seniorenzahnmedizin? Einführung – Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH, Leipzig/ Zürich

V2 11.00 Uhr: Altsein mit Multimorbidität und multidimensionaler Krankheit: Wie kann die Geriatrie helfen? – Dr. med. Daniel Grob, Zürich

V3 11.30 Uhr: Senioren – eine vulnerable Patientengruppe? Anmerkungen aus klinisch-ethischer Sicht – Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß, Aachen

Festvortrag 14 Uhr: Alterssimulation – Ralf Sjuts, Berlin

V4 15 Uhr: Altersbedingte Veränderungen in der Mundhöhle – Prof. Dr. Werner Götz, Bonn

V5 16.00 Uhr: Zahnerhalt im Alter: konservierende Maßnahmen bei Senioren – PD Dr. Christian Gernhardt, Halle (Saale)

V6 16.30 Uhr: Ist Endodontologie im Alter sinnvoll? – Prof. Dr. Michael Hülsmann, Göttingen

V7 17.00 Uhr: Gibt es einen idealen Zahnersatz für den älteren Patienten? – Prof. Dr. Helmut Stark, Bonn

Anzeige

V14 14.30 Uhr: Besonderheiten der Arzthaftung bei gebrechlichen Patienten – Dr. Christiane Simmler, Berlin

V15 15 Uhr: Mein Praxiskonzept 80+. Ein Kollege berichtet aus seinen Erfahrungen – Dr. Herbert Michel, Würzburg

V16 16 Uhr: Psychosomatisch oder nur gebrechlich? – PD Dr. Anne Wolowski, Münster

V17 16.30 Uhr: Prävention in der Pflege – ein Widerspruch? – OA Dr. Cornelius Haffner, München

V18 17 Uhr: Prothetische Versorgung zwischen Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit – Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel

Seminare

S 1, S 2, S 3 jeweils 14 bis 15.30 Uhr
S 1a, S 2a, S 3a jeweils 15.45 bis 17.15 Uhr

S 1 und S 1a: Halitosis – eine Verunsicherung bei älteren Patienten – Prof. Dr. Christoph Benz, München

S 2 und S 2a: Tipps zum Umgang mit dementen und depressiven Patienten – PD Dr. Henrike Wolf, Bonn

S 3 und S 3a: Sind Ihre Praxis und Ihr Team seniorengerecht ausgestattet? – Prof. Dr. Ina Nitschke, MPH, Leipzig und Zürich

Sonntag, 16.09.

Vorträge

V19 10 Uhr: Wie organisiere ich einen Konsiliardienst in einer Pflegeeinrichtung? – Dr. Dirk Bleil, Rheinbreitbach

V20 10.30 Uhr: Senioren mit Mehraufwand in der zahnärztlichen Behandlung: standespolitische und gesellschaftliche Gedanken – Prof. Dr. Christoph Benz, München

V21 11.00 Uhr: Ernährung im Alter – Dr. med. Andreas Leischker, M.A., Krefeld

V22 11.30 Uhr: Senioren – sollten sie ein Thema für jeden Zahnarzt sein? – Prof. Dr. Reiner Biffar, Greifswald
12.00 Uhr: Schlusswort der 20. Fortbildungstage – Präsident der Zahnärztekammer

Samstag, 15.09.

Vorträge

V8 9 Uhr: Mundschleimhauterkrankungen: vermehrtes Auftreten im Alter? – Dr. Wolfgang Bengel, Heiligenberg

V9 9.30 Uhr: Krebs in der Mundhöhle: die Schlüsselrolle des Zahnarztes zur Früherkennung – PD Dr. Katrin Hertrampf, MPH, Kiel

V10 10 Uhr: Was der Zahnarzt auf der älteren Gesichtshaut erkennen sollte – OA Dr. Dr. Alexander Steiner, Neuruppin

V11 11 Uhr: Demenz, Delir und Depression im Alter – PD Dr. Henrike Wolf, Bonn

V12 11.30 Uhr: Das Betreuungsrecht in der zahnärztlichen Praxis – Bernhard Brückmann, Berlin

V13 14.00 Uhr: Implantate – auch am Übergang von fit zu gebrechlich? – Dr. Dr. Julia Karbach, Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Mainz

Seminare

S4 10 bis 11.30 Uhr: Betreuungsrecht: Wie Sorge ich für mich selber vor? Zur praktischen Umsetzung in den eigenen vier Wänden – Bernhard Brückemann, Berlin

S5 10 bis 11.30 Uhr: Die neue GOZ – erste Erfahrungen mit ihrer Anwendung: Wo drückt der Schuh? – Dr. Frank Dreihaupt, Tangerhütte

Programm für ZFA

Freitag, 14.09.

Vorträge

HV1 10.30 Uhr: Endodontologische Leistungen richtig berechnen und abrechnen – Sylvia Wuttig, Heidelberg

HV2 14 Uhr: Das Betreuungsrecht in der zahnärztlichen Praxis – Grundlagen und praktische Probleme – Bernhard Brückmann, Berlin

HV3 15.30 Uhr: Behandlung im Altenpflegeheim – Erfolgskonzept? – Dr. Nicole Primas, Magdeburg

Ganztagsseminar

HS1 10 bis 17 Uhr: Der ältere Mensch und seine Lebensumstände: Zeitmanagement versus Empathie – Petra Erdmann, Dresden-Langebrück

HS2 14 bis 16 Uhr: Der Trauma-patient in der Praxis & die Rolle der Helferin im Team – Dr. Christine Berthold, Erlangen

Samstag, 15.09.

Vorträge

HV4 9 Uhr: Schwierige Patienten: Was heißt das? Wie gehe ich damit um? – PD Dr. Anne Wolowski, Münster

HV5 10.30 Uhr: Prävention im Alter – Dr. Cornelius Haffner, München

HV6 11.30 Uhr: ZFA: Berufsbild heute – morgen – 2025 – Dr. Mario Dietze, Merseburg, Christina Glaser, Magdeburg

HV7 14 Uhr: Veränderungen der Mundschleimhaut richtig einschätzen: eine Aufgabe für die Prophylaxemitarbeiterin? – Dr. Wolfgang Bengel, Heiligenberg

HV8 15.30 Uhr: Essen im Alter genießen: Gefahren einer Mangelernährung – Dr. Andreas Leischker, Krefeld

Ganztagsseminar

HS2 9 bis 17 Uhr: GOZ 2012: annehmen – umsetzen – durchsetzen – Sylvia Wuttig, Heidelberg

Workshops/Seminare

HS3 9 bis 10.30 Uhr: Ergonomie und Rückenschule. Mit praktischen Übungen/ Teil 1

HS4 11 bis 12.30 Uhr: Ergonomie und Rückenschule. Mit praktischen Übungen/ Teil 2 – Referentin jeweils: Bärbel Frey, Magdeburg

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@zahnaerztekam-

mer-sah.de oder

einecke@zahnaerztekammer-sah.de

KZV Baden-Württemberg**Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe**

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Ozon, Probiotika und Softlaser in der zahnärztlichen Praxis – Möglichkeiten und Grenzen
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, CH-Basel
Termin: 07.07.2012

Ort: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 4830
Gebühr: 150 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre

Thema: Der chronische Schmerz und die psychosomatische Störung – Das professionelle Verhalten in Grenzfällen

Referenten: Prof. Dr. Ulrich T. Egle, Gengenbach, Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz

Termin: 13./14.07.2012

Ort: Akademie für Zahnärztliche

Fortbildung Karlsruhe

Fortbildungspunkte: 14

Kurs-Nr.: 4850

Gebühr: 460 EUR

Team/ZFA:

Thema: „Danke für Ihre Kritik! Jetzt können wir handeln.“

Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing

Termin: 29.06.2012

Kurs-Nr.: 4895

Gebühr: 180 EUR

Thema: Patienten sind unsere Zukunft – Gewinnen, binden, begeistern!

Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing

Termin: 30.06.2012

Kurs-Nr.: 4896

Gebühr: 180 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

Fortbildungsveranstaltungen Fortbildungsforum Freiburg**Fachgebiet:** Prophylaxe

Thema: ProphyProfis – Update

2011: PSI – und jetzt?

Referentin: Annette Schmidt, München

Termin: 28.10.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 225 EUR

Kurs-Nr.: 11/420

Fachgebiet: Parodontologie

Thema: Patientengerechte

Parodontologie

Referent: Prof. Dr. Rainer

Buchmann – Dortmund

Termin: 10.12.2011

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Kursgebühr: 225 EUR (ZA),

195 EUR (ZFA/Mitarbeiterin)

Kurs-Nr.: 11/325

Fortbildungspunkte: 8

Auskunft: Sekretariat des

Fortbildungsforums Freiburg

Tel.: 0761/4506-160 oder -161

Anmeldung bitte schriftlich an:

Fortbildungsforum / FFZ

Merzhauser Str. 114-116

79100 Freiburg

E-Mail: info@ffz-fortbildung.de

www.ffz-fortbildung.de

ZÄK Niedersachsen**Fortbildungsveranstaltungen****Fachgebiet:** Schlafmedizin

Thema: Intraorale Protrusionsschienen (IPS) bei Schlafapnoe und schnarchen. Überblick und Update inkl. praktischer Demos
Referent: Dr. Jürgen Langenhan
Termin:

07.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr,

08.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 12

Kurs-Nr.: Z 1251

Kursgebühr: 330 EUR

Fachgebiet: Prophylaxe

Thema: Was leisten Zahnpasten und Spüllösungen für die Hygiene, bei überempfindlichen Zahnhälften und zur Aufhellung
Referentin: Prof. Dr. Nicole Arweiler

Termin:

12.09.2012: 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 4

Kurs-Nr.: Z/F 1252

Kursgebühr: 99 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK

Thema: Power Workshop Endodontie Revision

Tag 1: Endodontische Diagnostik & Aufbereitung von Wurzelkanalsystemen

Tag 2: Endodontische Obturation & Immunologie

Tag 3: Endodontische Revision

Referent: Prof. Dr. Nobert Linden

Termin:

13.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
14.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
15.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hannover**Fortbildungspunkte:** 24**Kurs-Nr.:** Z 1253**Kursgebühr:** 960 EUR**Fachgebiet:** Parodontologie**Thema:** Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept**Referent:** Dr. Michael Maak**Termin:**

14.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hannover**Fortbildungspunkte:** 10**Kurs-Nr.:** Z 1254**Kursgebühr:** 285 EUR**Fachgebiet:** Kinder-ZHK**Thema:** Kinder-ZHK in der Praxis**Referent:** Prof. Dr. Christian Splieth**Termin:**

19.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Hannover**Fortbildungspunkte:** 5**Kurs-Nr.:** Z 1255**Kursgebühr:** 185 EUR**Fachgebiet:** Praxismanagement**Thema:** Qualitätsmanagement und Hygiene**Referent:** Prof. Dr. Peter Jöhren**Termin:**

21.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Hannover**Fortbildungspunkte:** 4**Kurs-Nr.:** Z/F 1257**Kursgebühr:** 95 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:** Restaurative ZHK**Thema:** Akademietag 2012 – Vollkeramische Restaurationen – Eine Herausforderung für den Zahnarzt und den Zahntechniker**Referent:** PD Dr. Florian Beuer, München**Termin:**

25.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr

Ort: Münster,

Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 8**Kurs-Nr.:** 12 720 010**Gebühr:** ZA 80 EUR**Fachgebiet:** Notfallmedizin**Thema:** Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis mit praktischen Übungen zur Reanimation – Intensiver Notfallkurs**Referent:** Dipl.-Ing. Christian Hempelmann, Paderborn**Termin:**

05.09.2012: 14.00 – 18.30 Uhr

Ort: Münster,

Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 5**Kurs-Nr.:** 12 740 019**Gebühr:** ZA 199 EUR, ZFA: 99 EUR**Fachgebiet:** Interdisziplinäre ZHK**Thema:** Stress lass nach – „Schwierige“ Situationen meistern, Arbeit clever planen, Behandlung optimieren**Referent:** Manfred Just, Forchheim**Termin:**

12.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Münster,

Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster

Fortbildungspunkte: 6**Kurs-Nr.:** 12 740 065**Gebühr:** ZA 219 EUR, ZFA 109 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Spezielle Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumetomografie (DVT), (inkl. Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte/innen)
Referenten: Prof. Dr. Ulrich Meyer, Dr. Irmela Reuter
Termin:
 06.10.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
 19.01.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: 12 740 053
Gebühr: ZA 990 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Z-PMS 2007 – Umsetzung leicht gemacht, Teamworkshop – Vertiefung und Umsetzung der Inhalte Z-PMS 2007 inkl. praktischer Übungen
Referenten: Dozententeam der ZÄKWL
Termin:
 06.10.2012: 09.00 – 12.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 12 762 071
Gebühr: ZA 60 EUR, ZFA 60 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die Themen des Lebens
Referenten: Prof. Dr. Strecker, Karin Thanhäuser
Termin:
 20.10.2012: 10.00 – 13.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12 740 036
Gebühr: kostenfrei

Fachgebiet: Alters-ZHK
Thema: Arbeitskreis Alterszahnheilkunde
Referentin: Dr. Ilse Weinfurtnier
Termin:
 24.10.2012: 15.30 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 12 710 750
Gebühr: ZA 29 EUR
Auskunft: ZÄKWL
 Dirc Bertram
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-619
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

Fachgebiet: Kinder- und Jugend-ZHK
Thema: Arbeitskreis Kinder-ZHK
Referent: Dr. Peter Noch
Termin:
 24.10.2012: 15.00 – 17.30 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12 710 756
Gebühr: ZA 89 EUR
Auskunft: ZÄKWL
 Dirc Bertram
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-619
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Geruch aus dem Mund – Halitosis
Referentin: Dr. Inga Harks, Dr. Anna Maria Kettner
Termin:
 24.10.2012: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12 710 012
Gebühr: ZA 65 EUR
Auskunft: ZÄKWL
 Dirc Bertram
 Tel.: 0251/507-600
 Fax: 0251/507-619
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Marketing
Thema: Praxismarketing – erfolgreich und rechtssicher werben
Referenten: Felix Schütz, Sabine Nemeč
Termin: 04.07.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128151
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Curriculum Implantologie
Referenten: Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Dr. Ata Anil, PD Dr. Alexandra Behneke, Prof. Dr. Nikolaus Behneke, Dr. Torsten Conrad, Dr. Josef Diemer, Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Dr. Daniel Grubeanu, Dr. Gerhard Iglhaut, Dr. Peter Mohr, Dr. Henning Otte, Dr. Ralf Rössler, Prof. Dr. Heiner Wehrbein
Termin: 9 Wochenend-Module, Beginn: 14.09.2012
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 230
Kurs-Nr.: 128191
Kursgebühr: 6795 EUR

Fachgebiet: Dentale Fotografie
Thema: Dentale Fotografie / Basiswissen – Praktischer Arbeitskurs mit Theorie und Praxis
Referent: Erhard Scherpf
Termin: 24.10.2012:
 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 128152
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Workshop für Praxisinhaber/innen und Mitarbeiter/innen
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 24.10.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 128222
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnungs-Grundkurs für Anfänger und Wiedereinsteiger
Referentin: Brigitte Conrad
Termin: 26.10.2012:
 13.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 128231
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm, Dr. Holger Dausch
Termin: 31.10.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 128285
Kursgebühr: 190 EUR

Fachgebiet: Oralchirurgisches Compendium
Thema: Eckzahndystopie – Techniken zur Lokalisation und Freilegung
Referent: Dr. Dan Brüllmann
Termin: 07.11.2012:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128115
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Qualitätsmanagement
Thema: Z-QMS in der praktischen Anwendung – Das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem in der Umsetzung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm, Dr. Holger Dausch
Termin: 07.11.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Wiesbaden
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 128286
Kursgebühr: 190 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop / MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 14.11.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128274
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Ergonomie
Thema: Schmerz lass nach! Prävention und Selbsttherapie am Arbeitsplatz für das Team – einfach, wirksam, selbstbestimmt
Referent: Manfred Just
Termin: 14.11.2012:
 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 128302
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Curriculum Ästhetik/ Endo
Referenten: Prof. Dr. Thorsten Ausschill, Dr. Josef Diemer, Prof. Dr. Roland Frankenberger, PD Dr. Petra Güss, Dr. Henning Otte, Lars Richrath, Dr. Ralf Rössler, PD Dr. Dirk Schulze, Prof. Dr. Anton Sculean, Prof. Dr. Heiner Wehrbein
Termin: 11 Wochenend-Module, Beginn: 07.12.2012
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 254
Kurs-Nr.: 128181
Kursgebühr: 7900 EUR

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

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der
Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Str. 8
40547 Düsseldorf (Lörick)
Tel.: 0211/52605-0
Fax: 0211/52605-48

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Keep on Swinging – Ultraschallbehandlung in der Parodontologie Aktuelles und Bewährtes aus der „Welt des Ultraschalls“
Referent: Dr. Michael Maak, Lemförde
Termin:
04.07.2012: 12.00 – 19.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 12006
Kursgebühr: ZA 280 EUR, ZFA 190 EUR

Fachgebiet: Vertragswesen
Thema: Leistungsgerechte Abrechnung prophylaktischer Leistungen nach BEMA, GOZ und GOÄ – unter besonderer Berücksichtigung der privaten Vereinbarungen – Seminar für ZÄ und Praxismitarbeiterinnen
Referent: ZA Ralf Wagner, Langerwehe
Termin:
04.07.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 12312
Kursgebühr: 30 EUR

Fortbildung für ZFA

Thema: Abrechnung implantologischer Leistungen – Assistenz in der zahnärztlichen Implantologie
Referent: Dr. Dr. Georg Arentowicz, Köln
Termin:
04.07.2012: 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 12236
Kursgebühr: 160 EUR

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: Refresher 2012: Homöopathie: Auffrischungs- und Reperitorisationskurs
Referent: Prof. Dr. H.-W. Feldhaus, Hörstel
Termin:
11.08.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 6056.1
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Totalprothetik
Referent: Prof. Dr. Reiner Biffar, Greifswald
Termin:
24.08.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
25.08.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 0718.1
Kursgebühr: 335 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Digitale Fotografie in der Zahnarztpraxis: Aufnehmen, Verwalten, Bearbeiten und Weitergeben
Referenten: Peter Adamik, Dr. Anette Strunz, beide Berlin
Termine:
08.09.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 6044.3.3
Kursgebühr: 175 EUR

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Keramikveneers: „Dick“ vs. „Dünn“ oder „Prep“ vs. „No Prep“ – Praktischer Intensivkurs
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhart, München

Termin:
 21.09.2012: 10.00 – 19.00 Uhr,
 22.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 4045.1
Kursgebühr: 585 EUR

Fachgebiet: Strukturierte Fortbildungen und Curricula

Thema: Manuelle und Osteopathische Medizin in der ZHK
Moderator: Dr. Dirk Polonius, Prien/Chiemgau

Termin:
 21.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 22.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 23.09.2012: 09.00 – 14.00 Uhr
 (11 Veranstaltungstage insgesamt)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 104
Kurs-Nr.: 1020.3
Kursgebühr: 2 660 EUR (Frühbucherrabatt möglich)

Thema: Update ZHK 2012:

Schnittstelle Parodontologie & Implantologie; Prothetik im zahnlosen und teilbezahlten Kiefer; Gender Dentistry

Referenten: OA Dr. Stefan Fickl, Würzburg; Prof. Dr. Klaus Böning, Dresden; PD Dr. Dr. Christiane Gleissner, Mainz
Termin:
 22.09.2012: 09.00 – 15.30 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4512.0
Kursgebühr: 75 EUR

Fachgebiet: Strukturierte Fortbildungen und Curricula

Thema: Applied Kinesiology für Zahnärzte
Referent: Dr. Ulrich Angermaier, Roth

Termin:
 28.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr,
 29.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (6 Veranstaltungstage insgesamt)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 57
Kurs-Nr.: 1030.1
Kursgebühr: 1 590 EUR (Frühbucherrabatt möglich)

Fachgebiet: Strukturierte Fortbildungen und Curricula

Thema: Zahnärztliche Chirurgie
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi
Termin:
 28.09.2012: 14.00 – 19.00 Uhr,
 29.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
 (6 Veranstaltungstage insgesamt)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 62
Kurs-Nr.: 0603.3
Kursgebühr: 1 650 EUR (Frühbucherrabatt möglich)

Auskunft und Anmeldung:

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

Kongresse

■ 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: -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: -29
 e-mail: gs@medcongress.de
 www.medcongress.de

1. Niedersächsischer Zahnärztinnenkongress

Thema: u.a. Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Umfrage unter ZÄ in Hamburg und Bayern, Altersversorgungswerk
Wissenschaftliche Leitung und Moderation: Dr. Gundi Mindermann, 1. Vorsitzende des BDK
Termin:
 14.07.2012: 09.30 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kursnummer: S 1207
Gebühr: ZÄ: 200 EUR, Assistentinnen: 100 EUR, Studentinnen: 25 EUR
Anmeldung: ZÄK Niedersachsen

■ August

FDI Annual World Congress

Termin: 29.08. – 01.09.2012
Ort: Hong Kong
Auskunft:
 FDI World Dental Federation
 Avenue Louis Casai 84, CP 3,
 CH 1216 Cointrin-Geneva
 Tel.: +33/450/405050
 Fax: +33/450/405055

21. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern und 63. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

Themen: 1. Endodontie, 2. Professionspolitik, 3. Aus der Praxis für die Praxis
Wissenschaftliche Leitung:
 PD Dr. Dieter Pahncke,
 OÄ Dr. Heike Steffen
Professionspolitische Leitung:
 Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Termin: 31.08. – 02.09.2012
Ort: Hotel Neptun, Rostock-Warnemünde
Auskunft: ZÄK Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
 Tel.: 0385/59108-0, Fax: -20
 sekretariat@zaekmv.de
 www.zaekmv.de

■ September

Hypnose-Kongress Berlin (18. Jahrestagung der DGZH e.V.)

Thema:
 Workshops, Vorträge, Einführungskurs und Supervision zum Thema „Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation“
Wissenschaftliche Leitung: Dr. A. Schmierer, Dr. Horst Freigang
Termin: 07.09.– 09.09.2012
Ort: Berlin, Hotel Steigenberger Berlin
Fortbildungspunkte: 25
Anmeldung und Info:
 Online unter: www.hypnose-kongress-berlin.de
Auskunft: Congress Organisation
 Claudia Winkhardt
 Griegstr. 32A
 14193 Berlin
 Tel.: 030/36284040
 Fax: 030/36284042
 mail@cwcongress.org

Zahnärztetag & Prophylaxekongress der ZKN

Termin: 08.09.2012
Ort: OsnabrückHalle
 Schlosswall 1-9
 49074 Osnabrück
Auskunft:
 Zahnärztekammer Niedersachsen
 Ansgar Zboron, Zeißstr. 11a
 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-303
 azboron@zkn.de

47. Bodenseetagung und 41. Helferrinnentagung

Thema: Zahnmedizinische Innovationen auf dem Prüfstand
Termin: 14./15.09.2012
Ort: Lindau (Bodensee)
Auskunft: Bezirkszahnärztekammer
 Tübingen, Bismarckstr. 96, 72072
 Tübingen
 Tel.: 07071/9111-0
 Fax: 07071/9111-209

20. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt

Thema: Alterszahnmedizin
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Ina Nitschke, Leipzig/Zürich
Termin: 14.09. – 16.09.2012
Ort: Harzer Kultur- und Kongress-Hotel, Wernigerode
Auskunft:
 ZÄK Sachsen-Anhalt
 Große Diesdorfer Str. 162
 39110 Magdeburg
 Tel.: 0391/73939-14, Fax: -20
 einecke@zahnarztekkammer-sah.de

Ostseesymposium 2012

Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

Thema: Reparieren oder Restaurieren?

Termin: 15.09.2012

Ort: ATLANTIC Hotel Kiel
Raiffeisenstr. 2
24103 Kiel

Fortbildungspunkte: 8

Kursgebühr: 50 – 140 EUR

Auskunft:

Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.,
Landesverband Schleswig-Holstein
ZA Jens-Ulrich Krüger
Tel.: 04862/1211
Fax: 04862/1286
Email: OSY2012@t-online.de

Österreichischer Zahnärztekongress 2012 und Symposium für Kinderzahnheilkunde

Veranstalter: ÖGZMK Salzburg, LKZ Salzburg

Kongresspräsident:

Dr. Walter Keidel, Präsident der ÖGZMK Salzburg

Termin: 20.-22.09.2012

Ort: Salzburg

Kongresssekretariat: ÖGZMK c/o LZK für Salzburg

Dr. Ute Mayer

e-mail: office@oezk-salzburg-2012.at

Auskunft: Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien

Tel.: (43/1) 53116-48

Fax: (43/1) 53116-61

azmedinfo@media.co.at

Anmeldung:

www.oezk-salzburg-2012.at

Herbstsymposium der ÖGZMK Niederösterreich und der NÖFA

Thema: Zahnheilkunde trifft Allgemeinmedizin (Workshops und Theorie für Zahnärzte und ZA)

Veranstalter: ÖGZMK NÖ/ NÖFA

Wissenschaftliche Organisation:

Dr. Hans Kellner, MDSc. (ÖGZMK Niederösterreich), Dr. Helmut Haider (ÖGZMK Niederösterreich)

Termin: 28.-29.09.2012

Ort: Fachhochschule St. Pölten

Auskunft: ÖGZMK NÖ/ NÖFA,

Tel.: (43/1) 050511-3100

Fax: (43/1) 050511-3109

prirschl@noe.zahnaerztekammer.at

2. DENTRY Dentalkongress Ruhr

Veranstalter: ZBZ Witten und MedEcon Ruhr

Themen: Neue Materialien und Verfahren, Prozessoptimierung im digitalen Workflow, Interdisziplinäre Modelle in Ausbildung und Qualifizierung, DENTRY-Perspektiven

Termin: 29.09.2012

Ort: Witten

Programm und Auskunft:

www.dentry.de

■ Oktober

9. Internationaler Jahreskongress der DGOI

Termin: 03. – 07.10.2012

Ort: Sporthotel Achenal, Grassau/Chiemgau

Auskunft: www.dgoi.info

9. Jahreskongress der DGOI

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie e.V.

Termin: 03.10. – 07.10.2012

Ort: Sporthotel Achenal, Mietenkammer Str. 65, 83224 Grassau/Chiemgau

Kursgebühr: 650 – 800 EUR

Auskunft:

Frau Balduf

Bruchsalter Str. 8

767030Kraichtal

Tel.: 07251/618996-0

Fax: 07251/618996-26

3. ESMD Symposium gemeinsam mit der DGmikro

Thema: Mikroskopische Zahnheilkunde/ Ergonomie/ Endodontie: Open Eyes – Open Mind

Veranstalter: ESMD und DGmikro

Referenten: u.a. Castelluci, Lang, Hilger, Smithson, Shakibaie, Lambrechts, von Stetten, Sigurdsson

Termin: 04.10. – 06.10.2012

Ort: Berlin (Andels Hotel)

Fortbildungspunkte: 24

Kursgebühr: 900 – 1100 EUR

Auskunft:

www.dgmikro.de

■ November

Novembertagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.

Thema: Bildgebende Verfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Veranstalter: Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgener,

Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude W 30, Anfahrtsadresse: Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Termin: 03.11.2012

Ort: Münster

Anmeldung:

Tel.: 0251/8347084

Fax: 0251/8347182

weersi@uni-muenster.de

MEDICA

44. Weltforum der Medizin

Termin: 14. – 17.11.2012

Ort: Messe – CCD, Düsseldorf

Auskunft:

MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V.

Postfach 700149

70571 Stuttgart

Tel.: 0711/720712-0

Fax: 0711/720712-29

gw@medcongress.de

www.medcongress.de

45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie

Kongresspräsident: Prof. Dr. Karl-Heinz Utz

Termin: 16./17.11.2012

Ort: Maritim Kurhaushotel

Bad Homburg

Ludwigstr. 3

61348 Bad Homburg v. d. H.

Auskunft:

MCI Deutschland GmbH

Tel.: 030/204590

Fax: 030/2045950

dgfdt@mci-group.com

www.dgfdt.de

Gemeinschaftskongress SGI, ÖGI, DGI & 26. Kongress des DGI e.V.

Thema: back to the roots

Termin: 29.11. – 01.12.2012

Ort: Kongress + Kursaal Bern AG, Kornhausstr. 3, CH-3000 Bern 25

Auskunft: Kongresssekretariat der Gemeinschaftstagung 2012

Monbijoustr. 24, CH-3011 Bern

Tel.: 41/31/38220-10, Fax: -02

veronika.thalmann@sgi-ssio.ch

www.sgi-ssio.ch

11. Thüringer Zahnärztetag

11. Thüringer Helferinnentag

11. Thüringer Zahntechnikertag

Thema: Zahnmedizin 2012 – Prothetische Behandlungskonzepte

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Michael Walther, Universität Dresden

Termin: 30.11. – 01.12.2012

Ort: Messe Erfurt GmbH

Gothaer Str. 34

99094 Erfurt

Infos und Anmeldung:

Landes Zahnärztekammer Thüringen/ Fortbildungsakademie

Adolph Witzel

Barbarossahof 16

99092 Erfurt

Tel.: 0361/7432-107/108

Fax: 0361/7432-185

fb@lzkth.de

www.lzkth.de

Hochschulen

RWTH Aachen

CEREC-Seminar

Fachgebiet: CAD/CAM

Thema: Intensives HandsOn-Training im gesamten CEREC-Chair-

side-Indikationsbereich

Referent: Prof. Dr. drs. drs. Jerome

Rotgans

Termin:

09.12.2011: 08.30 – 19.30 Uhr,

10.12.2011: 08.30 – 14.00 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Aachen

Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

Fortbildungspunkte: 20

Kurs-Nr.: A-12

Kursgebühr: 1 000 EUR oder

Sirona-Gutschein

Anmeldung:

Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans

CEREC-Hotline: 0175/4004756

e-mail: jrotgans@ukaachen.de

www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Universität Freiburg

Tagung „Aktuelle Entwicklungen in der Parodontologie“ anlässlich des 5-jährigen Bestehens des Studiengangs MasterOnline Parodontologie & Periimplantäre Therapie

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger, Prof. Dr. Elmar Hellwig

Termin: 22.09.2012

Ort: Uniklinik für Zahn-, Mund-

und Kieferheilkunde Freiburg

Gebühr: ZÄ: 180 EUR, Absolventen und Teilnehmer des Studiengangs: 130 EUR

Auskunft:

MasterOnline Parodontologie & Periimplantäre Therapie, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Tel.: 0761/270-47-280, Fax: -390

info@masteronline-parodontologie.de

www.masteronline-parodontologie.de

Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Curriculum Implantologie: Modul „Bone Management praxisnah – Tipps und Tricks in Theorie und Praxis“

Referenten: Prof. Dr. Thomas Weischer, Prof. Dr. Michael Augthun

Termin: 04./05.09.2012

Ort: Essen

Anmeldung: DGZI

Feldstr. 80

40479 Düsseldorf

Tel.: 0211/16970-77

Fax: 0211/16970-66

sekretariat@dgzi-info.de

Auskunft: DGZI

Feldstr. 80

40479 Düsseldorf

Tel.: 0211/16970-77

Fax: 0211/16970-66

sekretariat@dgzi-info.de

Termin: 24.-29.09.2012

Ort: Abteilung Zahnärztliche Chirurgie an der Universität Göttingen

Kursgebühr: 7 800 EUR

(6 800 EUR für DZOI-Mitglieder)

Auskunft:

DZOI Geschäftsstelle

Tel. 0871/6600934

Fax: 0871/9664478

office@dzoide.de

www.dzoide.de

Master of Science oral Implantology and Function

Leitung: Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke, Universität Göttingen; Dr. Ramon Fuentes, Universität Temuco, Chile

Termin: startet mit dem Curriculum Implantologie am 24.09.2012

Ort: Abteilung Zahnärztliche Chirurgie an der Universität Göttingen sowie zwei Studienaufenthalte je drei Wochen an der Universität Temuco, Chile

Sonstiges: Ablauf: Die Masterausbildung dauert 4 Semester (kann auf 3 Semester verkürzt werden, wenn ein TSP Implantologie vorliegt), vorgesehen sind zwei 3-wöchige Chile-Aufenthalte am Ende des 1. sowie 4. Semesters

Kursgebühr: 6 200 EUR (4 950 EUR für DZOI-Mitglieder)

Auskunft: DZOI Geschäftsstelle

Tel. 0871/6600934

Fax: 0871/9664478

office@dzoide.de

www.dzoide.de

DGZI

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Curriculum Implantologie: Modul „Bone Management praxisnah – Tipps und Tricks in Theorie und Praxis“

Referenten: Prof. Dr. Thomas Weischer, Prof. Dr. Michael Augthun

Termin: 04./05.09.2012

Ort: Essen

Anmeldung: DGZI

Feldstr. 80

40479 Düsseldorf

Tel.: 0211/16970-77

Fax: 0211/16970-66

sekretariat@dgzi-info.de

Freie Anbieter

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

Die Redaktion

Fachgebiet: Marketing
Thema: Patienten gewinnen durch Pressearbeit
Veranstalter: DOCRELATIONS® PR & Marketing für Mediziner
Referent: Oliver Löw, Dipl. Infw. (FH)
Termin:
 04.07.2012: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlösser Quartier Bohème, Ratinger Str. 25, 40213 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: ZÄ: 90 EUR zzgl. MwSt., Praxismitarbeiterinnen: 50 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Tel.: 02159/92821-82
 www.docrelations.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: „Der gute Ton am Telefon“
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin:
 11.07.2012: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Nürnberg
Fortbildungspunkte: 4
Kursgebühr: 180 EUR
Anmeldung:
 Dipl.-Germ. Karin Namianowski
 Halbinselstr. 22
 88142 Wasserburg/ Bodensee
 Tel.: 08382/9896857
 Fax: 08382/9896854
 info@namianowski.de
 www.namianowski.de

Fachgebiet: Marketing
Thema: Patienten gewinnen durch Pressearbeit
Veranstalter: DOCRELATIONS® PR & Marketing für Mediziner
Referent: Oliver Löw, Dipl. Infw. (FH)
Termin:
 01.08.2012: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlösser Quartier Bohème, Ratinger Str. 25, 40213 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: ZÄ: 90 EUR zzgl. MwSt., Praxismitarbeiterinnen: 50 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Tel.: 02159/92821-82
 www.docrelations.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: „Der Nusknacker“ – Patienten-Coaching statt Patientenberieselung
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin:
 08.08.2012: 09.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmerzahl: 16
Ort: München
Fortbildungspunkte: 7
Kursgebühr: 255 EUR (ZÄ), 225 EUR (ZFA)
Anmeldung:
 Dipl.-Germ. Karin Namianowski
 Halbinselstr. 22
 88142 Wasserburg/ Bodensee
 Tel.: 08382/9896857
 Fax: 08382/9896854
 info@namianowski.de
 www.namianowski.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: „Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln“
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Referentin: Dipl.-Germ. Karin Namianowski
Termin:
 29.08.2012: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: St. Ingbert, Saarland
Fortbildungspunkte: 5
Kursgebühr: 255 EUR (ZÄ), 225 EUR (ZFA)
Anmeldung:
 Dipl.-Germ. Karin Namianowski
 Halbinselstr. 22
 88142 Wasserburg/ Bodensee
 Tel.: 08382/9896857
 Fax: 08382/9896854
 info@namianowski.de
 www.namianowski.de

Fachgebiet: Marketing
Thema: Patienten gewinnen durch Pressearbeit
Veranstalter: DOCRELATIONS® PR & Marketing für Mediziner
Referent: Oliver Löw, Dipl. Infw. (FH)
Termin:
 05.09.2012: 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: Schlösser Quartier Bohème, Ratinger Str. 25, 40213 Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 2
Kursgebühr: ZÄ: 90 EUR zzgl. MwSt., Praxismitarbeiterinnen: 50 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Tel.: 02159/92821-82
 www.docrelations.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Curriculum Kieferorthopädie; Modul 1; Einführung in die Kieferorthopädie mit Richtlinien und Frühbehandlung
Veranstalter: Haranni Academie
Referent: Prof. Dr. Rolf Hinz
Termin:
 14.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
 15.09.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 2010
Kursgebühr: 710 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468300
 Fax: 02323/9468333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Erfolgsmatrix für die Zahnarztpraxis
Veranstalter: Dexcel® Pharma GmbH
Referent: Prof. Dr. Eli E. Machtei
Termin: 19.09.2012
Ort: Frankfurt
Fortbildungspunkte: 5
Anmeldung: Tel.: 0800/2843742

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Damon-Expert-Kursreihe, Das Damon-System: Passiv selbstligierende, nahezu reibungsreihe Kieferorthopädie
Veranstalter: Haranni Academie
Referenten: Dr. Mark Geserick, Ulm; Casper Ulrik Hansen, Ebeltoft DK; Dr. Markus Heise, Herne; Dr. Dr. Hans-Theobald Schrems, Regensburg; Dr. Veit Stelte, Mülheim a.d. Ruhr; Dr. Knut Thedens, Bremen

Termin:
 21./22.09.2012: 10.00 – 18.00 Uhr,
 02./03.11.2012: 09.00 – 17.00 Uhr,
 07./08.12.2012: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne
Fortbildungspunkte: 54
Kurs-Nr.: 2770-2790
Kursgebühr: 3 5200 EUR zzgl. MwSt.
Anmeldung:
 Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne
 Tel.: 02323/9468300
 Fax: 02323/9468333
 info@haranni-academie.de
 www.haranni-academie.de

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Kurs zur Perfektionierung der Biege- und Streutechnik
Veranstalter: Dentaurum GmbH & Co. KG
Referent: ZT Guido Pedrolì
Termin: 22.09.2012
Ort: Ispringen
Kursgebühr: 275 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: MVZ-Geschäftsführer (IHK)
Veranstalter: Frielingsdorf Consult GmbH
Referent: Referententeam
Termin: 24.09.–29.09.2012: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Köln
Kursgebühr: 3 050 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft:
 Claudia König
 Tel.: 0221/139836-63, Fax: -65
 koenig@frielingsdorf.de

Fachgebiet: Allgemeine ZHK
Thema: Gingivale Rezessionen
Veranstalter: GABA GmbH
Referent:
 Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger
Termin: 26.09.2012
Ort: Stuttgart
Fortbildungspunkte: 3
Kursgebühr: ZÄ: 105 EUR, Mitarbeiter: 82 EUR
Anmeldung:
 www.gaba-dent.de/fortbildung
 Tel.: 03641/3116160

Fachgebiet: Chirurgie**Thema:** UpDate Alveolenmanagement: Zahn raus – was nun?**Veranstalter:** Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzsche

Referenten: Dr. Dr. Ulrich Stroink / Dr. Jürgen Gallas**Termin:** 26.09.2012:
16.00 – 19.00 Uhr**Ort:** Stresemannstr. 7-9,
40210 Düsseldorf**Fortbildungspunkte:** 4**Kursgebühr:** 69 EUR zzgl. MwSt.**Anmeldung:** Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

Fachgebiet: Praxismanagement**Thema:** Mitarbeiter zu „Mit-Unternehmern“ entwickeln – Chancen und Risiken von Bonus-Systemen**Veranstalter:** Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Dr. med. Dr. med. dent. Bernd Biermann, Dr. med. Dr. med. dent. Wolfgang Schmitt, Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Clasen, Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzsche

Referent: Dipl.-Ing. Harald Gensler**Termin:**
28.09.2012: 14.00 – 17.00 Uhr**Ort:** Stresemannstr. 7-9,
40210 Düsseldorf**Fortbildungspunkte:** 3**Kursgebühr:** 110 EUR zzgl. MwSt.,
90 EUR zzgl. MwSt. aus Überweiserpraxen**Anmeldung:** Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis

Fachärzte für MKG-Chirurgie
 Stresemannstr. 7-9
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/875508-0
 Fax: 0211/875508-99
 www.kieferchirurgie.org

**Verlust von
Kammerausweisen****LZK Baden-
Württemberg**

Die Ausweise von

Dr. Markus Bauer
 August-Lämmle-Weg 26/1
 71229 Leonberg
 geb. 16.06.1970
 Ausweis gültig ab: 26.11.2001

Dr. Zita Funkenhauser
 Bäumlein 2
 97941 Tauberbischofsheim
 geb. 01.07.1966
 Ausweis gültig ab: 24.01.1994

Dr. Florian Troeger
 Mühlenstr. 10
 88662 Überlingen
 geb. 23.04.1973

ZÄ Ilona Veigel
 Kronenstr. 45
 77866 Rheinau
 geb. 21.02.1962
 Ausweis gültig ab: 02.11.2004

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

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

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

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

Bekanntmachungen**Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen
Bundesausschusses
zur Ermittlung der nach § 92 Absatz 7d
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(SGB V) stellungnahmeberechtigten
maßgeblichen Spitzenorganisationen
der Medizinproduktehersteller
Vom 10. Mai 2012**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seit Inkrafttreten des § 92 Absatz 7d SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2012 vor Entscheidungen über die Richtlinien nach den §§ 135, 137c und 137e SGB V zu Methoden, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, u. a. den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Da diese Spitzenorganisationen gesetzlich nicht eindeutig festgelegt sind, ermittelt der G-BA die stellungnahmeberechtigten Organisationen. Mit dieser Bekanntmachung informiert der G-BA über die für die Stellungnahmeberechtigung maßgeblichen gesetzlichen Voraussetzungen und eröffnet den betroffenen Organisationen die Gelegenheit zur Meldung.

Zur Glaubhaftmachung der Eigenschaft einer zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Medizinproduktehersteller sind entsprechend 1. Kapitel § 9 Absatz 2 der Verfahrensordnung des G-BA die Satzung oder Statuten und – soweit es sich nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt – geeignete Nachweise zur Anzahl der Mitglieder vorzulegen. Organisationen, die davon ausgehen, dass sie die vorgenannten Vorgaben erfüllen, bittet der G-BA um Übersendung einer schriftlichen Meldung.

Die diesen Vorgaben entsprechenden Meldungen sind bis zum 21. Juni 2012 bei der Geschäftsstelle des G-BA – nach Möglichkeit auch in elektronischer Form (z. B. als Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail – einzureichen.

Gemeinsamer Bundesausschuss
 Abteilung Methodenbewertung &
 Veranlasste Leistungen
 Postfach 12 06 06
 10596 Berlin
 E-Mail: spitzenorg-mp-hersteller@g-ba.de

Nachmeldungen sind zulässig. Insoweit ist zu beachten, dass bis zu der Entscheidung über die Nachmeldung die Wahrnehmung des Stellungnahmerechts nicht möglich ist.

Die Entscheidung des G-BA über den Kreis der stellungnahmeberechtigten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller wird den betreffenden Organisationen mitgeteilt sowie im Bundesanzeiger und auf der Internetseite des G-BA bekannt gegeben.

Berlin, den 10. Mai 2012
 Gemeinsamer Bundesausschuss

Unterausschuss Methodenbewertung
 Der Vorsitzende
 Deisler

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
Maria Winkler, M.A. Redaktionsassistentin (Leserservice,
Veranstaltungen), mw; E-Mail: m.winkler@zm-online.de

Layout/Picture Desk:

Piotr R. Luba, lu; Caroline Götzger, cg; Kai Mehnert, km

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Mitgliedern einer Zahnärztekammer empfehlen wir, sich bezüglich einer Änderung der Lieferanschrift direkt an die Bundeszahnärztekammer unter Tel. +49 30 40005122 zu wenden.

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. des Monats. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

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



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 7011-224
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 1. Quartal 2012:

Druckauflage: 86 250 Ex.

Verbreitete Auflage: 85 158 Ex.

102. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Kontovollmacht

Übertragung mit Tücken

Die Administration in den Praxen frisst immer mehr Zeit auf. Um sich zu entlasten und wieder mehr Zeit für die Patienten zu haben, können Mediziner eine Kontovollmacht an vertrauenswürdige Mitarbeiter übertragen. Doch man sollte sich schon die Mühe machen, die Details eines solchen Formulars genau anzusehen.

Der Zeitpunkt war längst überfällig: Nach nun fast achtjähriger Praxiszugehörigkeit sollte die erfahrenste der Praxismitarbeiterinnen von Dieter M., einem Internisten aus Niedersachsen, eine eingeschränkte Vollmacht über das Geschäftskonto bei seiner langjährigen Hausbank erhalten. M. wollte sich selbst auf diese Weise von dem – wie er es nennt – „zeitlich aufwendigen Finanzkram“ weitgehend entlasten. Dazu zählt das Bezahlen kleinerer Rechnungen ebenso wie die damit verbundene Disposition der täglichen Liquidität seiner Praxis. Die erforderliche Bevollmächtigung erwies sich nun aber keineswegs so unproblematisch, wie M. ursprünglich dachte. Als er sich nämlich das Vollmachtformular genauer ansah, hatte er plötzlich eine ganze Reihe von Fragen.

Anpassungen notwendig

Selbstverständlich ist für den Schritt einer ausgestellten Bankvollmacht absolutes Vertrauen unabdingbar. Doch auch wenn dies gegeben ist, sollte nicht vergessen werden, das Vollmachtformular der Bank sorgfältig durchzusehen. Gern wird übersehen, dass die jeweiligen Bedingungen einer derartigen Übertragung aufgrund von Gesetzesänderungen beziehungsweise aufgrund von Präzisierungen der Rechtsprechung mehr oder weniger regelmäßig anzupassen sind und vom Arzt als Vollmachtgeber ebenso regelmäßig überprüft werden sollten. Dies hat weniger mit mangelndem Vertrauen in die bevollmächtigten Personen zu tun. Es geht vielmehr um einen klar definierten und an der Praxis orientierten rechtlichen Rahmen, in dem sich der oder die Vollmachtnehmer sicher und dem Vollmachtumfang gemäß zu bewegen haben.



Die Formulare der Banken sind verschieden, eine sorgfältige Prüfung sollte man daher auf jeden Fall vornehmen.

Überlegt werden sollte auch, die Details einer Vollmacht nicht nur auf dem Formular, sondern auch in der Stellenbeschreibung des jeweiligen Mitarbeiters aufzuführen. Einer der wesentlichen Punkte ist dabei der Zeitraum der Gültigkeit der Vollmacht: Je nach Kreditinstitut behält der Bevollmächtigte – das ist häufig nicht bekannt – den Zugriff auf die Geschäftskonten über das Ableben des Kontoinhabers hinaus. Zwar kann es durchaus sinnvoll sein, dass Ärzte, denen diese Vollmachtbedingung bekannt ist und die sie entsprechend bewusst einsetzen, so die Zahlungsfähigkeit der Praxis unmittelbar erhalten. Allerdings sollten bei einer solchen Regelung auch mögliche Auswirkungen auf bereits eventuell bestehende erbrechtliche Verfügungen eines Testaments oder eines Erbvertrags berücksichtigt werden. Banken lassen entsprechende Kontoverfügungen von Bevoll-

mächtigten nämlich meist so lange zu, bis die Erben einen entsprechenden Widerruf der jeweiligen Vollmacht vornehmen. Erfahrungsgemäß kann ein solcher, von den Erben gemeinsam getragener Widerruf aber einige Zeit in Anspruch nehmen, so dass vom Bevollmächtigten zwischenzeitlich Kontoverfügungen getroffen werden können. Zur Vermeidung eventueller Missverständnisse kann bei derartigen Fällen mit Zustimmung der jeweiligen Bank festgelegt werden, dass Kontovollmachten ausschließlich zu Lebzeiten des Arztes gültig sein sollen.

Umfang festlegen

Ebenfalls überprüft werden sollte der konkrete Umfang einer Vollmacht, denn je nach Formular sind Verfügungen aus einem Kontoguthaben heraus ebenso möglich

INFO

Checkliste für Vereinbarungen

■ Banken sind meist bereit, einzelne Punkte im Vollmachtformular den Erfordernissen der Praxis anzupassen beziehungsweise diese zu streichen. Jede neu getroffene Vereinbarung sollte von der Bank schriftlich bestätigt werden.

■ Je nach Bank und deren Verfahrensweise ist der Bevollmächtigte gegebenenfalls berechtigt, selbstständig, also ohne Mitwirkung des Vollmachtgebers, weitere Untervollmachten zu erteilen. Doch jedem

Praxisinhaber steht es frei, diese Berechtigung im Formular zu streichen.

■ Bank- und Geschäftsvollmachten sollten regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert werden. Dabei sollte stets die Gesamtsituation des Arztes berücksichtigt werden: Kontovollmachten, deren Wirksamkeit über das Ableben des Vollmachtgebers hinausgeht, können beispielsweise den Verfügungen in einem Testament oder in einem Erbvertrag entgegenstehen.

wie aus einem bestehenden Kredit. Selbst wenn die bisherige Praxis (auch „betriebliche Übung“ genannt) fast schon wie selbstverständlich Guthabenverfügungen vorsieht, ist aus Gründen der Rechtssicherheit ein entsprechender Blick in das Vollmachtformular ratsam.

Falls danach nämlich auch Abhebungen über das Guthaben hinaus möglich sind, sollte in Verbindung mit dem Kreditinstitut klar definiert werden, ob und in welchem finanziellen Rahmen Kontoverfügungen durch Bevollmächtigte erfolgen dürfen. Auch hier sollte geprüft werden, ob dieser

Punkt auch in der Stellenbeschreibung der Mitarbeiterin verbindlich festgehalten wird.

Je nach Kreditinstitut sind darüber hinaus Vereinbarungen möglich, die Guthaben- oder Kreditverfügungen – wie bei M. im eingangs geschilderten Fall vorgesehen – je Kontoabhebung auf einen bestimmten Maximalbetrag beschränken, die von einem Kontobevollmächtigten allein oder von mehreren Kontobevollmächtigten gemeinsam durchgeführt werden können.

Wichtig ist, dass es im Ergebnis keinerlei Zweifel über die konkreten Abhebungsberechtigungen geben darf. Unterschiedliche Auffassungen darüber gehen sonst erfahrungsgemäß zulasten des Arztes als Vollmachtgeber.

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

Kreditsicherheiten

Schutzschirm aufspannen

Wer seine Praxis auf dem aktuellen Stand halten will, muss bisweilen auch investieren. Dies geht oft nicht ohne Kredit. Die Bank verlangt dafür umfangreiche Sicherheiten, die sich aus verschiedenen Bausteinen zusammensetzen können.

Nach einem langen Studium und einigen Jahren als Angestellter in einer Praxis denken viele Zahnärzte daran, sich niederzulassen. Als Mittdreißiger wagen sie den Schritt in die Selbstständigkeit. Die meisten übernehmen eine Praxis, die sie mit einem Kredit finanzieren müssen. Kein (junger) Zahnarzt, der vielleicht eine Familie zu versorgen hat, zahlt die nötigen 250 000 bis 400 000 Euro so nebenbei. Zusätzlich zur Ablösesumme muss er auch eine größere Summe für neue Geräte und die Renovierung einplanen. Sein größtes Kapital sind sein Know-how und seine Arbeitskraft. Das weiß auch die Bank. So sagt Thorsten Werner, Leiter des Kompetenzcenters Heilberufe bei der Hamburger Sparkasse (Haspa): „Bei selbstständigen Ärztinnen und Ärzten liegt die wichtigste Sicherheit in der Kompetenz und Arbeitskraft des Kreditnehmers.“

Doch damit gibt sich kein Institut zufrieden, wenn es sich um einen Arzt handelt, der für die Bank noch ein unbeschriebenes Blatt ist und sein Können zumindest dem Bankberater gegenüber erst noch unter Beweis stellen muss. Die Bank will handfeste Sicherheiten, auf die sie im Fall der Fälle zugreifen kann. Christoph Moschner, Spezialist für Finanzierungen bei der apoBank in Düsseldorf, erklärt: „Wir fordern drei Standardsicherheiten: erstens die Abtretung gegenüber

der KZV, zweitens den Abschluss einer Risikolebensversicherung und drittens die Raumsicherungsübereignung.“ Für den Zahnarzt bedeutet das: Je nach Umfang des Kredits muss er dem Darlehensgeber ein Zugriffsrecht auf seine Einkünfte einräumen.

Bank möchte umfangreiche Zugriffsrechte

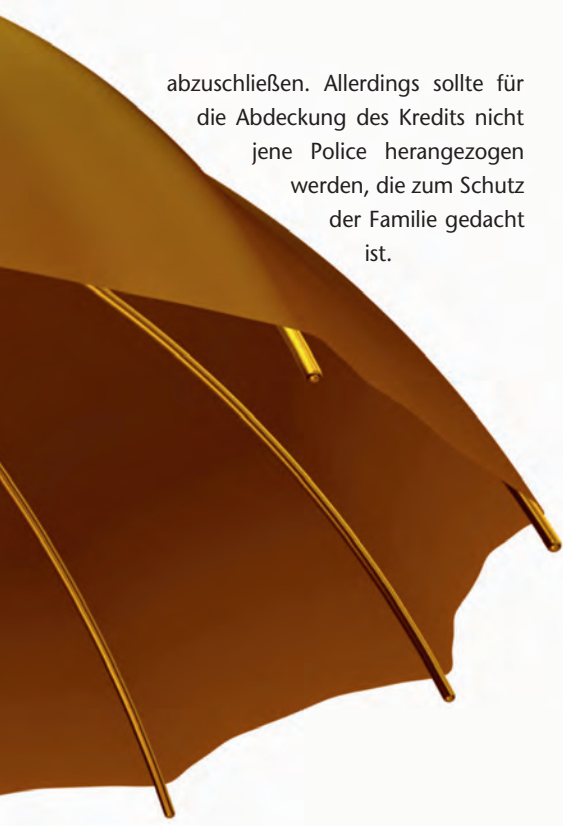
Kann er die Raten nicht bezahlen, darf sich die Bank bei den Honoraren bedienen. Bei dem etwas sperrigen Begriff Raumsicherungsübereignung geht es darum, dass die Bank im Fall der Zahlungsunfähigkeit den Daumen auf die von ihr finanzierten Investitionen wie zum Beispiel den Behandlungsstuhl oder das Röntgengerät hält. Zusätzlich prüft sie vor Abschluss des Kreditvertrags die bereits vorhandenen Versicherungspolizen ihres Kunden.

Bereits vorhanden sind normalerweise sowohl eine Risikolebens- wie eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Jeder, der eine Familie hat und Hauptverdiener ist, sollte unbedingt eine Risikolebensversicherung abgeschlossen haben für den Fall, dass er stirbt und die Familie mittellos zurückbleibt. Viele Banken verlangen diese sinnvolle

Police auch bei einer Immobilienfinanzierung als Kreditabsicherung. Dabei schließt der Schuldner eine Lebensversicherung in Höhe der Darlehenssumme ab. Anders als bei einer Kapitallebensversicherung steht hierbei nicht der Vermögensaufbau im Vordergrund, sondern nur das Todesfallrisiko. Dafür zahlt der Versicherte auch niedrigere Beiträge, die das Unternehmen am Kapitalmarkt investiert. Die daraus erwirtschafteten Erträge werden nicht ausgezahlt, sondern senken die Beiträge. Stirbt der Schuldner vor Rückzahlung des Kredits, löst die Versicherung den Kredit auf einmal ab. So ist die Restschuld im Todesfall abgesichert.

Wird der Kredit regelmäßig getilgt, verringert sich der Darlehensbetrag. In diesem Fall empfiehlt es sich, die Versicherung mit fallender Versicherungssumme und dementsprechend sinkenden Beiträgen

Foto: diez-artwork – Fotolia.com



abzuschließen. Allerdings sollte für die Abdeckung des Kredits nicht jene Police herangezogen werden, die zum Schutz der Familie gedacht ist.

Unverzichtbar ist Schutz gegen Berufsunfähigkeit

Ein Muss für jeden Zahnarzt zur persönlichen Absicherung ist selbstverständlich eine Berufsunfähigkeitsversicherung (BU). Die erwirbt er zwar automatisch mit der Beitragszahlung an das Versorgungswerk. Doch wird sie im Krankheitsfall kaum ausreichen, um den gewohnten Lebensstandard aufrechtzuerhalten und schon gar nicht, um die darüber hinausgehenden Kreditraten zu bedienen. Für den Zahnarzt macht es daher Sinn, eine zusätzliche BU abzuschließen.

Finanzierungsspezialist Moschner empfiehlt zur Abdeckung der Kreditrisiken die Aufstockung der BU: „Zwar muss der Zahnarzt höhere Beiträge leisten. Doch wenn er die mit einer längeren Krankheit und vor allem mit einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit verbundenen Risiken für sich und seine Familie betrachtet, ist es oft sinnvoll den

Schutz zu erhöhen und höhere Beiträge zu zahlen.“ Wie hoch die Aufstockung ausfällt, hängt auch von der Höhe des Krankentagegeldes ab, das zumindest bei zeitlich begrenzten Gesundheitsproblemen die finanziellen Einbußen ausgleicht. Dabei darf nicht vergessen werden, dass das Krankentagegeld sich ausschließlich am Nettoeinkommen orientiert.

Doch BU, Risikolebensversicherung und Krankentagegeld reichen immer noch nicht aus, um einen Kredit abzusichern und gleichzeitig den reibungslosen Ablauf der Praxis zu gewährleisten. Die laufenden Kosten für Personal, Vertretung und sonstige Betriebskosten belasten das Portemonnaie. Für diese Risiken gibt es die Praxisausfallversicherung. Sie gehört als Sachversicherung bei den deutschen Versicherern in die Kategorie der Schadenversicherungen. Abdecken lassen sich damit der gesamte Umsatz, die laufenden Praxiskosten sowie



Foto: Michael Möller – Fotolia.com

Zur Kreditabsicherung will die Bank Sicherheiten, auf die sie im Notfall zugreifen kann.

die Ausgaben für einen Vertreter. Ralf Seidenstücker, Versicherungsmakler und Geschäftsführer der Versicherungsstelle für Zahnärzte, empfiehlt die Praxisausfallversicherung, „weil man damit den entgangenen Gewinn und die Kreditraten absichern kann“. Ergänzend bietet sich noch der Schutz einer Betriebsunterbrechungsversicherung an. Damit sichert der Zahnarzt Sachgefahren wie Feuer, Wasser, Einbruchdiebstahl, den entgangenen Gewinn und die fixen Kosten ab.

Vorhandene Sicherheiten überprüfen

Anders als bei privaten Ratenkrediten sind Restschuldversicherungen bei den gewerblichen Krediten eher die Ausnahme. Dr. Gerd Meyer von der Stadtsparkasse Düsseldorf argumentiert: „Im gewerblichen Bereich finanzieren wir Investitionen und die dienen uns bei Zahlungsausfall als Sicherheit.“ Auch die apoBank arbeitet nicht mit Restschuldversicherungen.

Seit Ende letzten Jahres wirbt die April Financial Services mit einer gewerblichen Restschuldversicherung. Das Produkt stammt vom französischen Assekuranzunternehmen Axeria Prévoyance. Es wirbt mit der Absicherung der Restschuld im Todesfall, bei Arbeitsunfähigkeit und bei schweren Krankheiten. Fragen nach der Gesundheit stellt sie ab einer Versicherungssumme von 125 000

Euro beziehungsweise bei einer Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit von über 2 500 Euro pro Monat. Ab einer Leistung von 185 000 Euro verlangt sie ein ärztliches Zeugnis. Die monatliche Zahlung wegen Arbeitsunfähigkeit ist auf maximal 10 000 Euro begrenzt. Für die Bedienung der Kreditraten dürfte diese Summe ausreichen. Absichern lassen sich mit der gewerblichen Restschuld-

police Kontokorrentkredite, Förderdarlehen der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), Hypotheken und sonstige Tilgungsdarlehen. Bislang arbeitet April hauptsächlich mit Sparkassen zusammen. Inwieweit eine Restschuldversicherung, die die Kreditkosten auf jeden Fall erhöht, Sinn macht, ergibt sich aus der Überprüfung der bereits vorhandenen Sicherheiten in Form von Policen, Rücklagen und Investitionen.

Zahnärzte, die ihr Einfamilienhaus oder eine vermietete Immobilie bereits abgezahlt haben, halten vielleicht noch ein Bonitätsplus in Reserve, an das sie nicht unbedingt denken. Dabei geht es um eine noch eingetragene Grundschuld, die der Zahnarzt nach der Tilgung des Kredits nicht hat löschen lassen. Bei einer neuen Kreditaufnahme kann die Bank diese Sicherheit ohne Kostenaufwand erneut nutzen und so die Kreditkosten angenehmer gestalten. Wie wichtig für den selbstständigen Zahnarzt eine umfangreiche Absicherung gegen eine Zahlungsunfähigkeit aus unterschiedlichen Gründen ist, betont auch Dr. David Klingenberg, stellvertretender Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte in Köln: „Der Zahnarzt muss so abgesichert sein, dass er neben dem Unterhalt für die Familie auch im Krankheitsfall alle Praxiskosten inklusive der Kreditkosten bezahlen kann. Sonst kann die Finanzierung nicht als nachhaltig gelten.“

Marlene Endruweit
Fachjournalistin für Ökonomie
m.endruweit@netcologne.de

INFO

Private Restschuldversicherung

Im privaten Bereich ist eine Restschuldversicherung obligatorisch, wenn es um die Finanzierung einer Immobilie geht. Dabei handelt es sich üblicherweise um eine Risikolebensversicherung, die den Kredit ablöst, wenn der Schuldner stirbt. Am günstigsten ist, wenn der Hauptverdiener eine Police mit fallender Versicherungssumme abschließt. Sie passt sich dem jeweiligen Darlehensstand an. Arbeiten beide Ehepartner, sollten auch beide eine Restschuldversicherung in Höhe der Darlehenssumme abschließen. Darauf verzichten können eigentlich nur Schuldner, die schon über eine ausreichend hohe Risikolebensversicherung verfügen oder die alleine leben. Vorsicht ist angesagt, wenn Banken Restschuldversicherungen anbieten. Dabei handelt es sich meist um relativ teure Produkte, die zwar zusätzlich eine Absicherung bei Krankheit und Jobverlust versprechen, vor denen aber die Zeitschrift „Finanztest“ warnt: „Die meisten dieser Versicherungen

haben zahlreiche Haken, so dass Kunden die versprochene Leistung im Ernstfall oft gar nicht erhalten.“ Karenz- und Wartezeiten machen die Versicherung bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit unattraktiv. Außerdem sind die Kosten sehr hoch. So kostet zum Beispiel eine Verdienstauffallpolice der R+V mit einer monatlichen Kreditrate von 400 Euro bei einer Vertragslaufzeit von zehn Jahren 5 750,40 Euro. In einem Vergleich hat „Finanztest“ ermittelt, wie teuer eine einfache Restschuldversicherung für den Todesfall ist, bei der sich die Versicherungssumme dem Tilgungsplan anpasst. Unterstellt wurde ein Darlehen in Höhe von 100 000 Euro, das über 20 Jahre läuft. Im günstigsten Fall zahlt ein Mann für die gesamte Laufzeit 816 Euro (Frau 626 Euro) bei dem Versicherer Ontos oder 839 Euro (622 Euro) beim Versicherungsunternehmen Europa. Am meisten verlangt die R+V-Versicherung mit 1 704 Euro (1 151 Euro). ■

Praxismarketing

Den Patienten in die Praxis lotsen

Der Wettbewerb unter Medizinern nimmt immer mehr zu. Sichtbar wird dies nicht nur, aber auch und gerade in Ballungsräumen. Dort machen sich die Praxen munter Konkurrenz, gleichzeitig ist eine Zunahme zahnärztlicher Werbemaßnahmen zu beobachten. Viele Praxisinhaber fragen sich, ob sie sich an der Entwicklung verstärkten Marketings beteiligen müssen, und – wenn ja – wie?

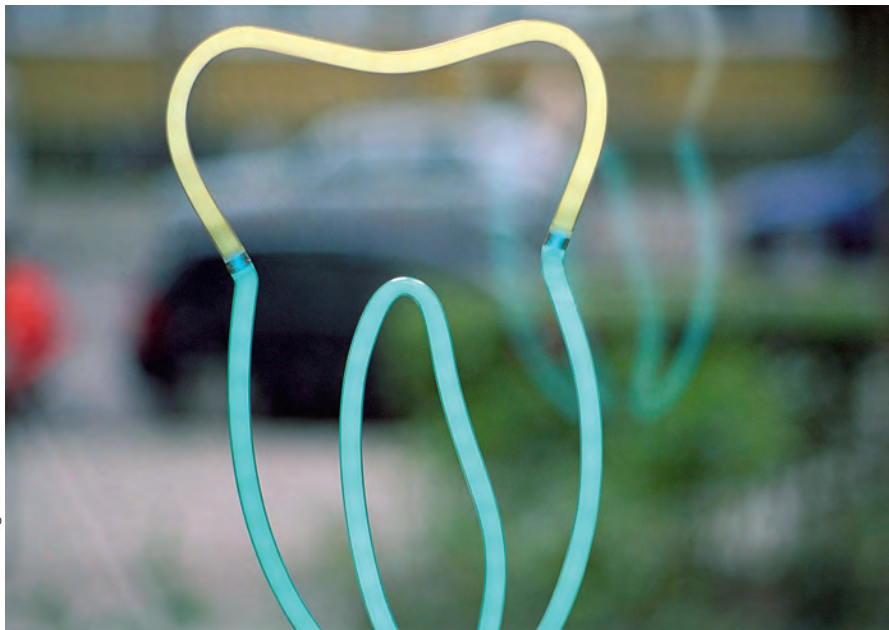


Foto: Vario Images

Werbung in eigener Sache ist kein Teufelszeug, sondern dient auch der Patienteninformation.

Ob bewusst oder unbewusst: Jeder Zahnarzt betreibt Marketing – und das auch zu Recht. Denn Marketing umfasst alle Maßnahmen zur wirtschaftlichen Fortentwicklung des Unternehmens, hier der Praxis. Und wer ein Interesse daran hat, dass es seinem Betrieb, und ein solcher ist eine Praxis nun auch einmal, gut und besser geht, sollte sich bewusst mit dem Thema auseinandersetzen. Gern verweisen Mediziner darauf, dass sie nicht werben müssten, weil die Patienten wegen der kostenfreien Mundpropaganda, also auf Empfehlung, ohnehin in die Praxis kämen. Tatsächlich folgen laut Studien 65 Prozent aller Patienten in Deutschland, die neu in eine Praxis kommen, einer persönlichen Empfehlung. Doch allein darauf zu bauen, kann sich schnell als unternehmerischer Leichtsinns herausstellen. Besser ist es, die Entwicklung der Praxis näher zu betrachten.

Empfehlungsquote heben

Jede Praxis benötigt ständig neue Patienten, weil die Stammpatienten auf natürliche Weise – etwa durch Wegzug – weniger werden. Oder aber, weil sie unzufrieden sind. Man kann davon ausgehen, dass der Mittelwert der Neupatientenrate in Deutschland bei zehn bis 15 Patienten pro Praxis und Monat liegt. Bei erfolgreichen Praxen beträgt dieser Wert nicht selten 20 bis 50 Patienten. Untersuchungen sehen die Empfehlungsquote, also den Anteil der Patienten, die aufgrund persönlicher Empfehlung in die Praxis kommen, bei 65 Prozent. In urbanen Gebieten und bei jungen Menschen ist die Webquote, also der Anteil der Neupatienten, die die Praxis mittels Internet auffindig gemacht haben, mit teilweise mehr als 30 Prozent stark überdurchschnittlich.

Weil man davon ausgehen kann, dass die Bedeutung des Internets auch weiterhin zunehmen wird, wird auch der Anteil derer, die dieses Medium zur Praxisauswahl nutzen, weiter wachsen. Erfahrungswerte von Marktbeobachtern besagen, dass Praxen mit deutlich weniger als zehn Neupatienten als nachhaltig gefährdet gelten können respektive dass der ideale Praxiswert fällt.

Gezieltes Marketing in eigener Sache sollte daher für die wirtschaftliche Entwicklung einer Praxis nicht unterschätzt werden. Da niemand Geld zu verschenken hat, steht die Frage nach Effektivität und Effizienz der Maßnahmen im Vordergrund. Und: Auf der Basis der Positionierungstheorie sollte vor jeder Marketing- und Werbemaßnahme die Praxis-Positionierung stehen. Dies kann man sich anhand des Kürzels PMW (Positionierung – Marketing – Werbung) leicht einprägen.

Die Positionierung

Die Positionierung kann, muss aber nicht mit der fachlichen Spezialisierung übereinstimmen. Als Beispiel soll ein Zahnarzt angeführt werden, der als Fußballfan einer bestimmten Mannschaft seine Behandlungsräume so eingerichtet hat, dass sich andere Fans des Vereins, ungeachtet seiner fachlichen Kompetenz, bei ihm wohlfühlen. In der Praxis gibt es, um das Beispiel gedanklich fortzuführen, Kaffeebecher und vieles andere in den Vereinsfarben, den „Kicker“ als Patientenlektüre oder das Gespräch mit dem Zahnarzt über das letzte Spiel. Das Beispiel soll verdeutlichen: Es ist gut, eine Philosophie zu erarbeiten, warum die Patienten in die Praxis kommen und sich dort wohlfühlen sollen. Dies kann etwa in einem Workshop geschehen, an dem der oder die Praxisinhaber sowie mindestens eine erfahrene Helferin teilnehmen. Hier werden die Stärken des Inhabers und des Teams analysiert und in ein Profil gegossen.

Weitere Positionierungen können sein: „Die Kinderzahnärztin der Stadt“, der „Implantologe“, der „Zahnarzt mit ganzheitlicher Herangehensweise“, der „Business-Zahnarzt im Zentrum“ und vieles mehr. Merke: Es gibt hierzulande nicht nur 45 000 Praxen, sondern auch 45 000 verschiedene Positionierungen.

Ein Zahnarzt bietet mit seiner Behandlung dem Patienten in der Regel einen hohen faktischen Nutzen. Doch der Patient kann diesen nicht bewerten, geschweige denn mit dem Nutzen, den die Behandlung bei einem anderen Zahnarzt bringen würde, vergleichen. Das kann er nur mit dem „emotionalen Nutzen“ oder der Praxis-Atmosphäre, die ihm geboten werden. Wenn sich ein Patient, um das genannte Beispiel aufzugreifen, beim Fußballzahnarzt wohlfühlt, wird er nicht wechseln, weil bestenfalls eine starke emotionale Bindung



Foto: DocStock

Marketingexperten gehen davon aus, dass im Einzugsgebiet jeder Praxis jeden Monat etwa 500 Menschen einen Zahnarzt suchen, davon rund 50 bis 100 über das Internet. Wohl dem, der eine gute Homepage hat.

INFO

Aktive Patientensuche

■ Empfehlungsmarketing

Am günstigsten ist das Empfehlungsmarketing. Man kann seine zufriedenen Patienten ruhig darauf ansprechen, dass man sich freut, wenn sich diese im Bekanntenkreis (oder im Internet) positiv über die Praxis äußern und sie empfehlen.

■ Webseite im Internet

Weiterhin ist eine gute Website von Vorteil, weil nicht nur im Internet über Suchmaschinen nach Praxen geforscht wird, sondern sich auch viele Patienten, die anders auf die Praxis aufmerksam gemacht wurden, hier näher informieren. Auf der Website empfehlen sich Fotos der Behandler, des Teams und der Praxis. Grund: Die Patienten möchten wissen, welcher Mensch in welcher Umgebung sie dort gegebenenfalls behandelt.

■ Werben mit Zeitungsanzeigen/Plakaten

Hohen Nutzen haben auch Zeitungsanzeigen (besonders in der lokalen Presse, je lokaler desto besser) und Plakate, zum Beispiel an Haltestellen.

aufgebaut wurde. Der emotionale Nutzen kann daher bisweilen glaubwürdiger und stabiler sein als der faktische Nutzen.

Seriöse Außendarstellung

Kein Neupatient kommt in eine Praxis, wenn er sie nicht kennt. Es muss also versucht werden, sich bekannt zu machen – und dies auf angemessene und seriöse Weise. Klar sollte daher sein, dass bei einem medizinischen Dienstleistungsmarketing der Spagat zwischen Erlangung der Aufmerksamkeit und dem Anspruch des Patienten an eine seriöse und hochanspruchsvolle medizinische Behandlung eine besondere Herausforderung darstellt.

Zahnärzte bieten eine hochwertige medizinische Dienstleistung und sind wirtschaftlich darauf angewiesen, dass Patienten sie in Anspruch nehmen. Mit Werbung sagt man zunächst einmal nur, dass es einen gibt. Und dann noch, wofür man steht. Damit man idealerweise die Neupatienten erreicht, die zu einem passen.

Werbung bedeutet, zu zeigen, dass man zur Erfüllung der Erwartung dieser Menschen zur Verfügung steht. Wenn der Beworbene annimmt, dass das Angebot der Praxis für ihn das richtige ist, wird er zur Behandlung kommen. Entscheidend ist aber, dass die Erwartungshaltung, die durch die Werbung beim Patienten entstanden sein kann, in der Praxis auch erfüllt wird.

Werbung muss authentisch sein und zur Praxis passen. Ist sie es, ist sie nicht unseriös, sondern im Hinblick auf das Wohl des Patienten sogar ziel-führend. Werbung mit marktschreierischem Brüllen zu verwechseln ist nicht nur berufsrechtlich unzulässig, sondern dem lang-fristigen seriösen Ruf der Praxis eher abträglich. Richtig gemacht, kann strategisch gutes Marketing zur wirtschaftlich positiven Fortentwicklung der Praxis führen.

*Prof. Dr. Ing. Thomas Sander
Medizinische Hochschule Hannover
Lehrgebiet Praxisökonomie
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover*

CHE-Hochschulranking 2012

Universitäre Lehre im Fokus

Alle Jahre wieder erscheint das CHE-Hochschulranking. Infos zur Studiensituation und zur Qualität von Forschung und Lehre sollen Studierenden dabei helfen, die passende Uni zu finden. Im Abstand von drei Jahren werden die Ergebnisse für ein bestimmtes Fach aktualisiert. Das 2012er-Ranking legt den Fokus unter anderem auf die Zahnmedizin – doch nicht alle Standorte haben mitgemacht.

Von Aachen bis Würzburg, dazu Nimwegen und Graz – das Centrum für Hochschulentwicklung (CHE) bietet Studieninteressierten für das Fach Zahnmedizin Bewertungen von 27 deutschen Hochschulen und jeweils einer Fakultät in Österreich und in den Niederlanden. Für das Ranking werden Studierende und Professoren aufgefordert, anonym Fragen zu fachlichen und zu allgemeinen Aspekten des Unialltags zu beantworten. In diesem Jahr haben nach Angaben des CHE insgesamt 200 000 Studierende und 15 000 Professoren die Fragebögen ausgefüllt.

Seit 1998 hat das Institut 140 Universitäten und mehr als 250 Fachhochschulen und Berufsakademien unter die Lupe genommen. Vor sieben Jahren startete es eine Kooperation mit der Wochenzeitung „Die Zeit“, die das Ranking seitdem in ihrem Studienführer und im Internet herausgibt. Vor allem die digitale Aufbereitung bietet Usern Möglichkeiten zur individuellen Suche – und ist obendrein kostenlos. Bedingung ist einzig die Registrierung auf der Internetseite <http://ranking.zeit.de>.

Grün ist Spitze

Das CHE verzichtet darauf, beim Ranking erste bis letzte Plätze zu vergeben. Es ordnet die Fakultäten stattdessen in jeder abgefragten Kategorie einer Spitzen-, Mittel- oder Schlussgruppe zu. Für eine schnelle Orientierung werden die drei Gruppen in den Ergebnistabellen mit einem grünen



Foto: ddpimages

Rankings können Schulabgängern bei der Auswahl ihrer Hochschule nur als grobe Orientierung dienen. Interessierte sollten darum vor Ort überprüfen, wie die Lehrsituation in der Praxis aussieht.

(Spitze), einem gelben (Mitte) und einem blauen (Schluss) Punkt markiert. Innerhalb einer Ranggruppe sind die Hochschulen alphabetisch sortiert.

Prof. Dr. Frank Ziegele, Geschäftsführer des CHE, begründet diese Methode so: „Das Zusammenzählen aller Teilaspekte zu einem einzigen Indikator lässt keine Differenzierung zu. Uns ist aber wichtig, die einzelnen Bewertungskriterien hervorzuheben. Beim CHE-Ranking können sich User das Abschneiden einer Hochschule in verschiedenen Kategorien anschauen und sehen, ob sie zum Beispiel sehr gut in der Forschung, aber schlecht in der Lehre bewertet wurde.“ Und noch ein weiterer Grund führte zum Verzicht auf Rangplätze: Liegen alle Hochschulen bei einem Ergebnis sehr dicht beieinander, können laut CHE minimale statis-

tische Unterschiede – die in der Realität kaum bemerkbar sind – viele Plätze ausmachen. Beim Ranggruppenverfahren sei hingegen sichergestellt, dass sich die Spitzen- und die Schlussgruppe statistisch bedeutsam vom Gesamtmittelwert unterscheiden.

Für Studenten, die schnell sehen wollen, wie ihr Fach an welchem Standort bewertet wurde, gibt es das „Ranking kompakt“. Es setzt sich aus vier bis sechs für ein Fach besonders aussagekräftigen Indikatoren zusammen.

Für die Zahnmedizin besteht die Kompaktansicht aus den Faktoren „Lehr- und Studiensituation insgesamt“, „Betreuungsrelation“, „Qualität der Betreuung durch Lehrende“, „Verzahnung Vorklinik-Klinik“, „Veröffentlichungen pro Professor“ und „Forschungsreputation“. Im Internet können User sich

die Ergebnisse unter anderem in alphabetischer Reihenfolge anschauen – bei dieser Sortierung beginnt das Ranking mit der RWTH Aachen und endet mit der Uni Würzburg. Klickt man nur eins der sechs Kriterien an, sortiert sich die Tabelle um und zeigt, welche Unis in Bezug auf dieses Kriterium in welcher Gruppe gelandet sind. User, die beispielsweise den Aspekt „Lehr- und Studiensituation insgesamt“ auswählen, erhalten auf diese Weise schnell die Information, dass die Universitäten Freiburg, Gießen, Halle-Wittenberg, Marburg, Rostock und Witten/Herdecke dort am besten bewertet wurden.

Im Ranking kompakt lässt sich unter der Option „Sortierung nach Ranggruppen“ auch anzeigen, welche Hochschule die meisten grünen Punkte gesammelt hat. Mit insgesamt sechs Spitzenwerten steht die Uni Freiburg an erster Stelle, gefolgt von den Unis Halle-Wittenberg und Kiel mit jeweils drei grünen und drei gelben Punkten.

Mit Phantomkopf punkten

Neben den sechs festgelegten Kriterien können User unter dem Menüpunkt „Welche Kriterien sind Ihnen wichtig?“ eigene Prioritäten für den Vergleich der Hochschulen festlegen. Zur Auswahl stehen insgesamt 25 Indikatoren. Dazu gehören bei der Zahnmedizin neben der Ausstattung mit Behandlungsstühlen und Phantomköpfen sowie der Zahl der Promotionen pro Professor auch fachunabhängige Faktoren wie Privatmiete am Studienort oder Zahl der Studierenden ins-



Foto: private universität witten-herdecke

Die Ausstattung mit Phantomköpfen ist im Bereich Zahnmedizin nur einer von 25 Bewertungsindikatoren.

gesamt. Bei soviel Wahl bleibt die Qual nicht aus: User sollten Einarbeitungszeit mitbringen, wenn sie die Methodik des CHE-Hochschulrankings bis ins letzte Detail verstehen und alle Informationen optimal auswerten wollen. Die Rückmeldungen zur Nutzerfreundlichkeit sind nach Aussage von Ziegele jedoch positiv: „Uns erreichen zwar auch kritische Stimmen, aber im Prinzip kommen die User gut mit dem System zurecht. Was wir allerdings teilweise beobachten, ist, dass viele nicht bis in die letzte Verästelung gehen, sondern bei den Überblickstabellen hängen bleiben und gar kein individuelles Ranking zusammenstellen.“

Vier Unis steigen aus

„Der Fachbereich beteiligte sich 2012 nicht am Ranking.“ Mit diesem Vermerk erklärt das CHE in insgesamt vier Fällen leere Tabellen für die Zahnmedizin. Nicht dabei sein wollten die Fakultäten der Unis Göttingen, Hamburg, Jena und Köln. Auf Anfrage der zm begründet Dr. Uta von der Gönna, Medizinische Fakultät des Universitätsklinikums Jena, die Absage so: „Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland äußerte im vergangenen Jahr massive Kritik am CHE-Ranking. Angeregt von den Studierenden diskutierte der Fachbereich die Teilnahme, wobei sich die kritische Sicht auf verschiedene Aspekte wie die Methodik, die Belastbarkeit und den Aufwand des

Rankings bestätigte. Daraufhin nahm die Fakultät, trotz des sehr guten Abschneidens sowohl in der Zahn- als auch in der Humanmedizin in den vergangenen Jahren, nicht an der Umfrage des Centrums für Hochschulentwicklung teil.“

Auch die Zahnmedizinierenden der Georg-August-Universität Göttingen hegten Zweifel an der Aussagekraft der Ergebnisse und boykottierten das Ranking. Die Fakultät sah keine ausreichende Datengrundlage für eine repräsentative Bewertung gegeben.

Dass die Hochschule in der Vergangenheit kein Dauergast in der Spitzengruppe war, habe nichts mit der Entscheidung zu tun, sagt Stefan Weller aus der Unternehmenskommunikation der Uni Göttingen: „Wir waren nicht ganz vorne, aber auch nicht das Schlusslicht. Unsere Meinung ist aber, dass man sich deswegen an die eigene Nase fassen und überlegen sollte, was nicht optimal gelaufen ist.“ Anlass für den Ausstieg sei ganz klar gewesen, dass durch den zu erwartenden geringen Umfragerücklauf nicht genügend Daten zusammengekommen wären, um die Vergleichbarkeit der Universitäten zu garantieren. „Außerdem haben sich unsere Studierenden dagegen entschieden – das muss man akzeptieren“, fügt Weller hinzu.

Kritik am CHE-Ranking äußern deutsche Hochschulen und Fachverbände immer wieder. Im Jahr 2009 veranlassten Einwände gegen die Methodik die Universität Bonn dazu, als erste Volluniversität komplett aus dem Ranking auszusteigen (siehe Interview). Das CHE kam dem Rektorat in einigen wesentlichen Kritikpunkten entgegen und heute ist die Uni Bonn wieder im Ranking vertreten. Gegen konstruktive Kritik hat das CHE nichts einzuwenden, beteuert Ziegele: „Wir machen das System ja gemeinsam mit und auch für die Hochschulen und brauchen deshalb solche Rückmeldungen, um die Methode ständig weiterzuentwickeln.“

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

CHE
Ranking

INFO

Das CHE in Kürze

Das Centrum für Hochschulentwicklung (CHE) wurde 1994 in Gütersloh als gemeinnützige GmbH gegründet. Gesellschafter sind die Bertelsmann Stiftung und die Stiftung zur Förderung der Hochschulrektorenkonferenz.

■ www.che.de

Rankings nicht überbewerten

Als erste Volluniversität stieg Ende 2008 die Uni Bonn komplett aus dem CHE-Hochschulranking aus. Wie es dazu kam, warum die Hochschule heute wieder mit dem CHE zusammenarbeitet und was sie über Rankings denkt, erklärt Pressesprecher Andreas Archut im Interview mit den zm.

zm: Herr Archut, warum wollte die Universität Bonn nicht mehr beim CHE-Ranking mitmachen?

Andreas Archut: Das Rektorat war zu der Überzeugung gelangt, dass es dem CHE-Ranking aufgrund massiver handwerklicher Mängel an Aussagekraft fehlte.

Welche Mängel sahen Sie?

Ein zentraler Kritikpunkt war, dass die Bewertungen teilweise auf ganz kleinen Zahlen von Befragten beruhten. So klein, dass man aus ihnen keine zuverlässigen Schlüsse ziehen konnte. Ein weiteres Problem sahen wir darin, dass kleinere Studienfächer im Ranking nicht auftauchten. Schüler kamen so gar nicht auf die Idee, dass man diese Fächer an unserer Universität studieren kann – bei der Zahnmedizin war das natürlich nicht der Fall.

Wie hat das CHE reagiert?

Es hat eine Weile gedauert, bis unsere Monita aufgegriffen wurden. Dann kam es zu einem intensiven Austausch und am Ende hat das CHE in wesentlichen Punkten nachgebessert. Vor allem zwei Dinge sind geschehen: Wenn die Befragtenzahl zu klein ist, wird keine Bewertung mehr vorgenommen. Außerdem wurde die früher verwendete Ampelsymbolik aufgegeben.

Was war dagegen einzuwenden?

Den Spitzen-, Mittel- und Schlussgruppen wurden früher die Farben grün, gelb und rot zugewiesen. Hier muss man aufpassen, denn die Ergebnisse sind relativ zu sehen. In der Schlussgruppe zu landen, bedeutet nicht zwingend schlechte Qualität. Wenn zum Beispiel alle Unis bei der Bibliotheks-



Foto: Volker Lannert-Uni Bonn

Andreas Archut von der Universität Bonn hält Hochschulrankings für fehleranfällig und für nur begrenzt aussagekräftig.

ausstattung schulnotenmäßig zwischen 1 und 2 bewertet werden, dann kommen die mit der Note 2 in die Schlussgruppe. Das ist eigentlich ein gutes Ergebnis, die rote Farbe signalisierte hingegen: Geht gar nicht! Das CHE hat diesen Punkt aufgegriffen und sich von der Ampel in der alten Form verabschiedet, indem es aus rot blau gemacht hat.

Wie aussagekräftig sind Rankings Ihrer Ansicht nach?

Jedes Ranking kommt zu anderen Ergebnissen, weil die Kriterien leicht unterschiedlich sind und vor allen Dingen weil die Methodik immer variiert. So kann es passieren, dass ein Fachbereich in einem Ranking schlecht wegkommt und in einem anderen gut. Gerade wenn subjektive Dinge eine Rolle spielen, wie etwa bei einer Bewertung durch die Studierenden. Häufig ist es so, dass sie nur ihren und vielleicht zwei, drei andere Standorte kennen. Das macht diese Bewertung sehr relativ.

Wie schätzen Sie das CHE-Ranking im Vergleich zu anderen Rankings ein?

Es gibt Nutzern die Möglichkeit, eine eigene Gewichtung bei den Kriterien vorzunehmen, sich also quasi ihr Ranking selber zusam-

menzustellen. Das ist bei vielen anderen Rankings nicht der Fall, gerade bei den internationalen Angeboten wie zum Beispiel dem Times-Higher-Education-Ranking. Letzteres wird immer wieder kritisiert, dass es sich, was Kriterien und Methodik angeht, nicht unter die Haube gucken lässt.

Wonach sollten Studierende gehen, wenn sie sich für eine Universität entscheiden?

Rankings sind eine Möglichkeit, sich zu orientieren, aber sie sind immer nur so gut, wie die Methodik, die dahintersteckt, und wie die Kriterien, die angewendet werden. Wir raten Studieninteressenten grundsätzlich, nicht so sehr auf Rankings zu vertrauen, sondern sich selbst vor Ort ein Bild zu machen und die Kennenlernangebote der Hochschulen zu nutzen.

Nutzt die Uni Bonn das CHE-Ranking als Ideengeber, um das eigene Angebot zu verbessern?

Es ist eine Informationsquelle von vielen. Wir evaluieren auch selbst die Studierendenzufriedenheit, indem wir jedes Jahr alle Studierenden befragen. Von daher wissen wir sehr gut Bescheid, wo wir stehen.

Ist es der Uni Bonn wichtig, wie sie bei Rankings abschneidet?

Wir überbewerten einzelne Rankings nicht mehr, weder im Guten noch im Schlechten. Früher hätten wir, wenn wir irgendwo gut abschneiden, gleich eine Pressemitteilung herausgegeben. Das machen wir nur noch beim Ranking der Deutschen Forschungsgesellschaft, das auf der statistischen Auswertung über die von ihr ausgeschütteten Mittel basiert. Das ist eine sehr einfache Methodik, die auf absoluten Zahlen basiert, an denen man ablesen kann, welche Uni wie viel eingeworben hat. Bei anderen Rankings geht es dagegen oft um subjektive Faktoren.

Die Fragen stellte Susanne Theisen.

Freie Berufe in Europa

Vielfalt in der Einheit

Mit dem Thema „Europa 2020 – Zukunft Freie Berufe – Berufsqualifikation“ hatten die Veranstalter ins Schwarze getroffen: Knapp 200 Vertreter aus EU-Institutionen, Politik und Verbänden besuchten die gemeinsame Tagung des Bundesverbands der Freien Berufe (BFB), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 5.6. in Brüssel. Welche Rolle spielt die Freiberuflichkeit? Und ist das Kammerwesen in Europa noch zeitgemäß? Das waren die Dreh- und Angelpunkte der Diskussionsrunden.



Ohne die Freien Berufe geht in Europa gar nichts, und das Kammerwesen ist ein gut bewährtes Modell der Selbstverwaltung. Die Kammern müssen aber ihre Rolle überdenken und sich für die Zukunft neu aufstellen – darin waren sich die Experten auf der Brüsseler Veranstaltung einig.

Freiberufler gehörten zu den Spitzen der Wissensgesellschaft, machte BFB-Präsident Dr. Rolf Koschorrek, MdB CDU, in seiner Einleitungsrede deutlich. Jeder fünfte Selbstständige in Deutschland gehöre dieser Berufsgruppe an. Abstriche in puncto Qualität oder Qualifikation könnte sie sich nicht erlauben. Die freiberufliche Selbstverwaltung sei – das steht für ihn fest – ein bewährtes Modell und es gebe keinen vernünftigen Grund, aus europäischer Sicht daran zu rütteln:

„Wir sind Teil und Kern der freiberuflichen und demokratischen Grundordnung in Europa. Deshalb wollen wir mitreden, gestalten und verantworten“, sagte Koschorrek.

Die für die Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie zuständige Direktorin der Generaldirektion Binnenmarkt und Dienstleistungen der EU-Kommission, Claire Bury, nahm Stellung zu den wesentlichen Änderungen der Richtlinie. Das Regelwerk sei der Kommission ein wichtiges Anliegen, da dessen Umsetzung eine erhöhte Mobilität von Fachkräften und damit ein verstärktes Wirtschaftswachstum in Zeiten der Wirtschaftskrise erwarten lasse. Man erhoffe sich dadurch auch eine Vereinfachung der Berufsanerkenntnisverfahren. Große Hoffnungen setze man auf den europäischen Berufsausweis und auf das grenzüberschreitende Behördeninformationssystem IMI.



Diskutierten die Auswirkungen der Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie auf die Freien Berufe (v.l.n.r.): Dr. Rolf Koschorrek, Dr. Andreas Schwab, Moderator Udo van Kampen, Bernadette Vergnaud und Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Als Rahmenwerk gedacht

Die Auswirkungen der Richtlinie auf die freiberuflichen Dienstleistungen wurden in einer Diskussionsrunde unter Moderation des Brüsseler ZDF-Korrespondenten Udo van Kampen aufgegriffen. Koschorrek unterstrich die Bedeutung der Qualitätssicherung bei den Dienstleistungen der Freien Berufe. Dass die Richtlinie in erster Linie den Bürgern diene, machte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery deutlich. Das Ganze diene als Rahmenwerk, man dürfe nicht in einer Fülle von Regeln ersticken. Auch Dr. Andreas Schwab, MdEP CDU, sprach sich für Deregulierung aus. Die Mitgliedsstaaten müssten in Sachen Berufsanerkenntnis selbst entscheiden, was sie wollten. Beim

Ausbau der Mobilität stellten sich vor allem Sprachbarrieren als Hindernis dar. Bernadette Vergnaud, Berichterstatterin der Berufsanerkenntnisrichtlinie im Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz im EU-Parlament (IMCO), erklärte, dass die Richtlinie den Rechtsrahmen für die Anerkennung von Qualifikationen zukünftig vereinfache.

Ordnungspolitischer Kontext

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, forderte, das europäische Gesetzgebungsverfahren doch in einem ordnungspolitischen Kontext zu sehen und dabei auf die freiberufliche Dimension einzugehen. Denn: Nach Ansicht der EU-Kommission komme dem freiberuflichen

Dienstleistungssektor ja eine Schlüsselrolle bei der Überwindung der Finanzkrise zu. Und die Revision der Berufsanerkenntnisrichtlinie diene dem übergeordneten Ziel, durch Mobilität das Wirtschaftswachstum zu beschleunigen. Glaube man nun den Experten, seien dabei Deregulierung und mehr Wettbewerb der Königsweg, um die Folgen der Krise zu überwinden. Aber gerade davon seien die Freiberufler stark betroffen.

turen der Selbstverwaltung nicht zugunsten einer öffentlichen Behörde zu opfern. Die Freien Berufe stünden, so analysierte Engel weiter, also in einem Spannungsfeld zwischen Regulierung und Deregulierung. Die Politik sei gefordert, die ordnungspolitischen Weichenstellungen zu erkennen und die besonderen Belange der Freien Berufe zu berücksichtigen: „Das Europa der Vielfalt muss nationale Belange über Ordnungspolitik stellen“, forderte er.

In seinem Impulsvortrag hob Prof. Dr. Detlef Sack, Fakultät für Soziologie an der Universität Bielefeld, die Rolle von Berufskammern aus ordnungspolitischer Sicht hervor. „Was funktioniert, sollte man unangetastet lassen“, so sein Votum. Mit ihren Instrumentarien der Selbstregulation und -kontrolle übten die Berufskammern positive Effekte auf die Volkswirtschaft aus, sie pflegten eine interne demokratische Mitbestimmung und eine gesicherte Repräsentanz ihrer Mitglieder nach außen. Um sich künftigen Herausforderungen zu stellen, sollten sich Sacks Empfehlung zufolge die Kammern verstärkt der Qualitätssicherung widmen, ihre internen Demokratieprozesse transparent nach außen tragen und für die Berufsankennung eigene Vorschläge unterbreiten.

Spezifische Regeln beachten

Der ordnungspolitische Kontext zur Rolle der Freien Berufe in Europa wurde in einer Diskussionsrunde vertieft. RA Arno Metzler, Hauptgeschäftsführer des BFB und Mitglied im EWSA, lehnte eine Überregulierung ab, die EU-Kommission müsse die spezifischen Regelungen in den einzelnen Berufsgruppen beachten. Evelyne Gebhardt, MdEP, Koordinatorin der S&D-Fraktion im Binnenmarktausschuss des Europäischen Parlaments, erklärte: „Wir müssen Politik für die Menschen der EU machen“, die Selbstverwaltung in Deutschland sei eine gute Sache, man sollte sie nicht infrage stellen. Für Othmar Karas, Vizepräsident des europäischen Parlaments, ist entscheidend, dass sich die Kammern nicht zum Selbstzweck entwickeln und sich abschotten, sie müssten sich zukunftsfähig aufstellen. Ein Votum, das BZÄK-Präsident Engel aufnahm: „Die Kammern und die Selbstverwaltung müssen sich besser für die Zukunft wappnen und sich ihren Aufgaben stärker stellen – auch wenn es mal unbequem wird.“ Was auch BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery in seinem Fazit der Tagung bestätigte: Kammern seien kein Selbstzweck, sondern Serviceleister für Patienten, Berufsangehörige und Öffentlichkeit: „Wir müssen gemeinsam in Interaktion weiterarbeiten.“ pr



Den ordnungspolitischen Rahmen der Revisionsvorhaben und die Folgen für die Freien Berufe hatten im Blick (v.l.n.r.): Prof. Dr. Detlef Sack, RA Arno Metzler, Moderator van Kampen, Evelyne Gebhardt, Dr. Peter Engel und Othmar Karas.

Andererseits gebe es auch gegenläufige Tendenzen hin zu mehr Regulierung. Das zeige das Beispiel der geplanten Richtlinie für Abschlussprüfungen. Ein Zuviel an Regulierung schränke die freiberufliche Selbstverwaltung ein, die sich gerade in Deutschland in Form des Kammersystems bewährt habe. Greife die Kommission im Sinne von zu viel Regulierung ein, zum Beispiel bei den Plänen, Zulassungsverfahren durch eine berufsfremde öffentliche Behörde regeln zu lassen, tangiere das die Freiberuflichkeit. Der Änderungsvorschlag würde ohne Not zu einem Bruch mit dem bewährten System der unabhängigen beruflichen Selbstverwaltung führen. Als erfreulich hob Engel hervor, dass der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) sich in seiner Stellungnahme zum Gesetzesverfahren dafür ausgesprochen habe, bewährte Struk-

INFO Übersicht

In Kammern organisierte Freie Berufe in Deutschland:

- Apotheker
- Architekten
- Ärzte
- Beratende Ingenieure
- Lotsen
- Notare
- Patentanwälte
- Psychotherapeuten
- Rechtsanwälte
- Steuerberater
- Tierärzte
- Wirtschaftsprüfer
- Zahnärzte

Quelle: Institut für Freie Berufe, Nürnberg, 2012

Großer Dank zur Verabschiedung

Nach insgesamt 33-jähriger Tätigkeit für die Zahnärzteschaft ist Dipl.-Soz. Barbara Bergmann-Krauss, Leiterin der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ZZQ) im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), in den Ruhestand verabschiedet worden. Auf einem Empfang am 13.6. in Berlin dankte ihr BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel für ihr großes Engagement für den Berufsstand. Sie habe sich aufgrund ihrer Fachkompetenz und ihrer Persönlichkeit Anerkennung in der Standespolitik und in der Fachwelt im In- und Ausland verschafft. Dies betonte auch der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen



Foto: BZÄK

Fedderwitz und unterstrich die zahlreichen Berührungspunkte ihrer Arbeit mit Belangen der KZBV.

Bergmann-Krauss war seit 1979 für die BZÄK tätig, zunächst als Leiterin des Instituts für Berufspolitische Bildung, dann als Abteilungsleiterin für Gesundheits- und Bildungspolitik. 1992

organisierte sie als Generalsekretärin den FDI-Kongress in Berlin und war seitdem in der internationalen Arbeit der BZÄK engagiert. 2001 übernahm sie die Leitung der ZZQ. Die Themen Fortbildung und Qualität zogen sich als Schwerpunkte durch ihr ganzes Berufsleben.

Gleichzeitig wurde auch Dr. Peter Boehme in den Ruhestand verabschiedet. Boehme war 20 Jahre lang Präsident der Kammer Bremen und Mitglied im Vorstand der BZÄK. Neben seinem Engagement für die Prävention und weiteren Ehrenämtern beschäftigte

er sich seit 2000 schwerpunktmäßig mit Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Leitlinien. Seit 2008 war er Berater und Mitglied der KZBV im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und fungierte als Bindeglied zwischen KZBV und BZÄK in verschiedenen G-BA-Ausschüssen. Seit Gründung der ZZQ war Boehme ständiger Berater für die Leiterin und erarbeitete mit ihr zahlreiche Konzepte und Stellungnahmen. Der BZÄK-Präsident würdigte seinen großen und fachkompetenten Einsatz für die Zahnärzteschaft auch über sein aktives Berufsleben hinaus, dem schloss sich der KZBV-Vorsitzende an. pr

Nachruf Prof. Sander

Prof. Dr. Franz Günter Sander, ehemaliger Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Ulm, verstarb am 10. März 2012. Wir verlieren im Fach Kieferorthopädie einen exzellenten Wissenschaftler und rhetorisch hervorragenden Lehrer. Ich darf als seine Habilitandin im Namen seiner Schüler ganz besonders zum Ausdruck bringen, dass wir die kritische Auseinandersetzung von Prof. Sander mit dem Fach Kieferorthopädie – seine preußische Art gemischt mit rheinischem Humor – seine Zuverlässigkeit und „dass in der heutigen Zeit ein Wort auch Gültigkeit hat“ besonders geschätzt haben. Er war streng, wenn es um das Fachwissen und die Behandlung der Patienten ging. Er erwartete immer einhundertprozentigen Einsatz und setzte sich ohne

Kompromisse mit jedem seiner Assistenten auseinander. Man entging seiner Aufmerksamkeit nicht. Sein heller und brillanter Verstand waren immer wieder Grund genug, diese Strenge zu akzeptieren. Auf der anderen Seite war er großzügig, wenn es darum ging, Ausflüge, Kongresse und Festlichkeiten zu organisieren. Trotz dieser Großzügigkeit war er selbst immer bescheiden. Fachlich und charakterlich war er für seine Schüler stets ein Vorbild. Wissenschaftlichen Arbeiten von Prof. Sander und insbesondere seine Nachtschlafuntersuchungen im Bereich der Funktionskieferorthopädie, die in seiner Zeit in Bonn unter der Leitung von Prof. Dr. G. Schmuth entstanden, sind Grundlage der heutigen Denkweise. Sie werden die Zeit überdauern und



Foto: privat

auch zukünftig wissenschaftliche Arbeiten beeinflussen. Der wissenschaftliche Schwerpunkt von Prof. Sander war die Biomechanik. Die Erkenntnisse daraus führten zu der Entwicklung neuer Behandlungselemente und Techniken. Sie geben dem Behandler die Möglichkeit, das Behandlungsspektrum zu erweitern und Problemfälle zu lösen. Die Piggy-back-Technik und die Compound-Technik sind Ent-

wicklungen, die in dieser Zeit entstanden. Noch in den 80er-Jahren entstand eines der ersten selbstlegierenden Brackets in Europa, das Mobilock-System. Prof. Sander ist und war einer der bedeutendsten Biomechaniker im Fach Kieferorthopädie seiner Zeit. Seine wissenschaftliche Begeisterung war für jeden und insbesondere für junge Menschen ansteckend. Jeder im engeren Team war für ihn ein gleichberechtigter Partner. Seine wissenschaftliche Neugierde blieb bis zum Schluss. Die gegenseitige intellektuelle Auseinandersetzung und das Bestreben, es immer einen Tick besser zu machen, werden alle sehr vermissen. Wir alle verlieren mit Prof. Dr. F. G. Sander eine bedeutende Persönlichkeit.

Andrea Wichelhaus

Tokuyama Dental Deutschland

Mit Produkten überzeugen

Eine Tochter auf dem Weg, nach Deutschland auch Europa für sich zu erobern: Tokuyama Dental Deutschland, eine Gesellschaft des Chemie-Unternehmens Tokuyama, stark in den Bereichen Bonding und Komposit, will jetzt europaweit Akzente setzen.

Eigentlich ist es den „Machern“ in Altenberge Nähe Münster ein wenig unangenehm, zur Geschichte, zu Personen und Hintergründen des Unternehmens befragt zu werden – man möchte lieber durch Produkte überzeugen: Tokuyama ist den Zahnärzten vor allem durch seine Bondings und Komposite bekannt: So brachte das Unternehmen das erste Bonding mit Farbumschlag auf den Markt. Außerdem entwickelte Tokuyama als erstes Unternehmen ein Komposit aus sphärischen Füllkörpern, die aufgrund ihrer Geometrie das Licht optimal reflektieren und somit für besonders ästhetische Ergebnisse sorgen. Außerdem kam aus dem Hause Tokuyama das erste



Ein Modell der sphärischen Füllkörper von Estelite Sigma: Während bei herkömmlichen Kompositen die Füllstoffe durch einen unkontrollierten Mahlprozess gewonnen werden, setzt Tokuyama auf größen- und formenkontrollierte sphärische Sub-Mikro-Füllstoffe. Diese sorgen für optimale Reflexionen und damit für eine höhere Ästhetik.

standfeste Flowable. Innovationsstärke, und als Referenz für dentalmedizinische Lösungen zu gelten – so lässt sich das Credo von Tokuyama beschreiben.

Die Dentalsparte entstand bei dem Chemie-Unternehmen mehr oder weniger zufällig, wie Markus Leson, zuständig für Marketing und Vertrieb bei Tokuyama Dental Deutschland, erzählt: „Es begann, naheliegend bei chemischen Produkten, mit Klebstoffen. Dazu kamen dann sehr bald Komposite, Desensitizer, Zement und Unterfüttungsmaterial.“ Seit 15 Jahren ist das japanische Haus mit Produkten dieser Art in Deutschland auf dem Markt. Galt es anfangs, die innovativen Produkte bekannt zu machen – etwa das Bonding mit Farbumschlag –, so sorgte die größer werdende Produktvielfalt letztlich dafür, den Namen bekannter zu machen. „Wir haben uns heute unter den Top 5 im Bereich Komposit und Bonding etabliert“, freut sich Leson.

Beim Vertrieb will das Unternehmen künftig besondere Wege gehen: Der Produktbereich Komposite ist sehr wettbewerbsintensiv. Um nicht „einer von vielen“ zu sein, sollen die Produkte über einen exklusiven Handelspartner vertrieben werden. „Das gilt übrigens nicht nur für Deutschland, sondern auch für andere Länder“, sagt Leson. Hintergrund ist eine geänderte Vertriebsstruktur: Tokuyama Europe konzentriert sich nunmehr ausschließlich auf den Chemiebereich, Tokuyama Dental Deutschland übernimmt komplett den Dentalbereich in insgesamt 17 Ländern (einschließlich Deutschland). „Wir wollen damit auch eine schnellere Versorgung gewährleisten, denn am Firmensitz in Altenberge verfügen wir über ein eigenes Lager“, erläutert Leson.

Hier in Deutschland besteht für den Vertrieb einiger Produktgruppen – zum Beispiel Estelite – eine strategische Partnerschaft mit



Markus Leson, Marketing- und Vertriebschef bei Tokuyama, will das Unternehmen stärker in Europa verankern.

der Firma Kaniedenta. „Die Kooperation ist über die Jahre gewachsen und außerordentlich erfolgreich“, resümiert Leson. „Hier sind wir eben nicht einer von vielen.“

Ziel: Nicht nur vertreiben, sondern auch produzieren

Sich abzuheben, durch innovative Produkte aufzufallen – so könnte auch das Motto für den Auftritt des Unternehmens auf der nächsten IDS lauten. Nachdem der in 2011 vorgestellte Desensitizer „Shield Force Plus“ die Erwartungen übertraf, möchte Tokuyama auch 2013 die Zahnärzte mit Neuheiten begeistern. Das Unternehmen bleibt mit Blick auf die Naturkatastrophe im vergangenen Jahr, von der Tokuyama nicht so stark betroffen war, jedoch bescheiden: „Wir haben erfahren, wie fragil alles ist“, sagt Leson. „Wir möchten die Marke Tokuyama noch bekannter und prägender für die Dentalwelt machen, und zwar in ganz Europa.“

Auch wenn man in Altenberge ungenügend über sich spricht – einen Traum haben die Mitarbeiter in Altenberge dann doch. Markus Leson beschreibt ihn so: „Toll wäre eine Produktion vor Ort. Das würde uns unabhängiger machen von diversen äußeren Einflüssen und dazu beitragen, noch schneller auf spezielle Kundenwünsche – zum Beispiel bunte Komposite für die Versorgung von kindlichen Zähnen – zu reagieren.“

Britt Salewski
Dieselstr. 2
50859 Köln

Industrie und Handel

3M Deutschland

Retraktionspaste für Abformungen

Die 3M ESPE Adstringierende Retraktionspaste optimiert den Prozess der Gingivaretraktion: Die feine Kapselspitze kann direkt in den Sulkus eingeführt werden, um die in der Kapsel enthaltene Paste zu applizieren und ermöglicht so eine effiziente Retraction der Gingiva. Das Produkt ist für verschiedene Indikationen – darunter die konventionelle und die digitale Abformung – geeignet. Es zeichnet sich durch einfache Handhabung und hohe Zeiterparnis aus. Dies wurde von weltweit mehr als 220 Teilnehmern einer Feldstudie bestätigt.

Zahnärzte, die aktuell Retraktionsfäden verwenden, waren von der einfachen Handhabung beeindruckt: Die Anwendung wur-



de als 50 Prozent weniger zeitintensiv bewertet als die Verwendung von Fäden, und es besteht ein geringeres Risiko für Nachblutungen. Insgesamt wurden die langanhaltende Hämostase und effektive Sulkusöffnung hervorgehoben.

3M Deutschland GmbH
ESPE Platz, 82229 Seefeld
Tel.: 08152 700-
Fax: 08152 700-3249
tlandrock@mmm.com
www.3MESPE.de

GABA

Rezession als Roadshow-Thema

Gingivale Rezessionen sind das Thema einer Roadshow von GABA, die kürzlich in Luzern startete. Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxismitarbeiterinnen haben die Möglichkeit, an einem von insgesamt zehn Terminen in der Schweiz und Deutschland teilzunehmen.

„Parodontaltherapie – ein Erfolg ohne Nebenwirkungen?“ lautet der Titel dieser Veranstaltungsreihe. Erneut hat GABA viele namhafte Experten – darunter Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Dresden) und Prof. Dr. Christof Dörfer

(Kiel) – als Referenten gewonnen. Sie werden zu Klinik, Epidemiologie, Patientenwahrnehmung und Therapie informieren und einen Überblick über das breite, vielschichtige Thema der gingivalen Rezession geben.

Termine und Details sowie die Möglichkeit zur Anmeldung gibt es telefonisch oder online.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Roadshow-Hotline:
03641 31161-60
info@gaba.com
www.gaba-dent.de

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

Servicekupon
auf Seite 96

DENTSPLY Maillefer

Neue Endo-Kursreihen

Für dieses Jahr hat Dentsply Maillefer ein neues Kurskonzept für Endo-interessierte Zahnärzte entwickelt. Deutschlandweit werden zwei Kursreihen angeboten: „Endo meets Resto – Zahnerhalt mit System“ und „Speedkurse – Endo-Wissen kompakt in drei Stunden“. Bei beiden Kursreihen werden die Teilnehmer von namhaften Endo-Spezialisten geschult, die in ihrem Fachgebiet und als Referenten hohes Ansehen genießen. Die Veranstaltungen sind gemäß BZÄK/DGZMK-Richtlinie anerkannt und mit vier Fortbildungspunkten dotiert.

Vor Ort stehen den Teilnehmern alle für die praktischen Übungen erforderlichen Materialien zur Verfügung (extrahierte, aufberei-

tete Zähne, Einmalhandschuhe und Lupenbrille sind selbst mitzubringen), die Kursgebühr liegt bei 179 Euro netto. Detaillierte Terminübersichten gibt es online.

DENTSPLY Maillefer GmbH
De-Trey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 08000 735000
(kostenfreie Hotline)
www.dentsply.de/Fortbildung



DSI Huber

Medizinischer Portlandzement



Medizinischer Portlandzement des Schweizer Herstellers MedCem GmbH wird ab sofort exklusiv auch im deutschen Online Shop von DSI HUBER vertrieben. Unverzichtbar bei zahlreichen Indikationsgebieten der Endodontie, findet medizinischer Portlandzement seine Anwendung unter anderem bei der direkten und indirekten Überkappung, als Amputationswundverband bei Milchzähnen, als Apexver-

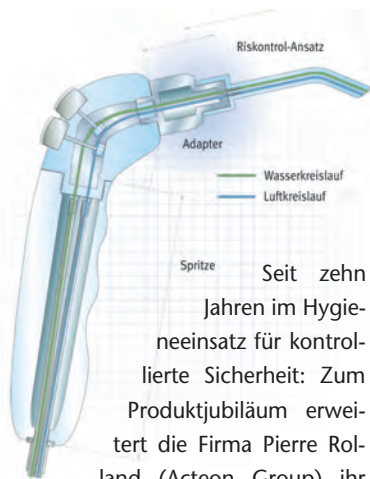
schluss, für retrograde Wurzelfüllungen oder als Perforationsdeckung bei Wurzelkanalbehandlungen. Das Geheimnis liegt dabei in seinem bakterien-

dichten Verschluss zwischen Wurzelkanalsystem und umliegendem Gewebe. Wissenschaftliche Studien bestätigen, dass diese Eigenschaft hervorragend die pulpare und parodontale Regeneration unterstützt.

DSI HUBER
Memeler Straße 80
81927 München
Tel.: 089 51871-858
Fax: 089 51871-848
info@dsi-huber.de
www.dsi-huber.de

Acteon

Sichere Hygiene mit Menthol-Aroma



Seit zehn Jahren im Hygieneinsatz für kontrollierte Sicherheit: Zum Produktjubiläum erweitert die Firma Pierre Roland (Acteon Group) ihr Riskontrol Art-Sortiment um einen neuen frischen Duft. So sind die klinisch bewährten Einwegansätze für Multifunktions-spritzen neben den Geschmacksrich-

tungen Johannisbeere, Anis, Mandarine und Lakritze ab sofort auch mit Mentholaroma erhältlich. Dabei überzeugen die farbigen Ansätze nicht nur durch ihren angenehmen Geruch, sondern vor allem durch ihr Design mit zwei voneinander unabhängigen Leitungen für Luft und Wasser – so werden das Infektionsrisiko konsequent eingedämmt und die Hygienerichtlinien stringent eingehalten.

Acteon Germany GmbH
Industriestrasse 9
40822 Mettmann
Tel.: 02104 956510
Fax: 02104 956511
Kundenservice: 0800 7283532
info@de.aceongroup.com
www.de.aceongroup.com

Dexcel

Eine Matrix für den Praxiserfolg



Es gibt nicht DAS Erfolgs-Rezept einer gut gehenden Praxis – aber: Jede erfolgreiche Praxis hat ein Konzept und eine daraus abgeleitete Strategie. Die Bestandteile von gewinnbringenden Konzepten hat Frank Frenzel in vielen Praxiscoachings und Interviews herausgearbeitet und zu einer 10-Punkte-Matrix verdichtet. Erst wenn Praxiskonzept, Definition von Alleinstellungsmerkmalen und minimalen Behandlungs-

standards, Werbung, Mitarbeiterbeteiligung, Patientenansprache und Controlling aufeinander abgestimmt sind, kann sich der gewünschte Erfolg einstellen. Wie das einfach realisierbar ist, zeigt Frenzel exklusiv in

Fortbildungsseminaren, initiiert von Dexcel Pharma. Fünf CME-Punkte sind erreichbar, die Teilnahme kostet 179 Euro pro Person.

Termine: 11.7. München, 15.8. Hamburg, 19.9. Frankfurt/M..

Dexcel Pharma
Carl-Zeiss-Str. 2
63755 Alzenau
Tel.: 0800 2843742
Fax: 0800 7327120
service@dexcel-pharma.de
www.dexcel-pharma.de

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

Dentaurum

Perfekt geschliffenes Bracket



Das neue Premium-Metallbracket *discovery smart* von Dentaurum zeigt sich klein in der Größe und brillant in seinen Eigenschaften. Das Bracket, eine Weiterentwicklung des Brackets *discovery*, ist im System MBT 22 ab sofort erhältlich. Es ergänzt die Bracketlinie mit kleineren Dimensionen und einem innovativen gewölbten Slot. Der Tragekom-

fort für den Patienten wird durch die Größenreduktion von etwa 20 Prozent gegenüber *discovery* deutlich erhöht. Ein weiteres Highlight ist der neue mesial-distal gekrümmte Slotverlauf, der sich am Idealbogen der Zahnreihe orientiert. Dadurch werden die Gleitmechanismen des Bogens positiv beeinflusst. Alle Brackets der *Discovery*-Familie sind problemlos ohne Ausgleichsbiegungen miteinander kombinierbar.

DENTAURUM GmbH & Co. KG
Turnstr. 31, 75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-0
Fax: 07231 803-295
info@dentaurum.de
www.dentaurum

American Dental System

Die stärkste Polymerisationslampe

Die FlashMax P3 ist mit der neuesten Hochleistungs-LED-Technik, einem ergonomischen Handstück und einem beweglichen Tip ausgestattet. Diese Polymerisationslampe arbeitet in drei Polymerisations-Modi und kann beidseitig bedient werden. Die Leistung von 5000 mW/cm² mit einem weiten Wellenlängenspektrum deckt alle innovativen Photoinitiatoren ab. Große Füllungen sind in nur drei Sekunden, Kompositschichten oder Bondings in nur einer Sekunde ausgehärtet. Der schlanke Kopf, kleiner als der einer Zahnbürste, erleichtert den direkten Zugang auch bei schwierig zu erreichenden Stellen im Mund. Das ergonomische, leichte Handstück ermöglicht ein präzises, angenehmes Arbeiten und beugt Ermü-

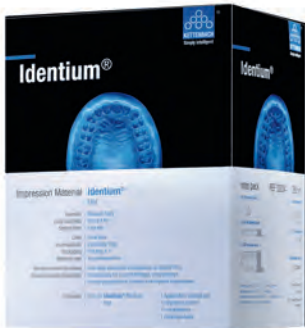


dungerscheinungen vor. Das FlashMax-Handstück kann beidseitig bedient werden.

American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 08106 300-300, Fax: -310
info@ADSystems.de
www.ADSystems.de

Kettenbach

Neu für eine einzeitige Abformung



Kettenbach hat ein völlig neues Material für die einzeitige Abformtechnik entwickelt: Vinylsiloxanether (VSXE). Es wurde in Form der Produktlinie „Identium“ auf den Markt gebracht und verbindet die Vorteile der beiden Materialien A-Silikon und Polyäther. Eine besondere Fließfähigkeit in Kombination mit einer außergewöhnlichen Hydrophilie

sind die Resultate. Identium wurde aktuell von der CR Foundation in einem Vergleichstest ausgezeichnet. Der CLINICANS Report hat die Ergebnisse in einem Abstract veröffentlicht. 96 Prozent der CR-Tester bewerteten dieses Produkt als exzellent oder gut, 63 Prozent gaben an, dass sie Identium in die Praxis aufnehmen würden. Zudem beurteilte das Institut die Viskosität und hohe Präzision als positiv. Des Weiteren ist das Material geruchs- sowie geschmacksneutral und lässt sich leicht entformen.

*Kettenbach GmbH & Co. KG
Im Heerfeld 7
35713 Eschenburg
Tel.: 02774 705-60
markus.knetsch@kettenbach.com
www.kettenbach.de*

Komet Dental

Neuer Interimstand für Endo-Feilen

Der neue Endo Interimstand wurde für die Zwischenablage und Reinigung von Endo-Feilen während der Behandlung konzipiert. Hierfür wird eine Desinfektionslösung (zum Beispiel medizinischer Alkohol) eingefüllt und eine Schaumeinlage bündig eingesetzt. Mit Hilfe einer integrierten Längenskala an der Seitenwand (für Links- und Rechtshänder) kann die Länge der Feilen präzise eingestellt werden. Der Ständer ist bei 134 Grad Celsius sterilisierbar. Der neue Guttapercha Cutter durchtrennt Guttapercha oder Kunststoffträger bei carrierbasierten Füllsystemen thermisch durch Reibungshitze. Komet empfiehlt, den Cutter im roten



Winkelstück mit geringer Anpresskraft und ohne Kühlung einzusetzen. Die optimale Drehzahl beträgt 160 000 UpM.

*Komet Dental
Gebr. Brasseler GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 05261 701-700
Fax: 05261 701-289
info@brasseler.de
www.kometdental.de*

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

Kuraray

Selbstadhäsiver Zement



Mit CLEARFIL SA CEMENT kann eine sichere und einfache Befestigung gelingen. Schon während des Einsetzens der Restauration überzeugt die einfache Entfernung der Überschüsse. Die überschüssige Paste lässt sich in einem Stück oder großen Teilstücken ohne großen Kraftaufwand entfernen.

Das Ergebnis ist eine saubere Restauration in kürzester Zeit. Nach der Aushärtung reduziert die dauerhaft dichte Zementfuge das Risiko einer Sekundärkaries.

Die Automix-Spritze sowie die wahlweise verwendbare Ausstragspistole bieten eine direkte und komfortable Anwendung ohne Vorbehandlung und Mischen. Eine punktgenaue Applikation – auch in den Wurzelkanal – wird durch Verwendung des Endo-Tips ermöglicht.

*Kuraray Europe GmbH
BU Medical Products
Philipp-Reis-Straße 4
65795 Hattersheim am Main
Tel.: 069 305-35836
Fax: 069 305-985636
www.kuraray-dental.eu*

MAM

Kleine Hilfe für zahnende Babys

Wenn die ersten Zähnen kommen, ist das für Babys und Eltern ein großer Moment. Gemeinsam mit Zahnmedizinern und Kinderärzten haben die MAM Designer ein Beißring-Duo entwickelt, das speziell in den verschiedenen Phasen des Zahnens gezielt Linderung schafft und den Kleinsten hilft, zu entspannen. MAM Bite & Relax – das sind zwei innovativ geformte, federleichte Mini-Beißringe. Der Beißring Phase Eins für Babys ab zwei Monaten erreicht mit seiner speziellen Form genau die Vorderzähne. Sobald einige Zeit später auch die Backenzähne durchbrechen, sorgt der Ring Phase Zwei dank



seiner dreidimensionalen, exakt auf die Backenzähne abgestimmten Form für punktgenaue Linderung. Beide Beißringe sind BPA-frei. Das Design wurde kürzlich mit dem „red dot award“ ausgezeichnet.

*MAM Babyartikel GmbH
Industriegebiet 1
Rudolf-Diesel-Str. 6-8
27383 Scheeßel
Tel.: 04263 9317-36
Fax: 04263 9317-4136
s.siegmund@mam-babyartikel.de
www.mambaby.com*

Implant Direct**Legacy 3 Implantatsystem**

Mit dem neuen Legacy 3 Implantatsystem setzt Implant Direct ein Konzept fort: Bestehende Implantatkonzepte werden verfeinert und verbessert. Durch die Kompatibilität macht man sie so einer breiten Masse zugänglich.

„Legacy 3 ist chirurgisch und prothetisch kompatibel mit dem Tapered Screw Vent System von Zimmer Dental. Das System garantiert maximale Flexibilität: sechs

Durchmesser- und fünf Längsoptionen“, sagt Joachim Pappelau, Sales Director Germany bei Implant Direct. Das konische Implantatdesign mit der mikrorauen SBM-Oberflächentechnologie ist durch progressiv tiefere Gewindestrukturen (Buttress Threads) gekennzeichnet. Dies trägt zu einer verbesserten Primärstabilität bei. Mini-Gewinde im Halsbereich der Implantate reduzieren Spannungen.

Implant Direct Sybron Europe AG
Hardturmstrasse 161
CH-8005 Zürich
Tel.: 00800 4030 4030
Fax: 0041 44 5678101
info@implantdirect.eu
www.implantdirect.com

DGOI**Training an Humanpräparaten**

Am 6. und 7. Januar 2013 veranstaltet die DGOI in Bangkok, Thailand, einen Kursus mit Hands-on an Humanpräparaten für bis zu 25 Teilnehmer. Die beiden Referenten Dr. Georg Bayer,



Landsberg am Lech, und Dr. Fred Bergmann, Viernheim, werden an den beiden Tagen in augmentative Methoden und Weichgewebetechiken einführen. „Wir haben auf unserem ersten Gemeinschaftskongress mit der Thai Private Dental Assoziation (TPDA) Anfang dieses Jahres einen solchen Kursus angeboten, der sehr positiv beurteilt wurde. Deshalb wollen wir diese seltene Trainingsmöglichkeit nun weiteren Implantologen eröffnen“,

sagt DGOI-Präsident Bayer. „Durch das intensive Üben gewinnen die Teilnehmer entweder erste Erfahrungen, oder sie vertiefen ihre Routine mit den verschiedenen Techniken“, meint Bergmann, 2. Vizepräsident der DGOI.

Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie
Bruchsaler Straße 8
76703 Kraichtal
Tel.: 07251 618996-13
Fax: 07251 618996-26
balduf@dgoi.info
www.dgoi.info

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

Heraeus**Neues Nano-Hybridkomposit**

Venus Pearl ist ein neues, lichthärtendes, radioopakes Nano-Hybridkomposit von Heraeus Dental, das vor kurzem auf den Markt kam. Indikationsgebiet sind adhäsive, zahnfarbene Restaurationen im Front- und Seitenzahnbereich. Durch seine cremige Konsistenz überzeugt das neue Universalkomposit mit hervorragenden Verarbeitungseigenschaften. In Kombination mit

minimaler Schrumpfkraft und hoher Biegefestigkeit bietet Venus Pearl einen neuen innovativen Versorgungsstandard in der ästhetischen Zahnmedizin. Sein Farbanpassungs-Potenzial und das bewährte Schichtkonzept ermöglichen natürlich aussehende und langlebige Restaurationen. Mithilfe des Venus Family Shade Guides und des Venus Pearl Layering Guides gelingt ein optimales ästhetisches Ergebnis sowohl bei der Einschicht- als auch bei der Mehrschichttechnik.



Heraeus Kulzer
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
Fax: 0800 HERADENT
info.dent@heraeus.com
www.heraeus-dental.de

Sirona**CEREC Guide für Bohrschablonen**

Ab sofort bietet das Unternehmen seinen CEREC Guide an: Damit können Zahnärzte Bohrschablonen im CAD/CAM-Verfahren selbst herstellen.

Obwohl das Implantieren mit Bohrschablone dem Freihandimplantieren in puncto Sicherheit und Präzision erwiesenermaßen überlegen ist*, werden heute weniger als zehn Prozent der Implantate mit einer Bohrschablone gesetzt. Zahnärzte verwenden eine Schablone oft nur in Fällen, die sie selbst als „schwierig“ erachten, oder sie scheuen Kosten und Lieferzeiten.

Mit CEREC Guide gibt es diese Hürden nicht, denn das Inhouse-Verfahren ist direkt, präzise, günstig und schnell und eignet sich für alle Indikationen. Das



Programm richtet sich an alle Zahnärzte, die implantieren und dabei mehr Sicherheit wünschen.

* z.B. Stuart J. Froum (Hg.) Dental Implant Complications. Etiology, Prevention, and Treatment. Chichester (U.K.) 2010

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
contact@sirona.de
www.sirona.de

*R-dental***Semi-permanenter Befestigungszement**

ZACK Implant ist ein innovativer, dualhärtender, semi-permanenter Implantat-Befestigungszement für kombinierte Implantat-Prothetik. Der selbstadhäsive Befestigungszement ist anwendbar mit allen Materialkombinationen bezüglich Abutment und/oder Zahnhartsubstanz und Suprakonstruktion. Die leichte Expansion des Zements führt zu einer hohen Randsdichtigkeit. Die geringe Schichtstärke ermöglicht

eine passgenaue Positionierung der Suprakonstruktion ohne Mikrobeweglichkeit. Eine geringe Löslichkeit des polymerisierten Zements verbessert das Randspaltverhalten und verhindert Auswaschungen. Das Präparat ist sehr druckfest: Restauration bleiben auch unter Kaubelastung langfristig stabil. Elastische Materialeigenschaften ermöglichen eine beschädigungsfreie Wiederausgliederung der Konstruktion. Eine lange Verarbeitungszeit gewährleistet stressfreies Arbeiten.

*R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Winterhuder Weg 88
22085 Hamburg
Tel.: 040 227576-17, Fax: -18
info@r-dental.com
www.r-dental.com*

*Sunstar***Soft-Picks noch größer**

Die metallfreien, flexiblen GUM Soft-Picks Interdentalbürsten gibt es ab jetzt auch für größere Zahnzwischenräume. Die neue große Größe hat dunkelgrüne Gummiborsten, ist wie die normale Größe (hellgrüne Borsten) latexfrei und massiert das Zahnfleisch, so dass es besser durchblutet wird: ein echtes Plus für Personen mit größeren Interdentalaräumen, die nun nicht mehr auf metallfreie Bürsten verzichten müssen.

Die Interdentalbürsten verletzen nicht – eine echte Alternative zu

Zahnseide und Zahnholzern. Sie sind sehr gut geeignet für die Reinigung der Zahnzwischenräume unterwegs, auch bei festsitzenden Zahnspangen, Implantaten und Brücken. Beide Größen sind zusätzlich mit Fluorid beschichtet und haben einen leicht remineralisierenden Effekt im Zahn-

zwischenraum. GUM Soft-Picks sind apothekenexklusiv.

*Sunstar Deutschland GmbH
Gutenbergstr. 5
65830 Krieffel
Tel. 06192 9510855
Fax 06192 9510844
service@de.sunstar.com
www.sunstargum.de*

**Nr. 13/2012****Absender (in Druckbuchstaben):**

Kupon bis zum 22. 07. 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.

- 3M** – Retraktionspaste für Abformungen (S. 92)
- Acteon** – Sichere Hygiene mit Menthol-Aroma (S. 93)
- American Dental Systems** – Starke Polymerisationslampe (S. 93)
- DENTAURUM** – Perfekt geschliffenes Bracket (S. 93)
- DENTSPLY Maillefer** – Neue Endo-Kursreihen (S. 92)
- Dexcel** – Eine Matix für den Praxiserfolg (S. 93)
- DGOI** – Training an Humanpräparaten (S. 95)
- DSI Huber** – Medizinischer Portlandzement (S. 92)
- GABA** – Rezession als Roadshow-Thema (S. 92)
- Heræus** – Neues Nano-Hybridkomposit (S. 95)
- Implant Direct** – Legaxy 3 Implantatsystem (S. 95)
- Kettenbach** – Neu für eine einzeitige Abformung (S. 94)
- Komet Dental** – Neuer Interimstand für Endo-Feilen (S. 94)
- Kuraray** – Selbstadhäsiver Zement (S. 94)
- MAM** – Kleine Hilfe für zahnende Babys (S. 94)
- R-dental** – Semi-permanenter Befestigungszement (S. 96)
- Sirona** – CEREC Guide für Bohrschablonen (S. 95)
- Sunstar** – Soft-Picks noch größer (S. 96)

3M Espe AG

Seite 27

Adam Opel GmbH

Seite 81

Cézanne GmbH

Seite 37

**Coltène/Whaledent
GmbH & Co. KG**

Seite 7 und 63

DAMPSOFT**Software-Vertriebs GmbH**

Seite 73

dentaltrade**GmbH & Co. KG**

Seite 15

Dentsply DeTrey GmbH

2. Umschlagseite

DGAEZ**Deutsche Gesellschaft
für Ästhetische
Zahnheilkunde e.V.**

Seite 69

Doctorseyes GmbH

Seite 59

Dr. Liebe Nachf.**GmbH & Co. KG**

Seite 49

Dreve**Dentamid GmbH**

Seite 39

enretec GmbH

Seite 67

ESMD

Seite 41

**GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG****Consumer Healthcare**

Seite 43

ic med**EDV-Systemlösungen für
die Medizin GmbH**

Seite 53

Ivoclar Vivadent GmbH

Seite 9

Johnson & Johnson GmbH

Seite 57

Karl Baisch GmbH

Seite 77

KaVo Dental GmbH

Seite 19

**Komet Gebr. Brasseler
GmbH & Co. KG**

Seite 23

**Kreussler & Co. GmbH
Chemische Fabrik**

Seite 61

Kuraray Europe GmbH

Seite 71

Medentis Medical GmbH

Seite 35

Permidental BV

Seite 11

PROTILAB

Seite 25 und 29

Ratiodental

Seite 69

SDI Germany GmbH**Southern Dental Industries**

Seite 97

Sinol Deutschland

3. Umschlagseite

SIRONA**Dental Systems GmbH**

4. Umschlagseite

solutio GmbH

Seite 13

**teamwork media
Verlags GmbH**

Seite 87

**Ultradent Products
USA**

Seite 65

youvivo GmbH

Seite 17

ZM-Jahresband

Seite 79

VollbeilagenAmerican Dental Systems
GmbH

Dental-Union GmbH

Karl Baisch GmbH

Roos Dental e.K.

Neuer Drogerie-Riese

Walgreens kauft Alliance Boots

Während die deutsche Drogeriekette Schlegel untergegangen ist, entsteht auf dem Weltmarkt ein neuer Riese. US-Marktführer Walgreens kauft sich bei Europas größten Pharmahändler Alliance Boots ein. Der Übernahmekandidat betreibt unter anderem 3 300 eigene Apotheken und Drogerien, die Mehrheit davon in Großbritannien. Walgreens kommt in den USA auf 7 900 Filialen.

Walgreens werde zunächst rund 45 Prozent an Alliance Boots für 6,7 Milliarden US-Dollar (5,3 Milliarden Euro) in bar und eigenen Aktien erwerben, teilte der US-Konzern in Deerfield im Bundesstaat Illinois mit. Zudem

bekommt Walgreens die Möglichkeit, binnen drei Jahren die restlichen Anteile zu erwerben. Dieses zweite Paket wird aktuell mit rund 9,5 Milliarden Dollar in bar und Aktien bewertet. Walgreens und Alliance Boots erklärten, zusammen zum Weltmarktführer im Pharmagroßhandel aufzusteigen, mit 170 000 Kunden in 21 Ländern. Eigene Drogerien gibt es in zwölf Ländern.

Alliance Boots war 2006 aus der Fusion des Pharmahändlers Alliance Unichem und der Drogeriekette Boots hervorgegangen. Das Unternehmen ist mit seiner Frankfurter Tochter Anzag ein scharfer Konkurrent von Deutschlands führendem Pharmagroßhändler Celesio.

Alliance Boots gehört bislang zu gleichen Teilen dem Firmenchef Stefano Pessina und dem Finanzinvestor KKR. Die beiden steigen mit dem Verkauf zu Großaktionären von Walgreens auf. Der Kauf des ersten Anteilspakets soll bis zum 1. September vollzogen werden. mg/dpa



Foto: ddp images - AP, Russel A. Daniels

Bildungsbericht

Betreuungsgeld setzt falsche Anreize

Im neuen Bildungsbericht von Bund und Ländern warnen nach der OECD nun auch deutsche Wissenschaftler ausdrücklich vor der Einführung eines Betreuungsgeldes. Die Bundesregierung wie auch bayerische CSU-Landesminister wollen sich die kritische Position der unabhängigen Experten jedoch nicht zu eigen machen. Man halte weiter am Betreuungsgeld fest, hieß es in Berlin und München. Gleich an

mehreren Stellen des über 340-seitigen Berichts warnen die Wissenschaftler vor falschen Anreizen, die besonders Eltern aus bildungsfernen Schichten davon abhalten könnten, ihr ein- oder zweijähriges Kleinkind in eine Kita zu schicken. Zudem stehe der Staat jetzt schon vor erheblichen finanziellen Herausforderungen beim Ausbau der Kindertagesstätten, bei der Einlösung des Rechtsanspruchs auf

Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen

KZBV fordert bessere Betreuung

„Es geht um das Grundproblem, dass Alte, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung einen ganz besonderen Versorgungsbedarf haben, der über die gesetzliche Krankenversicherung nicht adäquat abgebildet wird“. So fasste der stellvertretende Vorsitzende der KZBV, Dr. Wolfgang Eßer, die Forderungen der Zahnärzteschaft nach einer Verbesserung der zahnmedizinischen Leistungen für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen auf dem Diskussionsforum 2012 der KZBV am 20.6. in Dresden zusammen. Vertreter aus Zahnärzteschaft, Politik, Sozialverbänden und Krankenkassen trafen sich, um das Versorgungskonzept zu diskutieren, das KZBV, BZÄK und weitere Organisationen unter dem Titel „Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter“ vorgelegt hatten. Bei aller Kontroverse im Detail bestand in einem Punkt Einigkeit: Menschen, die aufgrund von Behinderung, Alter oder Demenz keine eigenverantwortliche Mundhygiene betreiben beziehungsweise nicht in eine Zahnarztpraxis kommen können, brauchen besondere Betreuung. Josef Hecken, Staatssekretär im

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, unterstrich, dass Versorgungskonzepten wie dem vorgelegten eine besondere Bedeutung zukomme, weil sie die Herausforderungen des demografischen Wandels aufnahmen. Die CDU-Bundestagsabgeordnete Maria Michalk attestierte, dass der Handlungsbedarf in der Alters- und Behindertenzahnmedizin in der Politik anerkannt ist. Eßer begrüßte ausdrücklich, dass die Bundesregierung die Initiative der Zahnärzte positiv aufgenommen und schon erste wichtige, wenn auch zunächst kleine Schritte zur Verbesserung der Versorgungslage unternommen habe. Er appellierte an die Politik, nun eine belastbare Rechtsgrundlage für die bedarfsgerechte Betreuung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung zu schaffen: „Unsere Bitte ist, dass der Gesetzgeber den besonderen Leistungsbedarf so ins Gesetz schreibt, dass die Betroffenen einen verbrieften Leistungsanspruch haben.“

pr/KZBV

■ Mehr im Videobeitrag unter: <http://www.kzbv.de/diskussionsforum-2012.684.de.html>

einen Betreuungsplatz für Unter-Dreijährige sowie bei dringend notwendigen Qualitätsverbesserungen in Krippen wie Kindergärten. Dagegen bestehe bei zusätzlichen Leistungen wie dem Betreuungsgeld die Gefahr, dass keines der angestrebten Ziele zufriedenstellend erreicht werde, heißt es in dem Bericht. „Der Bericht gibt die Meinung der unabhängigen Experten wieder, nicht aber die Meinung der

Bundesregierung“, sagte ein Sprecher der Bundesbildungsministeriums. Zu den Aussagen über das gesamte Bildungssystem werde die Regierung später Stellung nehmen. mg/dpa

Foto: Fotolia.com - drubig-photo



Arbeitsministerin von der Leyen

Funkstille in der Freizeit gefordert

Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) fordert eine deutliche Trennung von Arbeit und Freizeit. „Es muss ganz klare Regeln innerhalb eines Betriebs geben, was Handykultur und Mailverkehr angeht“, sagte sie. Diese Regeln müssten vom Arbeitgeber gesetzt, aber von den Beschäftigten auch gelebt werden. So wie es Arbeitsschutzmaßnahmen wie Bauhelme gebe, müsse es auch psychischen Arbeitsschutz geben. „In der Freizeit sollte Funkstille herrschen“, forderte von der Leyen.

Das Problem ist nicht neu. Fast 90 Prozent der Berufstätigen sind nach einer Bitkom-Umfrage vom vergangenen Sommer auch außerhalb ihrer Arbeitszeit per Handy oder E-Mail erreichbar. Erste Unternehmen reagierten bereits: So setzte der Betriebsrat von VW für die Beschäftigten Ende 2011 eine „Blackberry-Pause“ nach Feierabend durch.



Foto: Fotolia.com/Jeanette Dielt

„Umgekehrt gilt aber auch: Engagement und Leistungsbereitschaft sollten nicht zwangsweise eingeschränkt werden“, heißt es in einer Stellungnahme der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA). Es stehe jedem Unternehmen frei, Näheres in Dienstanweisungen oder Betriebsvereinbarungen zu regeln, betont ein BDA-Sprecher auf Anfrage. Verdi-Sprecher Jan Jurczyk meint, der Drang zur ständigen Erreichbarkeit sei „eine ambivalente Entscheidung“. In manchen Unternehmen seien die Anforderungen gegeben, einige Arbeitnehmer setzten sich aber auch selbst unter Druck.

Auch die IG Metall würde strengere Regeln begrüßen. „Frau von der Leyen kann sich nicht aus ihrer Verantwortung stehlen, selbst für klare und verbindliche Regeln im Arbeitsschutz zu sorgen. Schlichte Appelle an die Arbeitgeber reichen nicht“, sagte Hans-Jürgen Urban, geschäftsführendes Vorstandsmitglied der IG Metall.

Wirtschaftspsychologe Alexander Cisik wies darauf hin, dass die Erreichbarkeit nicht jeden stresst. Wenn man auf eine dringende Nachricht warte, könne man sein Informationsbedürfnis ad hoc stillen. mg/dpa

Tag der Niedergelassenen in Berlin

Bedarfsplanung im Fokus

Die neue Bedarfsplanung war Thema der politischen Diskussionsrunde zum Tag der Niedergelassenen im Rahmen des Hauptstadt kongresses Medizin und Gesundheit. „Das Versorgungsstrukturgesetz bietet viele Instrumente, um eine flächen-

deckende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen. Grundlage dafür ist eine überarbeitete Bedarfsplanung. Nur so können die Kassenärztlichen Vereinigungen auch von den Instrumenten Gebrauch machen“, erklärte der KBV-Vorstandsvorsitzende

KOMMENTAR Frage der Disziplin

Frau von der Leyen plädiert für eine streng geregelte „Funkstille“ und sieht darin einen Weg, um dem zunehmend verwässerten Übergang von Arbeit zu Freizeit per Betriebsdekret wieder eine klare Kontur zu geben. Raus aus der Dienstür heißt raus aus dem Intranet und raus aus der Funkverbindung. Nun besteht die deutsche Arbeitswelt aber nicht nur aus Schreibtischtätern mit „nine to five“-Jobs, wie der Amerikaner sagt, sondern auch aus Angestellten, Selbstständigen und Freiberuflern, von denen Ein-

satzbereitschaft erwartet wird. Dazu kommt, dass das Gros der Bürger bereits auf einer bestimmten Stufe der digitalen Gesellschaft angelangt ist. Für viele dieser Menschen gehört das Leben mit dem Netz zum Alltag – ob Dienst oder Freizeit. Sie fühlen sich mitunter unvollständig, wenn sie keinen Begleiter mit oder ohne Apfel-aufdruck an ihrer Seite haben, der mittels Plopp- und Piep-Tönen mit ihnen kommuniziert. Letztlich sollte sich jeder seine Onlinepause selbst nehmen.

Sara Friedrich

Bundestagsbeschluss

Weniger Geld für überzählige OPs

Angesichts einer wachsenden Zahl von Operationen müssen Deutschlands Krankenhäuser bei steigenden Behandlungszahlen künftig Einbußen in Kauf nehmen. Die Kliniken bekommen nach einem Beschluss des Bundestags in den Jahren 2013 und 2014 für Behandlungen und Diagnosen, die über dem Plan liegen, 25 Prozent weniger Geld. 2015 soll ein Gesetz folgen, um die Ausweitung der Behandlungszahlen einzudämmen. Krankenkassen und Experten meinen, dass Patienten oft aus ökonomischen statt aus

medizinischen Gründen behandelt werden. Von dem Anstieg bei den Behandlungen um 13 Prozent zwischen 2006 und 2010 sind laut Rheinisch-Westfälischem Institut für Wirtschaftsforschung nur 40 Prozent durch die Alterung der Gesellschaft erklärbar. mg/dpa



Foto: MIEV

zende Dr. Andreas Köhler am 13. Juni 2012 im Berliner ICC. Zur Zukunft der Versorgung gab es eine Diskussionsrunde unter anderem mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktion, Jens Spahn. Zu den weiteren Themen gehörten

die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Delegation und Substitution im Team, die Versorgung von Heimpatienten oder IT in der Arztpraxis. Über 300 Teilnehmer waren gekommen, um sich fortzubilden und auszutauschen. pr/pm

Osteuropa**Pflegerinnen fehlen in ihrer Heimat**

In Osteuropa werden immer mehr alte Menschen und Kinder allein gelassen, weil ihre Angehörigen als Pflegekräfte in Deutschland arbeiten. Auf diese Entwicklung machte Caritas international in Berlin aufmerksam. „Die Zahl der Straßenkinder und unversorgten alten Menschen in Osteuropa steigt deutlich an, weil osteuropäische Frauen bei



Foto: Fotolia.com - CHW

uns Lücken in der Pflege schließen müssen“, sagte der Präsident des Deutschen Caritasverbands, Peter Neher. Er sprach von einem besorgniserregenden „Arbeitsmarkt-Domino“. Pflegemigration müsse geregelt ablaufen, und auch Hilfe für die nichtversorgten Alten und Kinder in Osteuropa müsse organisiert werden. Laut einer Caritas-Studie leben allein in der Ukraine bis zu sieben Millionen Sozialwaisen, weil mindestens ein Elternteil im Ausland arbeitet.

Im vergangenen Jahr verzeichnete Caritas international 63 Millionen Euro Einnahmen, davon waren rund 32 Millionen Spenden und Stiftungen. In weltweite Hilfsprojekte flossen gut 52 Millionen Euro. mg/dpa

Sozialstudie**Vielen jungen Erwachsenen droht Armut**

Jeder fünfte junge Erwachsene in Deutschland ist trotz staatlicher Hilfen von Armut bedroht. Das geht aus dem neuen „Sozialmonitor Jugendarmut“ hervor, den die Bundesarbeitsgemeinschaft Katholische Jugendsozialarbeit vorgelegt hat. Demnach haben rund 80 000 junge Leute den Anschluss an Schule, Arbeits-

welt und Sozialsysteme verloren. Die höchsten Quoten gebe es mit rund 21 Prozent in Berlin. Für ihre Datensammlung hat die Arbeitsgemeinschaft zum zweiten Mal seit 2010 Statistiken auf die 13 Millionen 14- bis 27-jährigen heruntergebrochen, darunter Zahlen des Statistischen Bundesamts. mg/dpa

Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen**Mehr Wettbewerb angemahnt**

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat mehr Wettbewerb um eine gute Versorgung der Patienten in Deutschland gefordert. „Der Qualitätswettbewerb fristet in der deutschen Gesundheitsversorgung auch im Verhältnis

zum Preiswettbewerb noch immer ein Schattendasein“, mahnten die Regierungsberater in ihrem Gutachten. So sollten in der Ärzteschaft und bei den Kliniken die Ergebnisse von Behandlungen stärker geprüft und verglichen werden. mg/dpa

Innovationswettbewerb**AOK schreibt Gesundheitspreis aus**

Der „Berliner Gesundheitspreis“ ist erneut ausgeschrieben. Er ist ein bundesweiter Innovationswettbewerb von „AOK-Bundesverband“, Ärztekammer Berlin und „AOK Nordost – Die Gesundheitskasse“, der seit 1995 alle zwei Jahre verliehen wird. Der Wettbewerb widmet sich jeweils einem Thema, das eine besondere Bedeutung für die Ge-



sundheitsversorgung der Bevölkerung hat. Gesucht werden innovative, praxiserprobte Projekte, Modelle oder zukunftsweisende Versorgungskonzepte, die zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen. Dafür stellen die Initiatoren Preisgelder in Höhe von 50 000 Euro zur Verfügung. Die dargestellten Modelle und Projekte werden bereits in der Praxis eingesetzt beziehungsweise stellen die Praxistauglichkeit schlüssig dar. Der Umfang des Wettbewerbsbeitrags soll 20 Seiten nicht

überschreiten. Einsendeschluss ist der 30. September 2012. Die Vorgaben für die Gliederung und das Format sind zu beachten.

Das Bewerbungsraster, das Daten zum Teilnehmer, die Projektdarstellung sowie Anlagen umfasst, ist im Internet unter www.berliner-gesundheitspreis.de abrufbar. Die Arbeiten sind in dreifacher Ausfertigung (keine

Klebebindungen oder Spiralheftungen) sowie zusätzlich per E-Mail einzureichen. Wenn das Projekt auch für andere Wettbewerbe eingereicht wurde beziehungsweise schon einen Preis erhalten hat, ist das der Geschäftsstelle Berliner Gesundheitspreis mitzuteilen.

Bewerbungen mit unterschriebenem Teilnahmechein sind per Post bis zum 30. September an die Geschäftsstelle „Berliner Gesundheitspreis“ c/o AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin einzureichen.

sf/pm

Misshandlungen in Pflegeheimen**Kassen wollen Gewalt eindämmen**

Die Krankenkassen wollen die Misshandlungen von alten Menschen im Pflegeheim eindämmen. „Das Thema Gewalt gegen Pflegebedürftige und Senioren allgemein wird in Deutschland noch immer verharmlost und stößt an Tabugrenzen“, sagte Uwe Brucker, Experte für Pflegeversorgung beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen, in

Essen. Gemeinsam mit Kollegen aus Luxemburg, Österreich, den Niederlanden und Spanien hat der Dienst Empfehlungen erarbeitet, um das Personal zu sensibilisieren. Per Telefonhotline soll Hilfe geholt werden können. Bruckner schlug eine regelmäßige Sammlung von Daten zur Gewalt gegen Pflegebedürftige vor. sf/dpa



Andere Gewichtsklasse

Kolumne

Von Kartellen und Gurken

Alles wird immer größer. XXXXL quasi. Selbst Krankenkassen machen davor nicht halt. Gestern gab's noch über 2000, heute sind's noch etwa 150. Fusionen und Pleiten seien vor allem schuld, sagen Fachleute. Die kleinen Kassen sind weg, die großen wachsen. Und zwar in einem XXXXL-Ausmaß, dass sie (fast) schon wie Monopole agieren. Pluralismus ade.

Wir brauchen uns doch nur unsere Klientel anzuschauen: Fast alle Patienten sind bei einer der großen Kassen versichert. Da ist kaum ein „Exot“ mehr dabei, versichert bei einer Betriebskrankenkasse einer Schreinerei im Hochsauerland.

Wegen der Mega-Fusionen der Kassen zu Big-Playern will die Politik jetzt auch prüfen, ob die Riesen nicht auch unter das Kartellrecht fallen, wie bei Wirtschaftsunternehmen üblich. Doch dagegen wehrt sich die Ärztevereinigung Hartmannbund. Wie zu lesen war, will die vorher genau überlegt wissen,

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

inwieweit beim Kartellrecht die EU in das deutsche Krankenversicherungssystem hineinreden kann. Immerhin eines der besten der Welt, wie die Vereinigung meint. Sie ist dagegen, unser verteufelt-geliebtes System so einfach der Brüsseler Bürokratie zum Fraß vorzuwerfen, wie man sich ausdrückte.

Deswegen appellierte man an Gesundheitsminister Bahr, das Ansinnen, Kassen unter das Kartellrecht zu unterwerfen, zurückzustellen, und führte eine eigenwillige Begründung an: Man habe schlicht keine Lust, dass über Patienten und Gesundheit auf demselben Niveau geredet wird, wie seinerzeit in Brüssel über die notwendige Krümmung von Gurken. Einleuchtend, oder? Wieso meint man komischerweise dabei zu erraten, wie der Hartmannbund die Truppen der politischen Entscheider am liebsten nennen würde, fragt sich

Ihr vollkommener Ernst