

Krankheit bei Ärzten

Bitte bleiben Sie gesund

**Knochenerhalt bei
Implantaten**

**Hilfsaktionen in
Asien und Afrika**



Dentale Stärke zeigen.

Um in der Praxis täglich Spitzenleistungen bringen zu können, braucht man dentale Stärke. Und einen Partner, der Sie mit aller Kraft und allem Können unterstützt. Mit Instrumenten und Systemen, deren Qualität, Präzision und Innovationskraft ihresgleichen

suchen. Und mit einem Service, der keine Frage unbeantwortet lässt. Komet freut sich auf Ihren Besuch auf der IDS 2013. Sie dürfen gespannt sein, denn es gibt viel Neues zu entdecken: Komet mit einem neuen Stand in einer neuen Halle.



Entdecken Sie
uns neu:
jetzt Halle 4.1
Stand A80
12.-16. März 2013





Foto: eugenesergeev – Fotolia.com

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

mehr denn je leben wir in einer Gesellschaft, die gesundheitsbewusstes Verhalten fordert. Wo einst Sport Mord war, regieren Fit- und Wellness längst als beherrschendes Korrelat für verantwortungsbewusstes und gesellschaftskonformes Verhalten.

Ob man das will oder nicht: Der Wertewandel ist vollzogen. Stigmata wie die des „Gesundheitsmuffels“ – aktuell eindeutig dem männlichen Geschlecht zugeordnet – oder das Fordern eines gesunden Verhältnisses von Arbeit und Leben (geschlechtsneutral) haben längst ehemals geachtete Werte von prinzipieller Verantwortlichkeit oder bedingungsloser Aufopferung – egal wofür – abgelöst. Soviel zur gesellschaftlichen Gesinnungslage.

Alles kein Problem? Aber wie steht es denn um die Compliance, wenn zum Beispiel Ärzte oder Zahnärzte selbst zu Patienten werden? Wer ist der geeignete Arzt Ihres Vertrauens? Halten die Klischees über die ehemaligen „Halbgötter in Weiß“, was man dieser Berufsgruppe in den vergangenen Jahrzehnten zugesprochen hat? Kann oder darf, wer über die Gesundheit anderer wachen,

andere heilen soll, sich überhaupt zugehen, selbst krank zu sein?

All das sind Fragen, die der Berufstand immer wieder fachlich geprüft, gecheckt und dargestellt hat. Man weiß um die erhöhte Sucht- oder gar Suizidgefährdung eines notorisch überarbeiteten Berufsstands. Man kennt die verschiedenen ergonomischen Maßnahmen, um speziell für Zahnärzte die durch starke Belastung erhöhte Gefahr orthopädischer Schäden gering, die Zahl der Dermatosen in Grenzen zu halten.

Was an Erkenntnissen erarbeitet wurde und als Handlungshilfe existiert, steht, selbst wenn es in den Köpfen der Heilberufler angekommen ist, immer noch im Widerspruch zu den abgeforderten Leistungen.

Fakten und aktuelle gesellschaftliche Befindlichkeiten kann man festhalten. Aber bewusst werden muss allen Beteiligten – vom Patienten über den verantwortlichen Politiker bis zum beruflichen Interessenvertreter –, dass die Erkenntnis von Gefährdung durch Überlastung bis zum Burn-out (Was ist das?) nicht damit abgetan ist, dass man Betroffenen anrät, es im Schichtdienst des Krankenhauses oder in der eigenen Praxis mal etwas langsamer angehen zu lassen.

Das System, das immer mehr an Arbeitsverdichtung bringt, das extrem hohe Wochenstundenzahlen abfordert, das gleichzeitig zum Perfektionismus und zur Fehlerfreiheit auffordert, dafür aber nicht die Voraussetzungen schafft, bietet aktuell keine Lösung. Wer bei dem extremen Gefälle, das das Gesundheitswesen in Deutschland vorgibt, immer nur aufgefordert wird, noch einen Gang runter zu schalten, überlastet den Motor. Wer es nicht tut, fliegt aus der nächsten Kurve. Das Traurige daran: Entscheiden muss das zurzeit leider jeder für sich selbst.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



28 Der (Zahn-)Arzt arbeitet für die Gesundheit seiner Patienten, vernachlässigt dabei aber oft seine eigene – mit physischen und psychischen Konsequenzen. Doch Krankheit bei Ärzten wird häufig tabuisiert.

TITELSTORY

Krankheit bei Ärzten

Bitte bleiben Sie gesund

28



Foto: argum-Christian Lehsten/zm

44 Die Behandlung von Asylbewerbern bringt Zahnmediziner in ein Dilemma.

Foto: JCI-Jamie Grill-Blend Images, Titelfoto: Kallim – Fotolia.com

MEINUNG

Editorial	3
Leitartikel	6
Leserforum	8
Gastkommentar	18

IN EIGENER SACHE

zm-online Gedanken im Netz	20
--------------------------------------	-----------

POLITIK

KBV-Befragung Ja zum Sicherstellungsauftrag	22
Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV Plattform für politisches Networking	24
KZV Niedersachsen 60 Jahre Winterfortbildung Braunlage	26



Foto: Reich-3M Espe



Foto: Whyona - Fotolia.com



Foto: Tom Bayer - Fotolia.com

38 Restaurationen im Seitenzahn-
bereich im Blick: Vollzirkon oder
Gerüst-Zirkon, das wird anhand
aktueller Daten diskutiert.

72 Das schmerzt! Solch ein Groß-
zehengelenk ist durch falsches,
zu enges Schuhwerk entstanden.
Abhilfe schafft eine Operation.

100 Pflegeheime als Investment stehen
hoch im Kurs. Doch trotz vieler
Sicherheiten gibt es natürlich auch
hier keine Gewinn-Garantie.

ZAHNMEDIZIN

	Der besondere Fall Aneurysmatische Knochenzyste	34
	Gerüst-Zirkon versus Vollzirkon Neue Werkstoffe und Verfahren	38
	Die klinisch-ethische Falldiskussion Dilemma bei Hilfe für Asylbewerber	44
	Implantate auf der IDS 2013 Innovationspotenzial bei Oberflächen	58
	Gewebeerhalt um Implantate Der Alveolarkamm als Teil der rot-weißen Architektur	64

MEDIZIN

	Fußdeformität Hallus valgus	72
--	---------------------------------------	-----------

GESELLSCHAFT

	Elternzeit im Ausland Säugling im Gepäck	88
	Stiftungslife Im burmesischen Delta	90
	Zahnärzte ohne Grenzen Im mongolischen Outback	91
	Christlicher Missionsdienst Im Doppelpack ins Waisendorf	94
	Special Olympics Deutschland Voller Erfolg in Garmisch	96

PRAXIS

	Beihilfenerstattung in der KfO Paradigmenwechsel beachten	98
	Anlage in Pflegeimmobilien Die Demografie im Hintergrund	100

Trends 104

MARKT

Neuheiten	108
------------------	------------

RUBRIKEN

Nachrichten	10, 135
Termine	74
Persönliches	97
Impressum	103
Zu guter Letzt	138



Foto: KZBV-axentis.de

Unstrittiges

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

dass Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr sich wünscht, seine Gesundheitspolitik werde großes Wahlkampfthema, liegt auf der Hand. Es war ja auch das Gesundheitsressort, mit dem die FDP in der Koalition Punkte sammeln konnte. Auch die CDU/CSU-Gesundheitspolitiker werden ihren Anteil an der zweifellos positiven Bilanz der Regierungskoalition deutlich machen. Und die derzeitige Opposition wird die vermeintlichen Fehlentwicklungen und Fehlleistungen brandmarken und „ihre“ Bürgerversicherung als das Nonplusultra darstellen.

Natürlich positioniert sich auch die Zahnärzteschaft in diesem Wahljahr. Die KZBV hat mit der „Agenda Mundgesundheit“ Grundsätze und Strategien für eine präventionsorientierte vertragszahnärztliche Versorgung vorgelegt, die BZÄK hat themenorientierte Memoranden erarbeitet.

Nicht ohne Grund, auch nicht ohne Kalkül, stellt die KZBV mit der Agenda Mundgesundheit die präventive Betreuung unserer Patienten in den Mittelpunkt. Nicht nur auf Veranstaltungen wie dem Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV anerkennen die Politiker unsere Leistungen und Erfolge in der Prävention. Ist dieses öffentliche Lob mehr als eine höfliche Fensterrede bei einem offiziellen „Nett-Termin“, wird daraus ein gesundheitspolitischer Auftrag. Wir Zahn-

ärztinnen und Zahnärzte können zwar stolz sein auf das anerkannt Erreichte, doch wir benennen auch die noch offenen Baustellen:

Bei der Einführung der Kinderuntersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr hatte der Gesetzgeber seinerzeit bei den „Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ Ärzten und Zahnärzten die Leistungserbringung ermöglicht. Bei der Umsetzung hatten sich Ärzte und Zahnärzte darauf verständigt, dass diese Untersuchungen bis zum 30. Lebensmonat von den (Kinder-)Ärzten vorgenommen werden, anschließend die Zahnärzteschaft die Betreuung übernimmt.

Nun zeigen sich schon bei Kleinkindern wieder vermehrt kariöse Läsionen. Hier ist Handlungsbedarf! Es ist – das sei ausdrücklich festgestellt – keine Schuldzuweisung an die ärztlichen Kollegen. Aber offenkundig und wohl auch unstrittig ist, dass hier Know-how und Equipment besser bei uns Zahnärzten verortet sind. Konsequenter und für den Gesetzgeber ein Leichtes: im § 26 SGB V diesen zahnärztlichen Präventionsbereich auch nur den Zahnärzten zuzuordnen.

Alle noch so guten Präventionskonzepte müssen scheitern, wenn die Zugänge versperrt bleiben. Wir wissen, dass es eine wachsende Schieflage in der Kariesverteilung bei Kindern und Jugendlichen gibt. Bei den Zwölfjährigen tragen rund zehn Prozent

der Kinder über 60 Prozent der Karieslast. Diese Risikogruppe, die sich vor allem aus sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund rekrutiert, profitiert nicht in gleichem Maß von der Verbesserung wie der Bevölkerungsdurchschnitt. Doch dieser familiäre Hintergrund macht es nicht nur uns schwer: Wohlfahrtsverbände und Sozialarbeiter der Kommunen machen unstrittig dieselben Erfahrungen. Wir brauchen hier eine neue Kultur der Zusammenarbeit. Es war einmal der ehemalige Bundeskanzler Schröder, der (sinngemäß) äußerte, man könne den sozialen Status der Bevölkerung an den Zähnen erkennen. Für die ganz große Mehrheit der Bevölkerung ist ein Versorgungsgrad gesichert, der – selbst in der Regelversorgung – weit über dem europäischen Durchschnitt liegt. Wenn die Gesellschaft nicht will, dass Gerhard Schröder doch noch irgendwann einmal bestätigt wird, dann müssen wir bei den Kleinkindern und Jugendlichen beginnen.

Die dritte Herausforderung – die Betreuung der älteren und pflegebedürftigen Mitbürger – nehmen Politik und Zahnärzteschaft inzwischen gemeinsam an. Aber es fehlt ein Erfolg versprechendes Präventionsmanagement, wie wir es aus der Individualprophylaxe für Kinder und Jugendliche kennen. Es kann doch nicht sein, dass die Heimleitung eines Alten- oder Pflegeheims bei einer Neuaufnahme über einen Diabetes, über ein Gaukom und über Blutgerinnungshemmer informiert ist, aber keinen Schimmer davon hat, wie es in der Mundhöhle aussieht!

Drei Bereiche mit nicht nur berufsethischen Verpflichtungen. Hier ist unstrittig die Gesundheitspolitik gefordert. Es geht hier nicht um das Überwinden ideologischer Barrieren, um neue Geschäftsmodelle für die Zahnärzteschaft. Hier geht es um Verantwortung. Sie zu übernehmen, ist allein schon anständig. Unstrittig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

COMPONEER®

Überraschen Sie Ihre Patienten mit einem neuen Lächeln – in nur einer Sitzung!

Neuartig. Zeitsparend. Verblüffend einfach. COMPONEER ist das Direct Composite Veneering System, mit dem Sie Einzelzahn- oder komplette Frontsanierungen schnell, einfach und gelingsicher realisieren. Das bietet völlig neue Perspektiven für Sie und Ihre Patienten. Und am Ende Grund zum Lächeln für Sie beide.

www.componeer.info



Besuchen Sie uns auf der IDS 2013, Halle 10.2, Stand R10/S19



DAS LÄCHELN ZUM EINFACH MITNEHMEN.

NEU JETZT AUCH:



XL-Größe: Individualisieren leicht gemacht durch übergroße XL COMPONEER



Prämolaren: COMPONEER jetzt auch für Prämolaren erhältlich

Die COMPONEER™- Vorteile:

Kein Labor | Eine Sitzung | Natürlich-ästhetische Korrekturen in Freihand-Technik | Einfachste Anwendung durch vorgefertigte Komposit Schmelz-Schalen | Brillantes Ergebnis | Attraktive Wertschöpfung

info.de@coltene.com | +49 7345 805 0

 **COLTENE®**

Tragisch

■ Zur klinisch-ethischen Falldiskussion „Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Dental-labor“ in zm 23/2012:

Die Qualität von Dental-Laboren im Ausland ist also gut, wie Ihr Zahnarzt meint, und in der Region weniger. Armes Deutschland! Ist das also das Ergebnis? Die Quintessenz würde bedeuten, dass ein armer deutscher Zahnarzt in der Region kein Labor



Foto: zm/proDente

finden kann und somit in einer äußerst tragischen Lage ist. Erlauben Sie mir die Feststellung, dass ich mir beim besten Willen nicht vorstellen kann, dass ein Zahnarzt in Deutschland kein gutes Labor in der Region finden kann, das ihn qualitativ und preislich zufriedenstellt! Kann es denn sein, dass mittlerweile die kleinen Labore in Deutschland so unter Druck geraten sind, dass sie im einen oder anderen Fall durch Auslandspreise (bedingt durch sicherlich etwas andere Lohnkosten und Sozialabgaben, besonders in den asiatischen Ländern) einfach nicht mehr mithalten können? Könnte man sich nicht in einem Artikel Gedanken machen, wie man einem deutschen Zahnarzt,

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

der in einem deutschen System mit deutschen sozialen Strukturen arbeitet und der auch von den Kassenbeiträgen deutscher Zahntechniker und deren Familien und anderen deutschen Patienten profitiert, durch einen qualitativ und partnerschaftlich orientierten „Ehrenkodex“ helfen könnte?

Alois C. Lubberich
Lubberich GmbH Dental-Labor
Bahnhofstr. 24-26
56068 Koblenz

Kostenintensiv

■ Zum Beitrag „Teleskopverankerte Obturatorversorgung“ in zm 24/2012:

Nachdem ich diesen Artikel nun zum zweiten Mal veröffentlicht finde und ich beim ersten Mal davon abgesehen habe, mich dazu zu äußern, kann ich nunmehr nicht anders:

Wenn ich die klinischen Fotos und die Art und Weise der Ausführung betrachte, finde ich mich in die zahnmedizinische Vergangenheit zurückversetzt! Retentionsperlen (und davon zu wenig und nicht angeschliffen, wie meiners das schon vor Jahren veröffentlicht hat), hochgold inklusive der Sättel und Metallkaufflächen sind doch ein Atavismus aus grauer Vorzeit. Sicherlich wird dieser Punkt in der Diskussion aufgegriffen, aber sollten nicht die Universitäten die Speerspitze der Zahnmedizin darstellen? Meine erste Arbeit mit Zirkonprimärteilen und Galvanosekondärkronen verklebt in einem Stahl-Tertiärgerüst (Weigel-Protokoll hieß das weiland noch nicht) hat mittlerweile mehr als zehn Jahre Belastung widerstanden und zeigt keinerlei

Ermüdung – eher im Gegenteil (aber auch das ist hinlänglich bekannt und veröffentlicht): Durch die fehlende Kalt-Verschweißung ist das Verschleißverhalten eher besser!

Wie gesagt, es ist sicherlich ein gangbarer Weg, der hier eingeschlagen wurde – aber einer, der extrem kostenintensiv ist und keinerlei Verbesserung für den Patienten bringt, eher das Gegenteil in Ästhetik und Funktion ...

Dr. Christian Ramspott
dr.ramspott@zahnarzt-bestwig.de



Foto: Schierz

Gelassen

■ Zum Beitrag „Teleskopverankerte Obturatorversorgung“ in zm 24/2012:

Im Artikel wurde der Hauszahnarzt der Patientin der Verschleppung der endodontischen Therapie von 45 und 46 beschuldigt. Aus dem Artikel geht nicht hervor, welches Zeitfenster hierfür zur Verfügung stand, etwa von der onkologischen Diagnosestellung bis zur chirurgischen Intervention.

Immerhin ist am überkronten 46 eine Revisionsbehandlung erforderlich. Die postoperative Phase sowie der Zeitraum der beschriebenen defektprothetischen Restauration, der von zunehmender Einschränkung der Mundöffnung geprägt war, boten wohl

keine Gelegenheit, eine lege artis-Endodontie im Seitenzahngelände zu praktizieren. Auch der angemahnte Beginn einer solchen Behandlung verbietet sich nach meiner Ansicht. Oder wie sollte auch nur die korrekte Darstellung der Wurzelkanalostien und die initiale Aufbereitung bei einer Schneidekantendistanz von 25 mm oder gar nur 17 mm gelingen?

Welchen Sinn hätte es gehabt, die zweifellos behandlungsbedürftigen, aber aktuell asymptomatischen Zähne einer endodontischen Kompromissbehandlung zu unterziehen? Wer hätte es verantworten können, die Patientin auch noch mit einer nicht ganz unwahrscheinlichen pulpitischen Schmerzsymptomatik infolge einer technisch eigentlich undurchführbaren endodontischen Intervention zu belasten?

Ich gehe davon aus, dass die Kollegen aus der Kons der Ungeduld der Chirurgen mit professioneller Gelassenheit entgegengetreten sind und inzwischen die notwendigen endodontischen Behandlungsschritte unter den notwendigen klinischen Voraussetzungen in Ruhe und Übersicht erfolgreich durchgeführt haben.

Sven Nagel
nagel2012@me.com

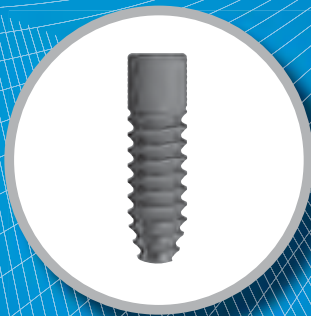
Wünsche, Anregungen,
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen
Tel.: 030/280179-52
Fax: 030/280179-42
Postfach 080717, 10007 Berlin
e-mail: zm@zm-online.de

ICX *templant*[®]

www.medentis.de

ICX-templant[®] –
das Zahnimplantat-System,
dem die Zahnärzte vertrauen.



IDS[®]
2013

Halle 3.2
Stand
C-030-E039

Service-Tel.: 02643 902000-0

Mo.-Fr.: 7.30 bis 19 Uhr

Bundestag**Neues Krebs-Gesetz beschlossen**

Die Krebskranken in Deutschland sollen von mehr Früherkennung und besseren Therapien profitieren. Einheitliche Krebsregister sollen sämtliche Patientendaten erfassen, damit die Behandlungen optimiert werden können. Ein entsprechendes Gesetz verabschiedete der Bundestag mit den Stimmen der Koalition bei Enthaltung der Opposition. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) zeigte sich zuversichtlich, dass auch der Bundesrat das Gesetz billigen wird, obwohl es dort nach dem Regierungswechsel in Niedersachsen eine rot-grüne Mehrheit gibt.

Direkt spürbar wird für viele Menschen sein, dass künftig umfangreicher als bisher zur Früherkennung eingeladen wird. Regelmäßige persönliche Briefe sollen auf Untersuchungen zu Darm- und Gebärmutterhalskrebs aufmerksam machen. Bisher gibt es ein organisiertes Früherkennungsprogramm nur für Brustkrebs.



Foto: Photo-K - Fotolia.com

Altersgrenzen und Einladungsrythmus sind noch offen. Menschen ab 50 Jahren kommen bei Darmkrebs infrage, bei Gebärmutterhalskrebs Frauen zwischen 20 und 65. Die unterschiedlichen klinischen Krebsregister werden bundesweit vereinheitlicht. Erfasst werden sollen die Daten der Patienten zu Diagnose und Behandlung, aber auch zu Nachsorge und Rückfällen.

Der Aufbau der Krebsregister dauert jedoch noch einige Jahre. Ende vergangenen Jahres gab es eine Einigung über die Finanzierung des Aufbaus auf acht Millionen Euro. Die Deutsche Krebshilfe übernimmt 90 Prozent der Kosten, die Länder 800 000 Euro. sg/dpa

Klinikabrechnungen**Kassen halten die Hälfte für falsch**

Wie aus einem noch unveröffentlichten Bericht des GKV-Spitzenverbands der Krankenkassen zur Korruption im Gesundheitswesen hervorgeht, beanstanden die Krankenkassen fast jede zweite Krankenhausabrechnung. Laut einem Bericht der „Rheinischen Post“ (Samstag) ist nach Überprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen der Anteil der Kliniken, die falsch abrechneten, in den vergangenen Jahren stark gestiegen. 2006 habe er bei 35 Prozent

gelegen, 2010 bereits bei 45,6 Prozent. Der Medizinische Dienst prüft der Zeitung zufolge zehn bis zwölf Prozent aller Krankenhausabrechnungen.

Die Kliniken haben in der Vergangenheit diesen Kassenberichten allerdings widersprochen. Sie argumentieren, dass die beanstandeten Rechnungen häufig nicht falsch, sondern strittig seien, weil Kassen und Ärzte lediglich unterschiedliche medizinische Einschätzungen hätten.

ck/dpa

Kostenproblem**Bahr fordert Kliniken zum Sparen auf**

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) hat von den Krankenhäusern Lösungen für das Problem ständig steigender Kosten und unnötiger Operationen gefordert. Die Krankenkassen gäben Jahr für Jahr mehr Geld für stationäre Leistungen aus, zuletzt rund 63 Milliarden Euro, sagte der Minister dem „Deutschen Ärzteblatt“. „In diesem Jahr werden es voraussichtlich 65 Milliarden Euro sein“, so Bahr. Trotzdem würden die Kliniken über zu wenig Geld klagen. Gleichzeitig gebe es in den Kliniken Fehlanreize, immer

mehr operieren zu müssen. Das Bundesgesundheitsministerium habe die Deutsche Krankenhausgesellschaft deswegen aufgefordert, gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband Vorschläge zu machen, wie die Kosten gesenkt werden können. „Das Ministerium hat eine Frist bis zum 30. Juni gesetzt, ein Gutachten ist in Auftrag.“ Laut AOK-Krankenhausreport vom Dezember 2012 ist die Zahl der stationären Behandlungen in Kliniken bis zum Jahr 2011 auf den Rekordwert von 18,3 Millionen gestiegen. sg/dpa



Foto: WavebreakMediaMicro - Fotolia.com

Gesetzesnovelle**Erleichterungen für Privatpatienten**

Deutschlands neun Millionen Privatpatienten werden sich freuen: Der Bundestag räumt ihnen mehr Rechte ein.

Die verabschiedete Gesetzesnovelle sieht unter anderem eine Verlängerung der Kündigungsfristen vor, um den Versicherungsverwechsel zu erleichtern. Zudem kann ein Selbstbehalt in solchen Fällen gekündigt werden, in denen er keine Beitragssenkung für den Betroffenen zur

Folge hat.

Ins Gesetz aufgenommen wird ein Auskunftsanspruch über den Versicherungsschutz, damit der Patient frühzeitig weiß, ob die Kosten der geplanten Behandlung übernommen werden. Zudem sollen die Versicherten in der Regel Einblick in ihre Patientenakte nehmen dürfen, ohne dafür einen Anwalt oder einen anderen Arzt einschalten zu müssen. sg/dpa

Stress im Job**Belastungen nehmen zu**

43 Prozent der Erwerbstätigen in Deutschland sind überzeugt, dass ihr Arbeitsstress in den vergangenen zwei Jahren zugenommen hat. Wie die „Bild“-Zeitung unter Berufung auf den „Stressreport Deutschland 2012“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin schreibt, wurden für die Studie bundesweit mehr als 17000 Arbeitnehmer unter anderem zu psychischen Anforderungen, Belastungen und Stressfolgen ihres Arbeitsalltags befragt. Demnach arbeitet jeder zweite Befragte (52 Prozent) unter starkem Termin- und Leistungsdruck. Knapp 60 Prozent der Befragten gaben an, verschiedene Aufgaben gleichzeitig betreuen zu müssen. Fast jeder Zweite (44 Prozent) wird bei der Arbeit etwa durch Telefonate und E-Mails unterbrochen. Weil

für 47 Prozent der Beschäftigten Ruhepausen nicht in den Arbeitsablauf passen oder sie nach eigenem Bekunden zu viel Arbeit haben (38 Prozent), lässt jeder Vierte (26 Prozent) die Pause ausfallen. 64 Prozent arbeiten auch samstags, 38 Prozent an Sonn- und Feiertagen, schreibt die „Bild“. Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) appellierte an die gesellschaftliche Verantwortung der Unternehmen. Sie sagte der Zeitung: „Stress bei der Arbeit kann vorkommen, aber nicht dauerhaft. Und er darf auch nicht krank machen. Der Stress-Report zeigt, wo die Probleme besonders groß sind, aber auch, was man dagegen tun kann. Ich will dem chronischen Stress den Kampf ansagen und erwarte, dass die Betriebe mitziehen.“ ck/dpa

Barrierefreiheit**Kein Arzt in Reichweite**

Insgesamt 11,6 Millionen Deutsche haben im Umkreis von 20 Kilometern keinen Hausarzt mit barrierefreier Praxis. Wie die gemeinsame Analyse der Stiftung Gesundheit und der Geomarketing-Firma Lutum und Tappert

ergab, gibt es die größten Probleme in ländlichen Regionen und in den neuen Bundesländern. Dort sei im 20-Kilometer-Radius oft kein oder nur ein Hausarzt mit barrierefreier Praxis tätig. „Menschen mit Behinderung können deshalb ihren Arzt nur selten frei wählen“, sagt Dr. Peter Müller, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheit. Patienten in Großstädten finden der Analyse zufolge im Umkreis von 20 Kilometern zwar 26 oder mehr Hausärzte mit barrierefreier Praxis. „Ärzte lassen sich aber konzentriert im Zentrum nieder. In den Randgebieten herrscht Ärztemangel“, erklärt Müller. sf/pm



Foto: Sven Weber – Fotolia.com

INTRAORAL SCAN – ZUKUNFT MIT ERFOLG

Mit dentaltrade und der digitalen Abformung durchstarten

Keine Kompromisse – dentaltrade bietet Ihnen ab sofort zukunftsweisende Technologien zu einem günstigen Preis für Ihren Praxiserfolg. Verarbeitet werden Ihre digitalen Daten im innovativsten und führenden Fräszentrum Europas – Zeitersparnis durch die integrierte Modellfertigung inklusive.

Ihr Service-Vorteil: Wir verarbeiten alle gängigen Dateiformate und bieten dabei alles aus einer Hand.

Bitte vormerken: Zur IDS 2013 wartet ein exklusives Angebot auf Sie! Profitieren Sie schon jetzt und registrieren Sie sich gleich kostenfrei unter www.daten.dentaltrade.de

**Besser dentaltrade –
Exzellenz in Technik, Qualität & Service**

 **dentaltrade**[®]
...faire Leistung, faire Preise

[Hochwertiger Zahnersatz zu günstigen Preisen]

Studie zum Werbeverhalten

Via Homepage zur Praxis

Fachärzte wollen sich zur Bewerbung ihrer Leistungen zunehmend auch online präsentieren. 62 Prozent haben bereits einen eigenen Internetauftritt. Das sind 20 Prozent mehr als im Vorjahr. Das zeigt eine aktuelle Studie des Marktforschungsinstituts psyma, die im Auftrag der telegate AG das Werbeverhalten kleiner und mittelständischer Unternehmen in Deutschland im Jahr 2012 untersucht hat. Insgesamt geben 98 Prozent der Befragten an, dass sie mit der Website neue Patienten gewinnen möchten. 87 Prozent wollen mit ihrem Online-Auftritt über Suchmaschinen gefunden werden. 29 Prozent der Ärzte bezahlen regelmäßig für Suchmaschinen-Marketing. Beliebtestes Werbemittel: das Online-Branchenverzeichnis. 53 Prozent der Befragten buchen hier einen prominenten Eintrag, ein Drittel mehr als 2011.



Foto: Kzenon-Fotolia.com

Soziale Netzwerke haben dagegen für diese Berufsgruppe eine nur geringe Bedeutung. 27 Prozent der Fachärzte sind zwar in einem Netzwerk registriert, aber nur jeder zehnte der Registrierten gibt an, es auch für seinen Berufsalltag zu nutzen.

Für die Studie wurden im dritten Quartal 2012 stichprobenartig mehrere Hundert kleine und mittelständische Unternehmen in Deutschland der Branchen Hotel und Gastronomie, Fachmedizin, Handwerk sowie Immobilien- und Versicherungsmakler zu ihrem Werbeverhalten und Geschäftsalltag befragt. ck/pm

WlDO-Studie zu Arzneimittel-Wechselwirkungen

Riskanter Pillen-Mix

Viele Patienten riskieren mit ihren Arzneien Wechselwirkungen. Jede sechste Verordnung birgt die Gefahr, dass ein Medikament unerwünscht mit anderen Mitteln zusammenwirkt, besagt eine neue Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WlDO). Ältere Menschen mit mehreren Erkrankungen seien besonders gefährdet, vor allem Pflegeheimbewohner. In drei von tausend Fällen verschrieben die Ärzte sogar einen Pillen-Mix, der lebensbedrohlich sein könne. In 3,5 Prozent der Fälle wurden Kombinationen mit dem Risiko schwerer Folgen ver-



Foto: goodshoot

ordnet. Ausgewertet wurden die rund 65 Millionen verordneten Verpackungen für die 24 Millionen AOK-Versicherten aus dem ersten Quartal 2012. Pflegeheimbewohner bekommen laut AOK teilweise Dosierungen und Kombinationen, die unter Körperverletzung fielen. ck/dpa

EU-Ratsvorsitz

Irland legt Arbeitsprogramm vor

„Für Stabilität, Arbeitsplätze und Wachstum“ – so lautete das Arbeitsprogramm Irlands bei der Aufnahme des EU-Ratsvorsitzes 2013. Kernaufgabe: die Folgen der Wirtschafts- und Schuldenkrise bewältigen. Das Programm benennt drei Prioritäten: „Stabilität gewährleisten“, „in nachhaltige Arbeitsplätze und Wachstum investieren“ und „Europa und die Welt“.

In der Binnenmarktpolitik möchten die Iren ausstehende Maßnahmen wie die Revision der Berufsankennungsrichtlinie prioritär behandeln. Diese soll zwischen Parlament, Rat und Kommission noch vor der Sommerpause verabschiedet werden. Generell wollen die Iren die Mobilität im Binnenmarkt weiter stärken, um mehr Wirtschaftswachstum zu generieren. Ein informeller Wettbewerbsrat im Mai soll sich mit kleinen und mittleren Unternehmen als „Motor des Wachstums in Europa“ befassen. Das Thema knüpft an den EU-Aktionsplan „Unternehmertum 2020“ an, den die Europäische Kommission gerade veröffentlicht hat. Der turnusgemäße Wettbewerbsrat, bei dem ein möglicher Kompromiss zur Berufsankennungsrichtlinie gebilligt werden könnte, tagt am 23. Mai 2013 in Brüssel.

In der Gesundheitspolitik wollen die Experten vor allem den Rechtsrahmen für Medizinprodukte überarbeiten. Im Fokus stehen außerdem die Revision der Richtlinie für Tabakprodukte, das Aktionsprogramm Gesundheit, die klinischen Prüfungen und die grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Man will sich

zudem gezielt den Themen „Bekämpfung chronischer Krankheiten“, „Patientenbeteiligung“ und „Prävention“ widmen.

Die Iren, die in diesem Jahr das 40. Jubiläum ihrer EU-Mitgliedschaft feiern, hätten mit dem Papier ein solides Arbeitsprogramm vorgelegt, bilanziert das Brüsseler Büro der Bundeszahnärztekammer. Es weise im Bereich der Binnenmarkt- und



Foto: sashpictures - Fotolia.com

Gesundheitspolitik keine Überraschungen auf. Vielmehr würden die laufenden Gesetzgebungsverfahren konsequent fortgeführt. Aussichtsreich erschienen dabei der Abschluss der Beratungen über die Revision der Berufsankennungsrichtlinie, die Verabschiedung des neuen Aktionsprogramms Gesundheit sowie eine Einigung über den Beschluss zu den grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren.

Mit Blick auf die Überarbeitung des Rechtsrahmens für Medizinprodukte starteten die Iren mit den Beratungen in den Ratsarbeitsgruppen. Dabei soll der Fokus allerdings nicht allein auf der Sicherheit der Patienten liegen. Ganz ausdrücklich werde darauf verwiesen, dass Europa ein wichtiger Standort für die Produktion von Medizinprodukten sei, der im Interesse des Wirtschaftswachstums erhalten und ausgebaut werden sollte, so die BZÄK. pr/BZÄK

Umfrage von „APOTHEKE ADHOC“

Bundesweit weniger Apotheken

Erstmals seit 1994 gibt es in Deutschland weniger als 21 000 Apotheken: Die Zahl der Betriebsstätten sank im vergangenen Jahr um 295 auf 20 934 – ein Rückgang um 1,4 Prozent. Rechnerisch schloss damit beinahe an jedem Arbeitstag eine Apotheke. Dies ergab eine Abfrage des Branchendienstes „APOTHEKE ADHOC“ unter den Apothekerkammern der Bundesländer. Insgesamt mussten 2012 mehr als 480 Apotheken schließen, dem stehen rund 185 Neueröffnungen gegenüber. Wie im Vorjahr sei Bremen von dem Rückgang besonders betroffen: Hier schlossen fast fünf Prozent der

Apotheken. Auch in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und im Saarland schlossen überdurchschnittlich viele Apotheken. Vergleichsweise wenig Apotheken mussten in den neuen Bundesländern und in Hessen schließen. Insgesamt liegt die Zahl auf dem niedrigsten Stand seit 18 Jahren: Gestoppt wurde der Trend durch die Zulassung von Filialapotheken im Jahr 2004. In Deutschland darf jeder Apotheker bis zu vier Apotheken betreiben. Nachdem zunächst viele Schließungen durch die Übernahme als Filiale abgewendet werden konnten, ist die Tendenz wieder negativ. sf

Mundhöhlenkrebs

Eine Gefahr für Männer

Mundhöhlenkrebs war 2012 die fünfthäufigste Krebsneuerkrankung bei Männern und die 15thäufigste bei Frauen. Darauf verweist die Bundeszahnärztekammer. Die Häufigkeit bösartiger Neubildungen ist bei Männern und Frauen unterschiedlich: 10 100 Neuerkrankungsfälle bei Männern und 3 800 bei Frauen wurden für 2012 prognostiziert. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt bei Männern zwischen 43 und 50 Prozent, bei Frauen zwischen 56 und 65 Prozent. Früherkennung und rechtzeitige Behandlung sind deshalb entscheidend. „Bei einer zahnärztlichen Routineuntersuchung können

Mundhöhlenkrebs oder dessen Vorstufen rechtzeitig entdeckt werden. Regelmäßige Kontrollen beim Zahnarzt sind somit gleichzeitig Krebsvorsorge“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. Dabei arbeite die Zahnärzteschaft bei der Prävention und Aufklärung zu lebensbedrohenden Krebserkrankungen eng mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum und der Fachwissenschaft zusammen. Die Bundeszahnärztekammer hat in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft eine Patienteninformation zur Früherkennung des Mundhöhlenkrebses herausgegeben. ck/pm

Your winning team

Parodontitis erfolgreich managen → **Slow-Release über 7 Tage mit CHX-Dosis von mind. 125 µg/ml**

→ **99%ige Eliminierung der subgingivalen Bakterien**



PerioChip 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen

Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zusammensetzung: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) • Sonst. Best.: Hydrolysierte Gelatine (vernetzt m. Glutaraldehyd), Glycerol, Glycerin, Wasser. Anw.geb.: In Verb. m. Zahnsteinentf. u. Wurzelbehandl. wird PerioChip z. unterstütz. bakteriostat. Behndl. von mäß. bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbild. b. Erw. angew. PerioChip kann als Teil ein. parodont. Behndl.progr. einges. werd. Geg.anz.: Überempf. geg. Chlorhexidin bis(D-gluconat) o. ein. d. sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. ein. Drittel d. Pat. treten währ. d. erst. Tage n. Einleg. d. Chips Nebenw. auf. d. normalerw. vorübergeh. Natur sind. Diese könn. auch auf d. mechan. Einleg. d. Chips in d. Parodont. tasche o. auf d. vorhergeh. Zahnsteinentf. zurückzuf. sein. Am häufig. tret. Erkr. d. Gastroint. trakts (Reakt. an d. Zähnen, am Zahnfleisch o. d. Weichteil. im Mund) auf. d. auch als Reakt. am Verabreichungsort beschrieb. werd. könn., Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnschmerz, Zahnfleischschwell., -schmerz, -blutung, Zahnfleischhyperplasie, -schrumpf., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindl., Unwohlsein, grippeähn. Erkr., Pyrexie, system. Überempf.keit, Weichteilnekrose, Zellgewebsentz. u. Abszess am Verabreich.ort, Geschmacksverlust u. Zahnfleischverfärb. Weitere Hinw.: s. Fach- u. Gebrauchsinform. / Lagerungshinweis beachten. Apothekenpflichtig. Stand: Juli 2011 (103P). Pharmazeutischer Unternehmer: Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, 63755 Alzenau, Telefon: 06023/9480-0, Fax: 06023/9480-50

IDS 2013

BZÄK und Partner mit eigenem Stand

Vom 12. bis zum 16. März 2013 findet die Internationale Dental-schau IDS in Köln statt. Die Bundeszahnärztekammer und ihre Partner präsentieren sich mit einem Gemeinschaftsstand vor Ort. Auf dem Stand (in Halle

11.2, Gang O/P, Stand 50/59) vertreten sind neben der BZÄK auch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV).

Zudem werden das Institut der Deutschen Zahnärzte / Zentrum Zahnärztliche Qualität (IDZ/ZZQ), die zm, die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ), der Verein für Zahnhygiene, der Dentista Club, die Aktion zahnfreundlich sowie der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland (BdZM) und der Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland (BdZA) vertreten sein.

pr/pm

■ Alle Daten und Fakten zu Stand und Programm finden sich unter www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/ids/programm_flyer_ids_2013.pdf



afgis-Logo

BZÄK-Website erneut ausgezeichnet

Das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. belohnt die Website der Bundeszahnärztekammer mit dem Qualitätslogo für Transparenz und qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen im Netz.

Die BZÄK-Seite erfüllt alle Kriterien der afgis und erhält bereits zum dritten Mal das Qualitätslogo. afgis ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Verbänden, Unternehmen und Einzelpersonen zur Förderung der Qualität von Gesundheitsinformationen.

pr/pm



Umfrage zum Zahnputzverhalten

Putzen ja, Zahnseide nein

Bei der Zahnhygiene ist das Gros der Deutschen ziemlich vorbildlich, zu kurz kommen allerdings bei vielen noch die Zahnzwischenräume. Fast drei Viertel putzen zweimal, 13,5 Prozent sogar drei-



Foto: Jeanette Dietl – Fotolia.com

mal am Tag. Wie das Gesundheitsmagazin „Apotheken Umschau“ unter Verweis auf eine bei der Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) in Auftrag gegebene repräsentative Umfrage berichtet, benutzt nur knapp ein Viertel Zahnseide. Lediglich sieben Prozent verwenden Interdentalbürsten und nur 5,8 Prozent eine Mund-dusche oder ein Dental-Center. Das Putzen ist hingegen für die allermeisten zwei- bis dreimal am Tag Routine. 2,6 Prozent der Befragten reinigen die Zähne sogar

noch häufiger, prinzipiell nach jeder Mahlzeit. Bei den verwendeten Putzutensilien sind die „normale Zahnbürste“ (72 Prozent) sowie eine normale Zahnpasta (72,3 Prozent) die häufigsten Nennungen. Was die Benutzungsdauer der Reinigungsgeräte angeht, gibt es laut Untersuchung wenig Anlass zur Kritik: Zwei Drittel wechseln die Zahnbürste oder den Aufsteckkopf mindestens alle zwei Monate. Die GfK befragte insgesamt 2070 Personen ab 14 Jahren. mg

Wartezeiten

Bestnoten für Zahnärzte

Sehr zufrieden sind Patienten mit den Wartezeiten in den Zahnarztpraxen, unzufrieden dagegen mit denen beim Augenarzt und beim Hautarzt. Zu dem Ergebnis kommt das Internetportal jameda.

Die Patienten geben ihren Zahnärzten für die Wartezeit in der Praxis im Durchschnitt die Note 1,54 auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6. Am schlechtesten schneiden die Augenärzte und die Hautärzte ab. Sie erhalten beide eine 3+ (2,71 für die Augenärzte und 2,62 für die Hautärzte). Auch noch Luft nach oben haben die Kinder- und die Hausärzte, die mit den Durchschnittsnoten 2,39 und

2,33 abschneiden. Unterschiede zeigen sich bei der Patientenzufriedenheit von gesetzlich und privat Versicherten. Privatpatienten sind mit der Wartezeit in Arztpraxen deutlich zufriedener als Kassenpatienten. Sie bewerten die Wartezeit im Durchschnitt mit der Note 1,88. Die gesetzlich Versicherten vergeben dagegen die Note 2,24.

Nach eigenen Angaben rekrutierte das Arztbewertungsportal jameda eine Datenbasis von bundesweit rund 250 000 Ärzten. jameda ist eine 100-prozentige Tochter der börsennotierten Tomorrow Focus AG mit Hubert Burda Media als Hauptaktionär.

ck

Wir haben Sie!

Die einfache Abrechnung mit der KZV!

LZK Baden-Württemberg

Dr. Udo Lenke wiedergewählt

Dr. Udo Lenke ist in seinem Amt als Präsident der Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg wiedergewählt worden. Dr. Bernhard Jäger wurde als stellvertretender Präsident ebenfalls im Amt bestätigt. Nicht nur die Besetzung des Präsidiums bleibt dieselbe, sondern auch die des LZK-Vorstands. So wählten die Delegierten Dr. Gerhard Cube

aus Stuttgart, Dr. Norbert Struß aus Freiburg und Dr. Dr. Heinrich Schneider aus Metzingen in den Vorstand. Die vier Vorsitzenden der Bezirkszahnärztekammern, Dr. Konrad Bühler, BZK Stuttgart, Dr. Norbert Engel, BZK Karlsruhe, Dr. Wilfried Forschner, BZK Tübingen, und Dr. Peter Riedel, BZK Freiburg, komplettieren den Vorstand. pr/pm

Praxisgründung

Frauen investieren weniger

Zahnärztinnen investieren durchschnittlich 100 000 Euro weniger in eine neue Praxis als ihre männlichen Kollegen, bestätigt das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine Anfrage des Dentista Clubs. Drei Aspekte seien hierfür relevant:

Die Zahl der Neu-Niederlassungen sei in den vergangenen zehn Jahren laut KZBV-Statistik kontinuierlich gesunken – von rund 1 900 (2002/2003) auf etwa 1 240 (2010/2011).

In der für eine Existenzgründung relevanten Altersklasse verschiebe sich die Geschlechterverteilung zugunsten der Frauen. In der Gruppe bis 34 Jahre betrage der Anteil der Zahnärztinnen derzeit rund 60 Prozent, in der Gruppe von 34 bis 44 Jahren fast 50

Prozent. Der deutlich steigende Anteil junger Zahnärztinnen im Berufsstand – und damit an potenziellen Existenzgründerinnen – gehe einher mit sinkenden Investitionssummen bei der Niederlassung.

„Die Zusammenschau des durchschnittlichen Finanzierungsvolumens, das alljährlich vom IDZ in Kooperation mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank ermittelt wird, lässt erkennen, dass die Zahnärztinnen in den vergangenen zehn Jahren (2002 bis 2011) durchgängig mit einem geringeren Kapitaleinsatz in die Existenzgründung gehen als ihre männlichen Kollegen“, zitiert der Dentista Club Dr. David Klingenberg, Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) Köln.

Betrachte man die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Investitionsverhalten in Absolutbeträgen, lassen sich die Zahnärzte eine Einzelpraxis jährlich durchschnittlich 77 000 Euro mehr kosten als ihre Kolleginnen. Aktuell betrage der Unterschied sogar 99 000 Euro. ck/pm

- Der Zahnarzt erhält mit jedem fertigen Fall die informatische Version seiner Rechnung.
- Alle Rechnungen sind jederzeit über das Internet herunter zu laden.
- Wir erstellen Ihnen gerne eine Mini CD mit den von Ihnen gewünschten Fällen oder senden Ihnen die Rechnungen per Email.



Unsere All-inklusive-Preise:
Modelle, Leistungen der Arbeitsvorbereitung,
Vearbeitungsaufwand NEM Legierung, Versand, MwSt.



Foto: stockdisc

0800 755 7000
www.protilab.de

ProtLab

Wir lieben Qualität!

Dissertationspreis 2013

Start der Ausschreibung

Es ist wieder soweit: Der mit 2000 Euro dotierte Dissertationspreis des Kuratoriums perfekter Zahnersatz (KpZ) startet in eine neue Runde. Ab sofort können junge Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner ihre Dissertationsarbeiten bei der Pressestelle des KpZ einreichen. Prämiiert wird die beste Arbeit aus den Themenbereichen zahnärztliche Prothetik oder Werkstoffkunde mit Fokus auf Zahntechnik. Folgende Voraussetzungen gelten für die Teilnahme: Die Bewerber sind Absolventen der Zahnmedizin und haben ihr Promotionsverfahren im Jahr 2012 erfolgreich abge-



schlossen (Das Datum der mündlichen Prüfung ist anzugeben). Aus jeder Abteilung einer Klinik oder eines Zentrums kann nur eine Dissertationsarbeit eingereicht werden. Bis zur Einsendefrist am 31. Mai 2013 müssen vier gedruckte Exemplare der Arbeit und eine elektronische Version (als PDF auf CD) bei der Pressestelle des Kuratoriums in Marburg vorliegen. Der Dissertationspreis wird seit dem Jahr 1992 vergeben und richtet sich ausschließlich an den zahnmedizinischen Nachwuchs. Weitere Infos im Internet unter <http://www.zahnersatz-spezial.de/dissertationspreis/> sp/pm

Implantat-Studie

Sehr gutes Zeugnis

In Deutschland werden jedes Jahr mehr als eine halbe Million Zahnimplantate gesetzt. Wie zuverlässig sie sind, haben Forscher der Zahnmedizinischen Klinik der Universität Bern überprüft. Wie die Saarbrücker Zeitung berichtet, stellten die Forscher den Implantaten insgesamt ein gutes Zeugnis aus. Das Risiko ein Zahnimplantat zu verlieren, sei gering,

so die Schweizer Forscher in ihrer Zusammenfassung. Sie untersuchten in einer über zehn Jahre gelaufenen Studie mehr als 300 Patienten, bei denen seit dem Ende der 1990er-Jahre einzelne oder mehrere Zähne ersetzt worden waren. Dabei seien Titanimplantate mit einer damals neuen, mikrorauen Oberfläche verwendet worden, die auch heute noch eingesetzt werden. Nur sechs von insgesamt 511 überprüften Implantaten gingen im Untersuchungszeitraum verloren, berichtet die Uni Bern. Das entspricht einer Quote von 1,2 Prozent. Bei 1,8 Prozent entwickelte sich eine Infektion. „Die Resultate haben unsere bereits optimistischen Erwartungen übertroffen“, so Prof. Daniel Buser, Direktor der Klinik für Oralchirurgie und Stomatologie. mg



Foto: psdesign1 – Fotolia.com

Angenehmer Nebeneffekt

Potenzpille als Fettwegpille einsetzbar

Eine erstaunliche Entdeckung haben Forscher der Universität Bonn gemacht: Wird Sildenafil, besser bekannt als Viagra®, an fettleibige Mäuse verabreicht, so wandelt sich gesundheitlich bedenkliches weißes Fettgewebe um in günstigeres braunes Fettgewebe. Dieses ist dafür bekannt, dass es einfach in Nahrungsenergie verbrennt und in Wärme umgesetzt wird. Das Phänomen (Neoglycogenese) kennt man aus der Tierwelt zum Beispiel von den Murmeltieren, aber auch von anderen „Winterschläfern“ und sogar von Neugeborenen. Der Wirkstoff, der gegen Erektionsstörungen eingesetzt wird, könnte damit eventuell helfen, Fettdepots im Körper regelrecht wegzuschmelzen, vermuten die Wissenschaftler der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Alexander Pfeifer, Direktor des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Bonn, die ihre Forschungsarbeit jüngst im Fachblatt „The Journal of the Federation of American Societies for



Foto: jopix.de – Fotolia.com

Experimental Biology“ (FASEB) vorgestellt haben. Schon länger bekannt ist, dass Sildenafil in eine Signalkette des Botenstoffs cyclisches Guanosinmonophosphat (cGMP) eingreift, eine Wirkung, die bei der Behandlung von Erektionsstörungen genutzt wird. Darüber hinaus wurde beobachtet, dass fettleibige Mäuse an Gewicht verlieren, wenn sie über einen längeren Zeitraum Sildenafil bekommen. Das Team um Prof. Pfeifer konnte den Zusammenhang aufklären: Sildenafil wirkt offenbar auf eine cGMP-abhängige Proteinkinase im Fettgewebe, die die weißen Fettzellen in braune umwandelt. Die Wissenschaftler hoffen nun, auf dem Boden dieser Erkenntnisse ein Medikament gegen die Adipositas entwickeln zu können. sp/cv

Patientensorge unbegründet

Auch der Herzschrittmacher „stirbt“

Ein Herzschrittmacher registriert selbstständig, wenn sein Träger stirbt, und stellt dann die Arbeit ein. Die häufig geäußerte Sorge, mit so einer kleinen Maschine

nicht sterben zu können, sei deshalb ungerechtfertigt, heißt es im Patientenmagazin „HausArzt“. Der Schrittmacher registriert über Sonden die bestehende Erregung und schickt schwache Ströme, um den Rhythmus anzupassen. Wenn die natürlichen Signale vom Herzen ausbleiben, erkennt das Gerät dies und arbeitet nicht weiter. Etwa 65 000 Menschen erhalten jährlich in Deutschland einen Herzschrittmacher. ck/ots



Foto: AK-DigiArt – Fotolia.com

AKPP

Tagesbestpreis vergeben

Der Tagesbestpreis anlässlich der 25. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik, ging an Dr. Johann P. Wölber, Freiburg, und sein Team. Er erhielt die Auszeichnung für die Präsentation einer Studie, die den „Einfluss der mundhygiene-spezifischen Selbstwirksamkeit (MuHySWE) auf das Mundhygieneverhalten“ untersuchte. Das Ergebnis: Höhere Werte in der MuHySWE korrelierten signifikant mit einem geringeren PBI sowie einer öfter durchgeführten professionellen Zahnreinigung. Ebenso ergab sich



eine größere Wahrscheinlichkeit, dass diese Patienten an einer Nachuntersuchung teilnehmen und höhere, selbst gesetzte Ziele in der Mundhygienemotivation haben. Dabei zeigten Frauen signifikant höhere Werte in der MuHySWE. An der prospektiven Kohortenstudie nahmen 124 freiwillige Probanden aus Baden-Württemberg teil. Die Studie konnte beweisen, dass die mundhygiene-spezifische Selbstwirksamkeit ein wirksamer Faktor im aktuellen und zukünftigen Mundhygieneverhalten darstellt. sp

Schlaganfall

Übergewichtige überleben eher

Menschen mit Übergewicht und insbesondere Menschen mit einer Adipositas haben zwar ein etwas höheres Schlaganfallrisiko als Normgewichtige, sie haben im Fall eines Schlaganfalls aber deutlich bessere Überlebenschancen. So ist die Wahrscheinlichkeit, an einem Schlaganfall zu versterben, bei Übergewicht um 14 Prozent verringert und bei einer Adipositas sogar um 24 bis 45 Prozent. Außerdem tragen Übergewichtige weniger Behinderungen davon als Patienten mit Idealgewicht. Das zeigt eine aktuelle Studie bei mehr als 4400 Patienten mit Schlaganfall oder transientser ischämischer Attacke

(TIA), bei denen das Outcome über 30 Monate nach dem Ereignis in Abhängigkeit vom Körpergewicht untersucht wurde. Das überraschende Ergebnis: Bei Patienten mit einem BMI von mehr als 30 kg/m² war die Mortalität signifikant niedriger als bei Normgewicht. Am höchsten war die Sterblichkeit bei untergewichtigen Patienten. Das Phänomen, das auch als „Adipositas-Paradoxon“ bezeichnet wird, ist beim Schlaganfall neu, generell aber nicht unbekannt. Es wurde auch bei chronischen Erkrankungen wie der Herzinsuffizienz schon beobachtet. sp/cv

„WAS HAT EIGENTLICH GUTER ZAHNERSATZ MIT EINEM SEXTANTEN GEMEINSAM?“



PRÄZISION.

Sie ist bei Permadental einfach selbstverständlich.

Mehr Infos:
Freecall 0800-737 62 33



Vollkeramikkrone Calypso

89, EURO GÜLTIG BIS 31.3.2013

Testen Sie unsere Vollkeramikkrone Calypso, die in der unabhängigen Studie der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Justus-Liebig-Universität Gießen auf Passgenauigkeit, Approximalkontakt, Okklusion und Farbgebung erfolgreich getestet wurde!

Zzgl. Arbeitsvorbereitung, MwSt. und Versand

© Ramona Helm - Fotolia.com

Image

Das Image der deutschen Ärzteschaft in der Öffentlichkeit ist durch die Skandale der letzten Monate angeschlagen. Die Reaktion der Standesvertreter ist vorwiegend defensiv und verweist auf einen, ihrem Verständnis nach, ausreichenden Mix aus im Berufsrecht schon bestehenden Überprüfungen und Sanktionen. Aus der Politik und in den Medien werden Forderungen nach staatlichen Überprüfungen und der Einführung von Strafrechtstatbeständen laut. Im Wahlkampf sind solche Forderungen oft populistisch motiviert, aber tatsächlich muss geprüft werden, ob zum Beispiel die Korruption bei niedergelassenen Ärzten gesetzlich strafbar sein sollte.

Welche Rolle, welches Image hat in diesem Zusammenhang die Zahnärzteschaft in der öffentlichen und in der veröffentlichten Meinung?

Entspannung ist angesagt, sie ist zunächst einmal außen vor, welche Rolle sollte sie auch zum Beispiel im Organspendeskandal oder bei der breit angelegten Vorteilsnahme Niedergelassener von Pharmaunternehmen spielen? Wofür sollten Zahnärzte Kopfprämien im großen Stil erhalten?

Die verfasste Zahnärzteschaft hält sich in diesen öffentlichen Diskussionen klug zurück. Offensichtlich sind Skandale wie Zahngold oder der Austausch deutschen Zahnersatzes durch chinesische Billigimporte zum gleichen Preis in Vergessenheit geraten. Warum sich in eine Diskussion einmischen, wenn gerade Gras über die Skandale der eigenen Klientel gewachsen ist?

Klug beraten wäre die Zahnärzteschaft allerdings, wenn sie still und leise sich in den



Foto: contrastwerkstatt – Fotolia.com

eigenen Reihen umschauf und prüft, wo noch verborgene Sümpfe liegen könnten, und sie lautlos austrocknet, denn der nächste Skandal kommt so sicher wie der Abend nach dem Morgen.

Prävention ist immer besser als Kuration, und niemand war bisher in der Prävention so erfolgreich wie die Zahnärzteschaft, warum nicht auch in diesem, zugegebenermaßen unangenehmen Feld?



Foto: privat

Obwohl die Zahnärzteschaft nicht in die aktuelle Korruptionsdebatte involviert ist, wäre die präventive Befassung mit dem Image des Berufsstands gerade jetzt sinnvoll, meint Dr. Jutta Visarius, gesundheitspolitische Fachjournalistin, LetV Verlag.

Die allgemeine Stimmung bietet der Zahnärzteschaft vielleicht auch Anlass, Überlegungen zu ihrem Image in der Bevölkerung anzustellen. Das mag vielleicht nicht das zentrale Problem der Zahnärzteschaft sein, aber in einer Kommunikations- und Mediengesellschaft wird das Image einer Berufsgruppe in der Öffentlichkeit immer wichtiger. In früheren Zeiten war es einmal Ziel, die Zahnärzteschaft aus der „Dentisten-Ecke herauszuholen“ und sie als Ärzte, nur eben für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im

Bewusstsein der Bevölkerung zu etablieren. Das ist längst gelungen. Aber Zahnärzte sind eben nicht nur Fachärzte für Zahnheilkunde, sie arbeiten nach einer anderen Systematik als andere Fachärzte, haben eine völlig andere Honorarstruktur als andere Niedergelassene. Sie haben, nebenbei bemerkt, was die Honorarsystematik angeht, alles erreicht, von dem andere Niedergelassene nur träumen können, auch aufgrund der anderen Systematik, haben eigene Kammern und KZVen. Zahnärzte sind eben etwas ganz Besonderes in der Ärzteschaft, aber spiegelt sich dies in ihrem Image in der Bevölkerung wider?

Eher nein. Wie denkt die Bevölkerung über Zahnärzte und wie sehen sie sich selbst? Das sind relativ unbekannt Größen. Aber vor allem, welches Image wollen sich Zahnärzte geben? Helfer, Heiler, Tröster, wie es Jörg-Dietrich Hoppe, der verstorbene ehemalige Präsident der

Bundesärztekammer, auf einem Ärztetag formulierte, riecht muffig und altbacken. Die Zahnmedizin ist hochtechnisiert, präventiv ausgerichtet, inzwischen auch in der präventiven Alterszahnmedizin aktiv, also das Gegenteil von altbacken und muffig. Dass Zahnärzte zu den bestverdienenden Medizinern gehören, dürfte als suffizientes Image nur für den Golfklub ausreichen. Sich mit dem eigenen Image auseinanderzusetzen, könnte zudem auch überraschende, neue Erkenntnisse bringen. ■

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

VITA ENAMIC® definiert Belastbarkeit neu.

Die erste Hybridkeramik mit Dual-Netzwerkstruktur, die Kaukräfte optimal absorbiert!



IDS
2013
12.-16.3.2013

Wir freuen uns
auf Ihren Besuch!
Halle 10.1/Stand D10

3411D_IDS



VITA shade, VITA made.

VITA

VITA ENAMIC setzt neue Maßstäbe bei der Belastbarkeit, indem es Festigkeit und Elastizität kombiniert und damit Kaukräfte optimal absorbiert. Praxen und Laboren garantiert VITA ENAMIC höchste Zuverlässigkeit sowie eine wirtschaftliche Verarbeitung.

Und Patienten empfinden VITA ENAMIC als naturidentischen Zahnersatz. VITA ENAMIC eignet sich besonders für Kronenversorgungen im Seitenzahnbereich sowie minimalinvasive Restaurationen. Mehr Informationen unter:

www.vita-enamic.de

 facebook.com/vita.zahnfabrik

Die **En**-Erfolgsformel: Festigkeit + Elastizität = Zuverlässigkeit²

zm-online

Gedanken im Netz

Was erlebt man als deutsche Zahnärztin in Großbritannien? Welche Erfahrungen macht man in den ersten Semestern im Studium? Und wie positionieren sich Zahnärzte und Journalisten zur Gender Dentistry oder zur Freiberuflichkeit? Die Blogger auf zm-online sind Teil der bunten Welt der Zahnmedizin.

1
Studentisches

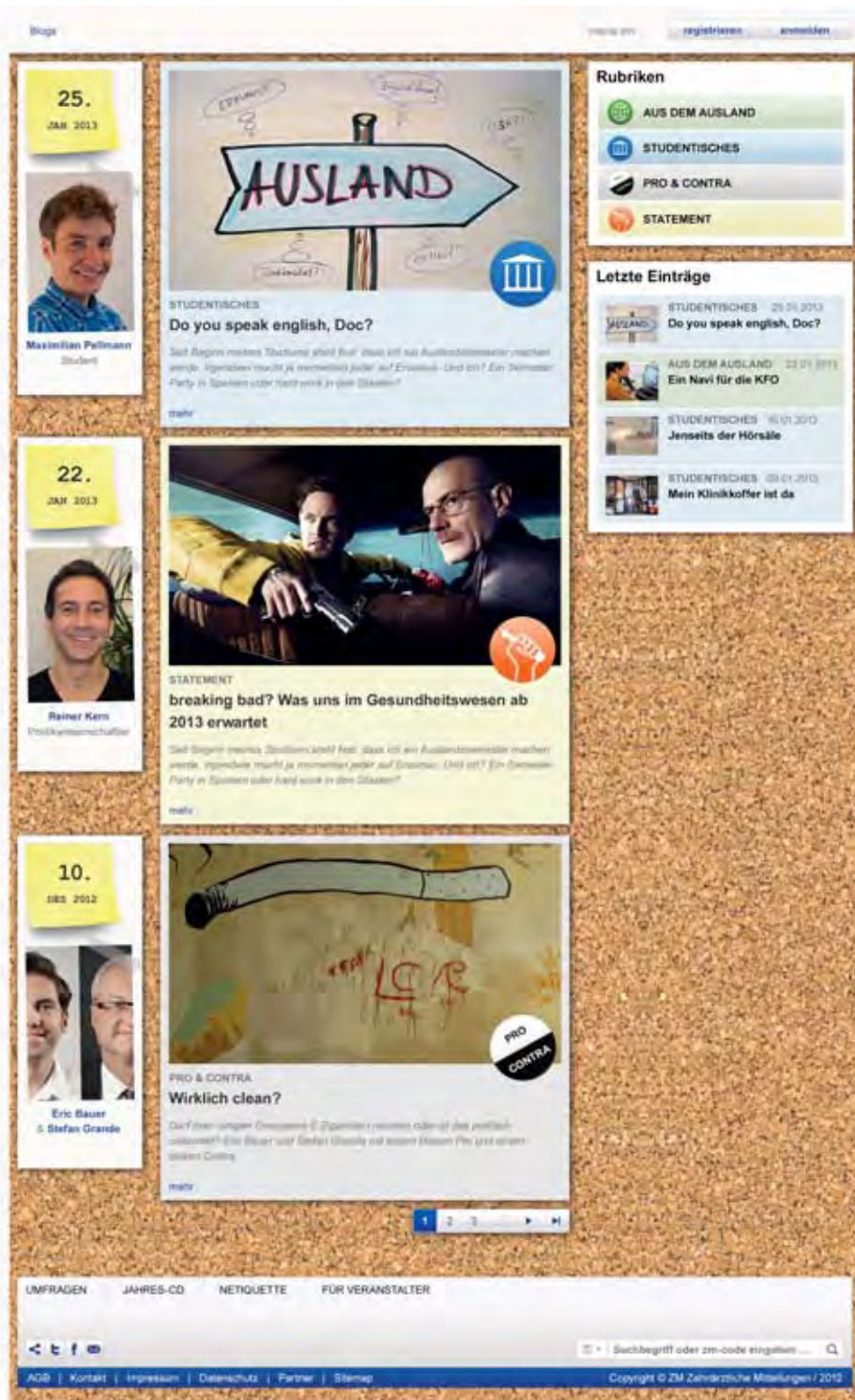
2
Statement

3
Pro & Contra

4
Aus dem Ausland

5
demnächst:
der Blog für
Existenzgründer

6
Kommentieren Sie
auf der Detailseite



Dreve

Intelligent!*



www.stonebite.de

*Erstes Bissregistriert mit HIBC-Code auf jeder Kartusche!

1

In unserem Blog „Studentisches“ berichtet Zahnmedizinstudent Maximilian Pellmann nicht nur darüber, was er jenseits der Hörsäle in Freiburg erlebt. Im Mittelpunkt stehen seine Einträge zur zahnmedizinischen Ausbildung und Lehre. Er schreibt, wie er das erste Mal einen Kofferdam anlegt, wie sich die Kommilitonen im Kurs Klinische Chemie gegenseitig Blut abnehmen und warum das Fach Biochemie im Zahnmedizinstudium seiner Meinung nach zu hoch gehängt wird.

2

Das „Statement“ ist ein Forum für Zahnärzte und Fachleute, die sich zu berufspolitisch relevanten Inhalten äußern. Ob es um die Frage geht, wie gut die Zahnärzteschaft für die Zukunft aufgestellt ist oder ob man sich als Zahnarzt in der Standespolitik engagieren sollte – hier wird Tacheles „geredet“.

3

Auf „Pro & Contra“ gibt sich die zm-Redaktion ein Gesicht. Hier streiten wir über Themen, die auch in der Gesellschaft kontrovers diskutiert werden, zum Beispiel darüber, ob im Fernsehen Live-OPs gesendet werden sollten oder nicht.

4

„Aus dem Ausland“ erzählt die Zahnärztin Sabrina Bruch aus ihrem Berufsalltag. Ferner wie es dazu kam, dass sie nach Großbritannien auswanderte und was den National Health Service vom deutschen Gesundheitssystem unterscheidet.

5

Demnächst werden wir mit einem neuen Blog an den Start gehen: In dem Existenzgründer-Blog werden junge Praxischefs über ihre Erfahrungen während der Praxis-Gründungsphase berichten und Tipps geben, was man beachten und – besser – machen sollte. Von der Frage „Wie findet man heute gutes Personal?“ bis hin zur Bestimmung des eigenen Selbstverständnisses: „Bin ich eher Angestellter oder Chef?“

6

Die Blogs sind natürlich keine Einbahnstraße: Jeder Beitrag ist kommentierbar. Das heißt, sind Sie anderer – oder auch unserer – Meinung, dann schreiben Sie einen Kommentar! ck

INFO

Die Blogosphäre

Das Blog (auch: der Blog), auch Weblog genannt, ist eine Wortkreuzung aus World Wide Web und Log für Logbuch und ein auf einer Website geführtes und damit öffentlich einsehbares Tagebuch, in dem mindestens eine Person, der Web-Logger, kurz Blogger genannt, Geschichten aufzeichnet, Sachverhalte protokolliert oder Gedanken niederschreibt.

Der Blogger steht als Autor über dem Inhalt, häufig sind die Beiträge aus der Ich-Perspektive geschrieben. Erzählt wer-

den persönliche Erlebnisse, aber auch Meinungen finden hier ihren Niederschlag. Das Medium erinnert damit an einen Zettelkasten, in dem Notizen abgelegt, Informationen, Gedanken und Erfahrungen ausgetauscht werden. Insofern ähnelt es einem Internetforum, je nach Inhalt aber auch einer Internet-Zeitung. Die Begriffe „Blog“, „Blogger“ und „bloggen“ haben Eingang in den Sprachgebrauch gefunden und stehen im Duden. Wikipedia ■

KBV-Befragung

Ärzte sagen Ja zum Sicherstellungsauftrag

Ein klares Ja zum Sicherstellungsauftrag, aber ein deutliches Votum für veränderte Rahmenbedingungen – so lautet das Ergebnis der Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von rund 80 000 Ärzten und Psychotherapeuten über das System der ambulanten Versorgung. Für die Vertragsärzteschaft leiten sich daraus klare Botschaften für die Politik im Wahljahr 2013 ab. Eines ist für die Ärzte sicher: Ein „Weiter so“ geht nicht.

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler sprach vor der Presse von einer Umfrage, „die es so in Deutschland noch nicht gegeben hat.“ Zum ersten Mal seien alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die gesetzlich Krankenversicherte behandeln, nach ihrer Meinung zum Sicherstellungsauftrag befragt worden.

Rund 80 000 Ärzte und Psychotherapeuten haben sich an der Befragung beteiligt. Das Ergebnis fiel eindeutig aus: 76 Prozent sprachen sich dafür aus, den Sicherstellungsauftrag in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung zu belassen. Allerdings befürworteten 66 Prozent dies nur, wenn sich die bestehenden Rahmenbedingungen entscheidend ändern. Das Meinungsbild der Mediziner zeigte sich insgesamt geschlossen, weder in den einzelnen Fachgruppen noch in den Regionen gab es nennenswerte Abweichungen in den Antworten.

Das Meinungsforschungsinstitut infas hatte die rund 150 000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland im

Auftrag der KBV gefragt, ob und unter welchen Bedingungen sie die ambulante Versorgung künftig sicherstellen wollen und können. Mehr als die Hälfte beteiligte sich. Die Befragung lief von Ende November 2012 bis Anfang Januar 2013.

Anlass für die Befragung waren für die KBV die zunehmende Bürokratie und die Tatsache, dass sich die Krankenkassen in jüngster Zeit immer mehr in die diagnostische und therapeutische Freiheit des Arztes eingemischt hätten. Die zugespitzten öffentlichen Diskussionen um Fangprämien, IGeL, Korruption oder Wartezeiten stellten weitere Faktoren dar.

Feste Preise und Therapiefreiheit

Ende September hatte die Vertreterversammlung der KBV den Vorstand beauftragt, die Befragung durchzuführen. Die Delegierten hatten Eckpunkte formuliert, die aus Sicht der Ärzteschaft in den nächsten



Foto: image source

fünf Jahren erfüllt werden müssen, um die Sicherstellung weiterhin zu gewährleisten. Dazu gehören die Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit, feste und kostendeckende Preise für alle ärztlichen Leistungen oder die Abschaffung der Regresse für Arzneimittelverschreibungen.

Dass die Eckpunkte auf breite Zustimmung gestoßen seien, so Köhler vor den Pressevertretern in Berlin, belege, dass die Marschrichtung der KBV kein Irrweg sei, man habe „einen Nerv getroffen“ und es zeige sich, dass die Basis ein hohes Interesse an der politischen Arbeit der KBV habe und mitreden wolle.

Am wichtigsten ist laut Umfrageergebnis für die Mediziner die Forderung nach festen

Was denken die Ärzte und Psychotherapeuten zum Sicherstellungsauftrag?

Es gibt keine Alternative. Der Sicherstellungsauftrag kann unverändert beibehalten werden.

10%

Es muss sich etwas verändern. Der Sicherstellungsauftrag kann nur beibehalten werden, wenn die von mir genannten Bedingungen erfüllt werden.

66%

Wir brauchen ein anderes System. Der Sicherstellungsauftrag sollte in Hände außerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung gelegt werden.

6%

Ich habe das abgewogen, aber noch keine abschließende Meinung.

12%

Mir ist der Sicherstellungsauftrag nicht klar, daher kann ich das gar nicht sagen.

6%

Die Zahlen belegen es: Die Mediziner befürworten ganz klar den Sicherstellungsauftrag, aber nur mit veränderten Rahmenbedingungen.

Einschätzung zu den Forderungen der KBV-Vertreterversammlung

	Stimme voll und ganz zu (in %)			Stimme gar nicht zu (in %)	
	5	4	3	2	1
Feste und kostendeckende Preise für ärztliche Leistungen sind eine wichtige Voraussetzung für das Fortbestehen des gegenwärtigen Versorgungssystems.	86	7	2	1	3
Es muss der ärztlichen Selbstverwaltung und nicht den Krankenkassen überlassen bleiben, Form und Inhalt der ärztlichen Fortbildung festzulegen.	85	8	3	1	3
Eine Mengensteuerung ärztlicher Leistungen darf nicht zu einer Absenkung der Einzelvergütung führen.	81	10	3	1	3
Die diagnostische und therapeutische Freiheit bei kassenärztlichen Leistungen sollte allein in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.	69	16	6	2	4
Ambulante Leistungen sollten so weit wie möglich von zugelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten und nicht von stationären Systemen erbracht werden.	68	15	9	2	3
Regress für einzelne Ärzte bei Verschreibungen von Medikamenten oder Heilmitteln sollten ausgeschlossen sein.	57	14	13	5	5

Quelle: KBV

Die Frage an die Mediziner lautete: „Zur Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags und der dafür erforderlichen Rahmenbedingungen hat die KBV-Vertreterversammlung folgende Kernpunkte formuliert. Dazu interessiert uns auch Ihre Einschätzung.“ Die Antworten belegen die volle Unterstützung der KBV-Politik und zeigen insgesamt eine große Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen bei der Versorgung der Patienten.

und kostendeckenden Preisen (siehe Tabelle – Angaben jeweils für „Stimme voll und ganz zu“, Spalten 5 und 4), also nach wirtschaftlicher Sicherheit. Für 93 Prozent ist dies die entscheidende Voraussetzung, um das Versorgungssystem überhaupt aufrechtzuerhalten. Form und Inhalt der ärztlichen Fortbildung sollten in den Händen der Selbstverwaltung bleiben und nicht den Kassen überlassen werden, sagen 93 Prozent. Unverzichtbar ist auch die Diagnose- und Therapiefreiheit (85 Prozent).

Die KBV sieht durch die jetzige Umfrage das Bild bestätigt, das auch schon frühere Befragungen wie etwa der Ärztemonitor zutage gebracht haben. So zeige sich erneut, dass die Mediziner ein hohes Arbeitsethos und Freude an ihrem Beruf hätten. Unzufriedenheit herrsche jedoch über die Rahmenbedingungen. Vor allem beklagten sie, dass sie zu wenig Zeit für ihre Patienten zur Verfügung hätten. Im Vergleich zum Ärztemonitor, bei dem vor etwa einem halben Jahr 11 000 Niedergelassene befragt wor-

den waren, habe sich dieser Punkt noch einmal verschlechtert. Statt 57 Prozent von damals sind es jetzt 67 Prozent (und bei den Ärzten sogar 72 Prozent), die den Patienten gerne mehr Zeit einräumen wollen. Ein weiteres großes Manko sei die fehlende wirtschaftliche Planbarkeit.

Köhler betonte, dass Ärzte und Psychotherapeuten ganz klar zu der Verantwortung stünden, die sie mit ihrem Beruf übernommen haben. Sie wollten diese auch weiterhin wahrnehmen. Allerdings sähen sie unter den herrschenden Bedingungen die große Gefahr, dies nicht weiter tun zu können.

Im Frühling wird die KBV eine Kampagne zur Steigerung der Attraktivität des Arztberufs starten. Köhler: „Dabei geht es nicht einseitig darum, mehr Geld zu fordern. Sondern es geht um die Würdigung, Anerkennung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Es geht darum, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, was es bedeutet, heutzutage in Deutschland Vertragsarzt zu sein.“ pr

Entspannung für Ihre Praxis und sicher in die Zukunft: CGM Dentalsysteme auf der IDS 2013



12. bis 16. März 2013
Halle 11.1
Stand F050/H051

Synchronizing Healthcare



Wir laden Sie ein: Besuchen Sie uns auf der IDS in Köln und erleben Sie, wie CGM Dentalsysteme mit überzeugenden Innovationen auch Ihnen noch mehr Zeit für Ihre Patienten geben. Freuen Sie sich auf interessante Messe-Angebote und entspannende „Extras“.

Wir freuen uns auf Sie!



Dentalinformationssystem



Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV

Plattform für politisches Networking

Gut besucht war der diesjährige Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV in der Parlamentarischen Gesellschaft Berlin: Rund 420 Gäste kamen zum traditionellen Treffen von Politik, Standespolitik, Wissenschaft und Verbänden – Auftakt zu einem auch aus gesundheitspolitischer Sicht spannenden Wahljahr.



Fotos: BZÄK-Axentis.de

Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz (l.) und der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, begrüßten eine Vielzahl von Gästen.

Dr. Peter Engel, Präsident der BZÄK und federführender Gastgeber, nutzte die Gelegenheit zu einer standespolitischen Positionierung. Er sprach sich für den Erhalt des Zwei-Säulen-Systems im Gesundheitswesen und gegen eine Bürgerversicherung aus:

„Wer ein seit Jahrzehnten bewährtes Modell zum Bauernopfer für den kurzfristigen Wahlsieg macht, setzt langfristig unsere zahnmedizinische Versorgung aufs Spiel.“ Dennoch müsse Engel zufolge das Modell reformiert werden: „Wer kein Gesundheits-

system von gestern haben will, der muss jetzt anfangen, erste Reformschritte für ein duales System aus PKV und GKV einzuleiten – vor dem Zusammentreten eines neuen Bundestags, vor langatmigen Koalitionsverhandlungen und für ein zukunfts- und demografiefestes Gesundheitssystem.“

Engel verwies ferner auf die Bedeutung der Freiberuflichkeit als feste Säule des Gesundheitswesens. Es gelte, sie vor staatlicher Reglementierung zu schützen: „Die freie Ausübung unseres Heilberufs ist nicht nur Garant für eine hochwertige und professionelle Versorgung. Sie ist außerdem ein bewährtes System der Qualitätskontrolle und ermöglicht erst eine besondere Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient.“

Grußworte aus der Politik

Auf die positiven Auswirkungen der jüngsten Gesetzgebungsverfahren auf die zahnärztliche Versorgung verwies Johannes Singhammer, MdB und Stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für die Bereiche Gesundheit sowie Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. So sei die starre Budgetierung weggefallen, die Honorarangleichung Ost und West erfolgt und die GOZ ohne Öffnungsklausel in Kraft



Dr. Fedderwitz mit Dr. Harald Deisler, unparteiisches Mitglied des G-BA, Christina Aschenberg-Dugnus, FDP, Dr. Günther E. Buchholz, Stellvertretender Vorsitzender der KZBV, Wolfgang Zöller, CDU und BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich



Austausch und Information – der Empfang lebt von zahlreichen informellen Hintergrundgesprächen und neuen Kontakten



Statements aus Sicht der Politik (v.l.n.r.): Johannes Singhammer, Steffen-Claudio Lemme, Christina Aschenberg-Dugnus, Dr. Martina Bunge und Birgitt Bender

getreten. In der aufsuchenden Versorgung von alten Menschen und Menschen mit Behinderungen seien wichtige gemeinsame Schritte eingeleitet worden. Singhammer betonte die großen Erfolge der Zahnärzte in Sachen Prävention, man wolle versuchen, diesen Weg auch in der Medizin mit Nachdruck umzusetzen.

Behindertenzahnheilkunde. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz und dem Pflege-neuordnungsgesetz sei die Versorgung dieser Patientengruppen nun in neue Bahnen geleitet worden, „ein guter Anfang“, wie sie betonte.

Auf unterschiedliche Standpunkte, aber auch auf gemeinsame Aspekte kam Dr. Martina

gewähren, dass Patienten beim Zahnersatz fair behandelt werden?“, stellte sie in den Raum.

Für diesen Aspekt zeigte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz, ein offenes Ohr: „Wenn es um noch mehr Transparenz und soziale Verantwortung geht, sind die Zahnärzte mit im Boot,“ sagte er. Er unter-



Dr. Wolfgang Eßer, Stellvertretender Vorsitzender der KZBV, mit der BMG-Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz

Steffen-Claudio Lemme, MdB SPD, Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag, ging auf die Agenda Mundgesundheit ein. Daraus hätten sich wichtige Impulse für die gesundheitspolitische Arbeit ergeben. Dazu gehöre die Versorgung Älterer und von Menschen mit Handicap, Präventionsorientierung mit Fokus auf Primärprävention und gesundheitlicher Förderung. Ressourcen müssten zielgruppen- und bedarfsgerecht eingesetzt und soziale Ungleichheiten verringert werden, forderte er.

Auch Christine Aschenberg-Dugnus, MdB und Pflegepolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion, fand Lob für die Zahnärzte und verwies auf das ehrenamtliche Engagement in Sachen Alters- und

Die federführenden Gastgeber (v.l.n.r.): die BZÄK-Vizepräsidenten Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Prof. Dr. Christoph Benz, BZÄK-Präsident Engel und HGF RA Florian Lemor



Fotos: BZÄK-Aventis.de

Bunge, Gesundheitspolitische Sprecherin der Linksfraktion im Bundestag, zu sprechen. Gemeinsamkeiten ergäben sich beispielsweise im Bestreben, Patienten, vor allem Pflegebedürftige, gut zu versorgen. Da, wo sich berufspolitische Interessen und Patienteninteressen verbinden, werde es schwieriger, sagte sie. Wichtig sei, über diese Bereiche miteinander zu reden.

Birgitt Bender, MdB, Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen für Gesundheitspolitik, hob den Bereich Zahnersatz-Versorgung hervor. Vom Festzuschussmodell wolle niemand mehr weg, allerdings biete dieses neben mehr Wahlmöglichkeiten auch mehr Intransparenz. Der derzeitige Status quo löse dieses Problem nicht. „Wie können wir

streich das Selbstverständnis des Berufsstands als Anwälte ihrer Patienten. Und: „Wir sind Weltmeister der Prävention“, betonte er. Aus Sicht der KZBV seien künftig drei Handlungsfelder bedeutsam, die nur mit Unterstützung der Politik umzusetzen seien: ein verstärkter Einsatz für die Prävention bei null- bis dreijährigen Kindern, eine bessere Erreichbarkeit von Kindern aus sozial schwierigen Verhältnissen und Randgruppen sowie ein verbessertes zahnmedizinisches präventives Betreuungskonzept von Menschen in Senioreneinrichtungen und Heimen.

Traditionell klang der Abend aus bei vielen informellen Gesprächen und Diskussionen – eine gute Plattform für politisches Networking in der Hauptstadt. pr

60 Jahre Winterfortbildungskongress im Harz

„Grande Dame“ unter den Fortbildungen

Im leicht verschneiten Braunlage feierten Mitglieder, Freunde und Gäste der Zahnärztekammer Niedersachsen die 60. Auflage des traditionsreichen Winterfortbildungskongresses. In diesem Jahr war er zeitgemäß überschrieben mit dem Titel: „Digitale Medien in der Zahnarztpraxis.“

Der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen, Dr. Michael Sereny, hob auf die erfolgreiche Integration der elektronischen Datenverarbeitung in die Zahnmedizin ab. Sereny: „Ich möchte fast behaupten, dass die Zahnmedizin mit an der Spitze der Entwicklung steht.“ Gleichwohl müssten sich



Foto: zfm

Moritz Freiherr Knigge (oben) sprach als Festredner in Braunlage. Seine Botschaft: „Die Kunst des Umgangs mit Menschen besteht darin, sich und anderen das Erdenleben zu erleichtern.“

digitale Verfahren im Ergebnis als mindestens gleichwertig zu traditionellen Verfahren erweisen – gerade auch im Hinblick auf die entsprechenden Investitionen. Bei der Integration der digital unterstützten Herstellung von Zahnersatz in moderne Behandlungs-

konzepte seien Zahntechniker auf dem richtigen Weg. Eine Fehlentwicklung sei dagegen der Import von billigen Medizinprodukten aus dem Ausland.

„Der tägliche Umgang untereinander ist massivst erfolgsrelevant für ein Unternehmen“, lautete die These des Festredners Moritz Freiherr Knigge, einem Nachfahr des Schriftstellers und Aufklärers Freiherr Adolph Knigge. Die Reibungsverluste, die durch Konflikte entstehen, ließen sich monetär nur sehr schwer fassen. Unterm Strich sind sie laut Knigge aber immens. Der Kommunikationstrainer verwies auf Studien, wonach jeder vierte Angestellte in Deutschland so schlecht motiviert sei, dass er bewusst destruktiv handelt. Demnach koste der schlechte kollegiale Umgang deutsche Unternehmen jährlich 200 Milliarden Euro. Gleichzeitig wünschten sich 90 Prozent der Befragten mehr Höflichkeit.

„Ob Kollegen oder Vorgesetzte, der Umgang mit dem anderen Geschlecht, einer anderen Kultur oder einer anderen Generation: Das Risiko von Konflikten und daraus resultierenden Leistungsverlusten ist allgegenwärtig.“

Moritz Freiherr Knigge

Höflichkeit beinhalte das Selbstverständnis, dass man als Individuum in einem sozialen Raum agiert. Zudem handle ein höflicher Mensch verantwortungsvoll. Er halte sich an konsenterte Regeln und trete für diese ein. Ein höflicher Mensch versuche auch, souverän zu agieren und sich und anderen Menschen Unsicherheiten im gemeinsamen Umgang zuzugestehen. Knigge: „Gehen Sie über Fehlverhalten im kleinen Stil hinweg und seien Sie großzügig. Auch Ihnen wird von Ihrem Umfeld immer wieder verziehen.“ Ganz wichtig in der Kommunikation sei die Empathie. Knigge: „Menschen scheinen immer davon auszugehen, sie selbst machen alles richtig.“ Die Schwierigkeit sei, dass Sprache immer auch „einen Hort von Missverständnissen“ impliziert. Was der Absender sagt und was der Empfänger einer Nachricht versteht, könne diametral auseinandergehen. Sach- und Personenebene würden sich dabei grundsätzlich überlagern und ließen sich nicht trennen. Knigge: „Alles beeinflusst die Art und Weise, wie ich bereit bin, Dinge anzunehmen und wie ich Dinge wieder herausgebe.“ Wichtig sei hier, ein Gefühl für die eigene Verfassung zu entwickeln, um sich selbst besser reflektieren zu können. Menschen auf unhöfliches Verhalten anzusprechen, ist für Knigge eine Form der Zivilcourage.

In den Kursen und Vorträgen wurden neben CAD/CAM-Verfahren weitere digitale Techniken diskutiert. So etwa die digitale Volumentomografie und digitale Systeme zur Navigation der Implantologie, zur Erfassung von Kiefergelenkerkrankungen oder zur Planung von Zahnersatz. Tagungspräsident war erneut Prof. Dr. Thomas Attin (Zürich). sf

INFO

Wo einst alles begann

Der Ursprung der damals einzigen zahnärztlichen Winterfortbildungsveranstaltung beruht auf einer Initiative des Goslarer Zahnarztes Dr. Werner Friese. Er organisierte 1953 die erste Veranstaltung im Wintersportort Hahnenklee im Oberharz. Im Kurhaus frischten seinerzeit 30 Kollegen ihr Fachwissen auf. Ab 1954 übernahm die Zahnärztekammer Niedersachsen die Federführung für den Kongress. ■

Das unverzichtbare Werkzeug. Identium®



Das Präzisionsabformmaterial Identium® von Kettenbach gehört für viele Zahnärzte zu ihren wichtigsten Werkzeugen. Identium® vereint die Vorteile von Polyäther und A-Silikon, bietet außergewöhnliche Hydrophilie, beste Fließfähigkeit, ist geruchs-/geschmacksneutral und lässt sich leicht entformen. Kein Wunder, dass Identium® von zufriedenen Zahnarztkollegen empfohlen wird als unentbehrlicher Bestandteil der modernen Praxis! Weitere Informationen erhalten Sie gerne unter Tel. +49 (0) 2774 70599 oder im Internet unter www.kettenbach.de.

Bitte bleiben Sie gesund

Eric Bauer

Die Gesundheit ist die Profession des (Zahn-)Arztes. Die Patienten vertrauen ihm, dass er sie gesund macht und erhält. Um die eigene Gesundheit der Mediziner ist es jedoch oft nicht gut bestellt. Stress und Dauerbelastung sind an der Tagesordnung, psychische und körperliche Schäden keine Seltenheit. Doch Krankheit bei Ärzten ist meist ein Tabuthema.



Foto: MEV

Ärzte stehen heute in ihrem Beruf mehr denn je unter Druck. Der Umgang mit Krankheit, Schmerz, Leid und manchmal auch Tod ist nicht einfach. Der Arzt trägt in seinem Job eine hohe Verantwortung. Stress und lange Arbeitszeiten gehören zum Alltag. Fehler dürfen nicht vorkommen und können schlimme Konsequenzen haben – Perfektion wird erwartet. Zudem müssen Mediziner mit schwindenden Ressourcen und größeren Verantwortungsbereichen umgehen. Zahnärzte sind dabei ganz eigenen beruflichen Belastungen ausgesetzt. Es gibt Ähnlichkeiten zu Ärzten – aber auch Unterschiede.

Im Jahr 2011 wurden Mediziner in einer Studie des Uniklinikums Heidelberg zu ihrer Stressbelastung im Beruf befragt. An erster Stelle stand die hohe zeitliche Beanspruchung, bedingt durch eine dünne Personaldecke und häufige Dienste, aber auch der eigene Anspruch, erreichbar und präsent zu sein. Von niedergelassenen Medizineren wurden zudem die starken bürokratischen

und finanziellen Lasten beklagt. „Die Stressbelastung ist konstant hoch“, berichtet Dr. Ferdinand Klopfer, Assistenzarzt an einer Berliner Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. „Neben der Patientenversorgung und den Dokumentationsaufgaben sind es auch die langen, stark unterschiedlichen Arbeitszeiten, die belasten.“

Es ist also nicht verwunderlich, dass es seltener Krankheitserreger sind, die die Gesundheit der Mediziner belasten. Vielmehr sind es psychische Probleme, die Ärzten am meisten zu schaffen machen. Doch krank sein, ein Halbgott in Weiß? Darf das überhaupt sein?

Das Problem mit sich selbst

Viele Ärzte wollen sich ihre Gesundheitsprobleme nicht eingestehen aus Angst vor Stigmatisierung oder beruflichen Konsequenzen. Und selbst wenn sie das Problem zugeben, fällt es ihnen schwer, sich in die Rolle des Patienten zu begeben. „In einem

viel zu hohen Prozentsatz behandeln Ärzte sich selbst, oft deutlich unter dem aktuellen Stand“, erklärt der Psychiater Dr. Bernhard Mäulen, Gründer des Instituts für Ärztegesundheit. Das liege an veraltetem Wissen, an der Überdosierung von Medikamenten und weil sie sich selbst nicht objektiv diagnostizieren können.

Viele kranke Ärzte prägen eine lange und zu meist intensive Abwehr, selbst an Grenzen gestoßen oder sogar krank zu sein, berichtet Dr. Friedhelm Stetter gegenüber dem Fachjournal „Ärztliche Praxis“. Er betreute als Oberarzt der Oberbergklinik Extertal viele suchtkranke Mediziner. Kranksein stehe „im Widerspruch zu dem hohen Selbstideal des Arztes. Daher bestehen fast immer Probleme, sich als Patient zu fühlen“, weiß Stetter.

Besonders Klinikärzte sind starken Belastungen ausgesetzt, mehr noch als niedergelassene Ärzte und Zahnärzte. Im Krankenhaus herrscht ein Arbeitsklima, das durch Zeit- und Kostendruck eher rau ist. Persönliche Schwierigkeiten und Schwächen sind nicht

erwünscht. Eigene Gesundheitsprobleme werden deshalb ignoriert oder kleingeredet. „Als Klinikarzt krank zu sein, ist sehr schwierig“, weiß Klopfer. „Einerseits fühlt man sich den Kollegen verpflichtet, die dann die Arbeit mit übernehmen müssen. Andererseits brauchen die eigenen Patienten Hilfe. Und wenn man aus der Krankheit zurückkommt, muss man viel Arbeit nachholen.“ Deshalb seien Krankenschreibungen nur bei schwerwiegenden Problemen üblich, sagt der Psychiater. Laut einer Umfrage der kanadischen Ärztevereinigung CMA gehört zu den größten Stressfaktoren im Job einerseits die Angst, dass die Bitte um Hilfe einen negativen Einfluss auf die Karriere hat und andererseits die Erwartungen sowohl des Arbeitsumfelds als auch der Patienten, alles zu schaffen. Für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte stellt sich zusätzlich das finanzielle Problem bei Krankheit. Nur für behandelte Patienten bekommen sie Geld. Müssen sie ihre Praxis wegen Krankheit schließen, kommt es zu Verdienstauffälligkeiten. Dauerhafter Stress kann zu Fehleinschätzungen, Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung und einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko durch verminderte Aufmerksamkeit führen. Er kann sich in Kopfschmerzen, Magen-Darm-Leiden, Schlafproblemen und emotionalen Ausbrüchen manifestieren. Auch Appetitlosigkeit, schlechte Ernährung, Müdigkeit und ein dauerhaftes Erschöpfungsgefühl sind nicht selten. Kann der Arzt mit dem Stress nicht mehr umgehen, stellen sich fast zwangsläufig psychische Probleme ein.

Der Kopf macht nicht mit

Mediziner erkranken häufiger an Depressionen, Burn-out und Angststörungen als der Durchschnittsbürger. Auch die Suizidrate ist höher. „In meiner Praxis sehe ich am meisten Kollegen mit manifestem Burn-out und Ärzte mit affektiven Störungen, meist mit depressiver Episode“, berichtet Mäulen. Nach Ergebnissen des ÄsQuLAP-Projekts der Ludwig-Maximilians-Universität München,



Die Flasche Wein zum Stressabbau – manche Ärzte greifen zu Alkohol und anderen Suchtmitteln, um kurzfristig Entspannung zu finden.

das die Gesundheit und die Jobbedingungen von Klinikärzten untersuchte, weisen zehn Prozent der Mediziner im Lauf ihres Arbeitslebens mindestens einmal kritische Depressionswerte auf. Eine Studie aus dem Deutschen Ärzteblatt geht von 22 Prozent der Ärzte mit Burn-out-Syndrom aus. Eine US-Studie aus dem Jahr 2004 kommt bei Assistenzärzten der Inneren Medizin sogar auf eine Burn-out-Rate von 76 Prozent. Die Selbstmordrate unter Medizinerinnen ist bis zu 3,4-mal höher als die der Durchschnittsbevölkerung, bei Ärztinnen ist sie sogar bis zu 5,7-fach erhöht.

Mehrere Studien kommen zu dem Schluss, dass auch Zahnärzte überdurchschnittlich oft unter psychischen Problemen leiden. Nach einer Untersuchung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) von 2001 fühlen sich vier von fünf durch die hohen Anforderungen an die Konzentration gestresst, viele fühlen sich nach einem vollen Arbeitstag erschöpft. Zudem beklagt gut ein Drittel zu viel berufliche Verantwortung.

Ein erhöhtes Risiko zeigt auch die Studie „Burn-out-Analyse bei deutschen Zahnärzten“ der Universität Witten/Herdecke. „Zahnärzte leiden unter einem sehr hohen

Stresserleben“, erklärt Dr. Carolin Wissel, Hauptautorin der Studie. „Durch diesen chronischen Stress steigt die Gefahr einer psychischen Erkrankung oder eines Burn-out-Syndroms.“ Bedeutende Stressfaktoren in der Praxis seien eigene Misserfolge, eigener Perfektionismus sowie die zahlreichen Verwaltungstätigkeiten. Ein weiterer Risikofaktor könne die Isolation in der Einzelpraxis sein, durch die der Austausch mit anderen Kollegen häufig fehle.

Nach Erkenntnissen der Untersuchung, die auf einer Freiwilligen-Stichprobe im Internet basiert, leiden 44 Prozent der Zahnärzte an Depressionen. „Depressionen korrelieren mit chronischem Stress, daher die hohe Zahl“, erklärt Wissel und erinnert: „Eine Depression ist geprägt durch psychische Niedergeschlagenheit, sie muss nicht immer medikamentös behandelt werden, auch eine Psychotherapie kann helfen.“ 13

Prozent geben zudem an, schon einmal Suizidgedanken gehabt zu haben. Für die Studienautorin ein alarmierendes Signal: „Wer sich als Mediziner mit Selbstmordgedanken trägt, tut dies nicht leichtfertig.“ Folgen einer Depression oder eines Burn-outs sind emotionale Erschöpfung, Müdigkeit und oftmals eine negative, zynische Einstellung der Arbeit gegenüber. Darunter leiden dann die Arbeitszufriedenheit und letztlich auch die Patienten. „In besonders schweren Fällen muss sogar die Praxis aufgegeben werden“, weiß Wissel.

Die Flucht in den Alkohol

Manche versuchen die Belastung im Job durch legale, teilweise auch illegale Mittel zu kompensieren. Insgesamt zehn bis zwölf Prozent der Ärzte benutzen in ihrer Berufslaufbahn Substanzen missbräuchlich, zeigen verschiedene US-Studien. Die amerikanische Zahnärztervereinigung ADA geht von zehn bis 15 Prozent der Zahnmediziner mit Suchtmittelproblemen aus.

Ohne effektive Bewältigungsstrategien, die helfen, mit dem Dauerstress in ihrem Beruf umzugehen, sind Ärzte und Zahnärzte anfällig für den Missbrauch von Alkohol und



Foto: Vario Images

Krumme, lang anhaltende Positionen bei der Patientenbehandlung bereiten vielen Zahnärzten Rückenschmerzen.

anderen Substanzen, die ihnen im ersten Moment Erleichterung und Trost verschaffen. Das führt oft zu beruflichen Problemen durch Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit, Fehler in der Behandlung, Stimmungsschwankungen. Aber auch das Privatleben leidet. Sie leugnen lange die Schwere ihres Problems. Haben sie es erkannt, holen sie sich oft keine Hilfe aus Angst vor beruflichen Konsequenzen bis zum Jobverlust.

Der amerikanische „Physician Substance Use Survey“ kommt zu dem Schluss, dass Ärzte weniger rauchen und illegale Drogen (zum Beispiel Marihuana oder Kokain) nehmen als die Allgemeinbevölkerung, aber mehr Alkohol trinken und mehr Schmerzmittel wie Opiate und Benzodiazepine verwenden. In den Vereinigten Staaten wurden von der US-Ärztevereinigung AMA bereits 1973 Programme etabliert, die abhängigen Ärzten Hilfe bieten. Laut einer Untersuchung aus dem Jahr 2009, die im „Journal of Substance Abuse and Treatment“ veröffentlicht wurde, hat die Hälfte der Teilnehmer an diesen Programmen eine Alkoholabhängigkeit, gut ein Drittel ist opioidabhängig.

In Deutschland etablierte als erste die Landesärztekammer Hamburg Anfang der 1990er-Jahre ein Programm für abhängige Ärzte. 1999 empfahl dann die Bundesärz-

kammer der Länderkammern, suchtkranken Mediziner Betreuungsmöglichkeiten anzubieten. Heute gibt es in der Bundesrepublik „effektive Hilfsprogramme in vielen Ärztekammern“, weiß Mäulen. „Hier wird das Prinzip ‚Hilfe statt Strafe‘ eingesetzt, das heißt, wenn die Ärztekammer Hinweise auf eine Suchtproblematik bekommt, wird der Kollege zu einem Gespräch gebeten und auf ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen; meist wird auch verlangt, dass der Kollege zumindest eine externe Evaluation annimmt und das Ergebnis an die Kammer weiterleitet.“

Der Arbeitsplatz als Gefahr

Gesundheitsrisiken lauern am Arbeitsplatz in der Praxis oder im Krankenhaus ständig auf Ärzte und Zahnärzte. Das reicht von Nadelstichverletzungen über Krankheitserreger bis zu aggressiven Patienten. Auch die Arbeitszeiten, insbesondere im Krankenhaus, haben einen schlechten Einfluss auf die Gesundheit: Schicht- und Bereitschaftsdienste sowie Überstunden sind Normalität. „Ich komme durchschnittlich auf über 50 Arbeitsstunden pro Woche“, berichtet Klopfer. Müdigkeit und häufige Erkältungen infolge eines geschwächten Immunsys-

tems sind für ihn Begleiter des Berufslebens. Bei Zahnärzten sind vor allem Rückenschmerzen aufgrund von Wirbelsäulenbelastungen eine typische Berufskrankheit. Verkrampfte, verdrehte, krumme und lang anhaltende (sprich: unergonomische) Steh- und Sitzpositionen an der Behandlungseinheit, kombiniert mit hohen Konzentrationsanforderungen, belasten den Rücken. In der IDZ-Studie gaben knapp 38 Prozent der Zahnärzte an, aktuell unter Rückenschmerzen zu leiden. In den vergangenen zwölf Monaten waren es sogar fast 87 Prozent. Je höher die Zahnärzte ihre Stressbelastung einschätzten, desto häufiger hatten sie Rückenprobleme.

Die Ergonomieforschung beschäftigt sich im zahnmedizinischen Bereich schon seit Jahrzehnten mit der richtigen Arbeitshaltung bei der Behandlung. Fehlhaltungen zeigen erst relativ spät Wirkung, sind dann aber umso schwerer behandel- und korrigierbar. Entscheidend für ein rücken schonendes Arbeiten ist neben der richtigen eigenen Haltung des Zahnarztes, die Lagerung des Patienten, die Einstellung des Behandlungsstuhls und die Position des Helfers.

Auch Dermatosen kommen bei Zahnärzten öfter vor, 35 Prozent berichten von Hautproblemen an Händen und Unterarmen. Ausgelöst werden sie durch Latexhandschuhe, Desinfektionsmittel, Kunststoffe und häufiges Händewaschen. Juckreiz, Rötungen, Ekzeme und allergische Hautreaktionen können die Folge sein. Fast 40 Prozent der Zahnärzte vermuten in der IDZ-Studie Handschuhe als Auslöser für Hautprobleme. Desinfektionsmittel führt nach Eigenbeobachtung bei 16, Händewaschen bei zehn Prozent zu Irritationen.

Der Patient leidet mit

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist in der modernen Medizin ein zentraler Punkt. Der Patient will dem Arzt heute auf Augenhöhe begegnen, das hierarchische Behandlungsmodell hat ausgedient, Patientenorientierung wird großgeschrieben. Der Gesundheitszustand des Arztes hat dabei einen entscheidenden Einfluss auf die Versorgungs-

qualität. „Als Arzt habe ich eine Vorbildfunktion und stehe vor der Herausforderung, gesundheitsförderndes Verhalten den Patienten glaubwürdig zu vermitteln“, erklärt Mäulen. „Oft können dies Kollegen, die selbst auf ihre Gesundheit achten, dem Patienten kongruenter und überzeugender erklären.“

In der Heidelberger Studie nannten die befragten Ärzte die positiven Erlebnisse aus der Arzt-Patienten-Beziehung als größte Kraft- und Freudenquelle. Die Glaubwürdigkeit spielt dabei eine wichtige Rolle. Mäulen: „Einem trainierten und schlanken Arzt nehme ich eher ab, dass ich mein Essen einschränken und auch mehr Sport machen soll, als einem übergewichtigen, der zusätzlich vielleicht noch Raucher ist.“

Auch lange Arbeitszeiten können sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken, gerade im Krankenhaus. Einer Untersuchung der AMA zufolge steigt bei einem 24-stündigen Bereitschaftsdienst die Zahl der vermeidbaren medizinischen Fehler um das Siebenfache. Das Risiko, eine schwere medizinische Fehleinschätzung zu begehen, ist um 35 Prozent erhöht. Kürzere Arbeitszeiten dagegen führen laut AMA zu einer besseren Versorgung und einer niedrigeren Sterberate unter Hochrisikopatienten. In Zeiten des Kostendrucks sind verkürzte Arbeitszeiten aber oft eine Utopie.

Das System hilft zu wenig

Der Gesundheitszustand der Ärzte sagt auch etwas über das Gesundheitssystem aus, in dem sie arbeiten, findet Dr. Jane Lemaire, Vizedekanin der Medizinischen Fakultät der

Universität Calgary. „Ein Burn-out beeinträchtigt den Arzt. Beeinträchtigt er also nicht auch dessen Arbeitsleistung? Wenn Mediziner krank sind, hat das ernste Konsequenzen für sie, ihre Arbeit und ihre Beziehungen. Aber es hat auch ernste Konsequenzen für das Gesundheitssystem“, so Lemaire gegenüber dem kanadischen Ärzteblatt CMAJ. Sie fordert deshalb schon seit Jahren, die Gesundheit von Ärzten regelmäßig zu untersuchen und als Indikator in die Qualitätssicherung zu übernehmen.

Europa und speziell Deutschland haben auf dem Gebiet der Ärztesundheit noch Arbeit vor sich. Es gibt keine umfassenden Studien hierzulande, die sich mit dem Thema beschäftigen, sondern nur Untersuchungen zu Teilaspekten. Weder das Robert Koch-Institut noch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin oder die Bundesärztekammer verfügen über belastbare Daten. Mäulen sieht das Hauptproblem der Ärzte im Umgang mit ihrer Gesundheit in der Ausbildung: „Zu lange haben wir uns im Studium fast ausschließlich auf den Patienten beziehungsweise die Krankheit konzentriert. Die Wichtigkeit einer eigenen Balance der Eigenfürsorge blieb sowohl unter den Bedingungen des Studiums als auch der nachuniversitären Sozialisation zurück.“ Allerdings gebe es Fortschritte, das Thema Ärztesundheit sei immerhin immer wieder Gegenstand von Fortbildungen, Umfragen und Fachartikeln. Mit dem sogenannten „Arztfaktor“ und dessen Einfluss auf die Qualität der Versorgung beschäftigt sich die Bundesärztekammer in einem Forschungsprojekt. In der Zahnmedizin hat der Arztfaktor unter dem Stichwort

können auf eine Suchtkrankheit hindeuten.

■ Eine verminderte Leistungsfähigkeit, vermehrte Müdigkeit und Verschlossenheit können Hinweise für eine Depression oder ein Burn-out-Syndrom sein.

■ Eine schlechte Arbeitsmoral, verspätete Dokumentationen und eine niedrige Patientenorientierung können Anzeichen für eine Persönlichkeitsstörung sein.

INFO

Wie man Probleme erkennen kann

Dr. Bernhard Mäulen hat eine Systematik entwickelt, mit der sich psychische Probleme bei Ärzten erkennen lassen (veröffentlicht im Sammelband „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“, 2010):

■ Häufige Fehlzeiten, wiederholtes kurzfristiges Verschwinden vom Arbeitsplatz und starke Stimmungsschwankungen



Das Systemhaus für die Medizin

IDS
2013

Besuchen Sie uns auf der IDS.
Halle: 10.1 / Stand: H51
Wir freuen uns auf Sie!

DEXIS® Platinum

Wählen Sie
das Original!



DEXIS PLATINUM

Hochleistungs-CMOS-Technologie
Damit nur Ihr Lächeln strahlt.

Die DEXIS® PureImage™ Technologie:

Faszinierende Bildqualität

mit hoher Auflösung

dank besonders rauscharmer

Hochleistungs-CMOS-Technologie!

ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH

Walther-Rathenau-Str. 4 • D-06116 Halle/Saale

Telefon: +49 (0)345/298 419-30

Fax: +49 (0)345/298 419-60

info@ic-med.de • www.ic-med.de



Foto: JPC-PROD – Fotolia.com

Vielen Ärzten fällt es schwer, sich anderen zu öffnen. Dabei können Kollegen bei der Bekämpfung von Problemen eine große Hilfe sein.

Ergonomieforschung eine lange Tradition. In Kanada und in den USA wird noch viel mehr in Sachen „Physician Health“ unternommen, um die Gesundheit der Ärzte zu erhalten und im Fall des Falles wieder herzustellen. Die kanadische Ärztekammer investierte zusammen mit den Provinzärztekammern (vergleichbar mit den deutschen Landesärztekammern) in den vergangenen Jahren mehrere Millionen Euro, um die Gesundheit ihrer Mitglieder zu verbessern. Zur Präventionsarbeit wurde ein eigenes Institut gegründet, das Canadian Physician Health Institute. Es bietet eine Reihe von Dienstleistungen wie die Gesundheitsförderung an und vermittelt medizinische Versorgung und Betreuung von Ärzten.

In den USA stellt das Dentist Peer Assistance Program (DPAP) landesweit Hilfsprogramme speziell für Zahnärzte bereit. Sie umfassen neben allgemeinen Informationsangeboten auch Drogentests, Rechtsberatung und psychologische Unterstützung.

Der Wunsch nach einem gesunden Leben

Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte haben andere Erholungsmöglichkeiten und -bedarf als Klinikärzte. Wo bei einem Onkologen im Krankenhaus die Ablenkung von Leid und

Tod im Vordergrund steht, muss sich der niedergelassene Zahnarzt eventuell mehr um seinen belasteten Rücken kümmern. Allen gemeinsam ist aber der Wunsch nach einem gesunden Leben. Wie kann es der Mediziner schaffen, ohne größere Schäden

INFO

Work-Life-Balance bei Zahnärzten

Die BZÄK beschäftigt sich in einem Memorandum mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Zahnärzten. Dort heißt es: „Da die zahnärztliche Berufsausübung zahlenmäßig ganz überwiegend und unverändert in selbstständiger Praxisniederlassung erfolgt, sind Unterstützungsangebote für eine familienfreundliche Niederlassung mit flexiblen Berufsausübungsformen für junge Zahnarztfamilien zweifellos prioritär.“

Über die Landes Zahnärztekammern können Interessierte Informationen zur Niederlassungsberatung, zu Wiedereingliederungsseminaren, zu flexiblen Teilzeitmodellen, zu familienfreundlichen Notdienstplänen, zu Fortbildungsangeboten zum Thema und (vor allem für Zahnärztinnen) zu genderspezifischen Netzwerken erhalten. ■

seinen Beruf auszuüben? Ein paar Grundregeln, um die eigene Gesundheit zu erhalten, sind so einfach wie banal und jedem Arzt und Zahnarzt bekannt: gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, wenig Alkohol, nicht rauchen. Das sollte einzuhalten sein. Komplizierter wird es dagegen bei der von Experten angepriesenen Work-Life-Balance. Neben dem Beruf ein erfülltes Privatleben zu führen, gestaltet sich bei Wochenarbeitszeiten von 50 oder 60 Stunden plus teilweise Not- und Schichtdiensten schwierig. Doch gerade die sogenannte Generation Y, also die nach 1980 Geborenen, definieren sich nicht mehr nur über ihre Arbeit, sondern wollen auch ausreichend Zeit mit Partner, Familie und Freunden verbringen. Hier gilt es, verstärkt Arbeitszeitmodelle anzubieten, damit Berufs- und Privatleben sich ergänzen und nicht das eine das andere auffrisst.

In der IDZ-Untersuchung wurden die Zahnärzte nach ihren Bewältigungsstrategien mit Arbeitsbelastung gefragt, die mit Abstand häufigsten Nennungen bekam „ausreichend Freizeit“ – nach der sie sich auch oft gut erholt fühlten. In der Heidelberger Studie nannten die Mediziner Freizeitaktivitäten (79 Prozent), Kollegialität bewusst suchen und pflegen (53 Prozent) und Investition in und Zuwendung durch Familie/Freundschaften (47 Prozent) am häufigsten. Zudem wurden Mediziner, die sich wegen Burn-out, Depressionen oder Substanzabhängigkeiten in stationärer Behandlung befanden, nach ihren Empfehlungen für andere Ärzte befragt. Sie sollten private Interessen aufrechterhalten und pflegen, wurde geraten. Zudem sollten die eigenen Grenzen wahrgenommen und geschützt, der kollegiale Austausch gesucht und gepflegt sowie bei Bedarf Hilfe gesucht und auch angenommen werden.

Die Arbeitsbelastung unter Ärzten und Zahnärzten in Deutschland führt dazu, dass die Lebensqualität und -zufriedenheit leidet und oft genug zu gesundheitlichen Problemen führt. Dem muss vom Gesundheitssystem, aber auch von den Ärzten selbst stärker als bisher Rechnung getragen werden. Denn nur ein zufriedener, gesunder Arzt kann auch ein guter Arzt sein. ■

Ligosan® Slow Release Der Taschen-Minimierer



Ligosan®

Besuchen Sie uns auf der IDS!

**IDS
2013**

12. – 16.03.2013,
Stand-Nr.: A-010 – C-019,
Halle 10.1

Das Lokalantibiotikum für die Parodontitis-Therapie von heute

- **Für Ihren Behandlungserfolg:** Ligosan Slow Release sorgt für eine signifikant bessere Reduktion der Taschentiefe als SRP allein.
- **Für Ihre Sicherheit:** Dank des patentierten Gels dringt der bewährte Wirkstoff Doxycyclin selbst in tiefe, schwer erreichbare Parodontaltaschen vor.
- **Für Ihren Komfort:** Das Gel ist einfach zu applizieren. Am Wirkort wird Doxycyclin kontinuierlich in ausreichend hoher lokaler Konzentration über mindestens 12 Tage freigesetzt.

Heraeus Dental. Mundgesundheit in besten Händen.

heraeus-dental.com

Ligosan Slow Release, 4% (w/w), Gel zur periodontalen Anwendung in Zahnfleischtaschen (subgingival), Wirkstoff: Doxycyclin • **Zusammensetzung:** 1 Zylinderkartusche zur einmaligen Anwendung enthält 260 mg Ligosan Slow Release. Wirkstoff: 1 g Ligosan Slow Release enthält 140,0 mg Doxycyclin entsprechend 161,5 mg Doxycyclinhyclat. Sonstige Bestandteile: Polyglykolid, Polyethylenglykol-DL-lactid/glykolid-Kopolymer (hochviskos), Polyethylenglykol-DL-lactid/glykolid-Kopolymer (niedrigviskos) • **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der chronischen und aggressiven Parodontitis bei Erwachsenen mit einer Taschentiefe von ≥ 5 mm als Unterstützung der konventionellen nicht-chirurgischen Parodontitis-Therapie. • **Gegenanzeigen:** Bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Doxycyclin, anderen Tetracyclin-Antibiotika oder einem der sonstigen Bestandteile von Ligosan Slow Release; bei Patienten, die systemische Antibiotika vor oder während der Parodontalthherapie erhalten; während der Odontogenese (während der Frühkindheit und während der Kindheit bis zum Alter von 12 Jahren); während der Schwangerschaft; bei Patienten mit erhöhtem Risiko einer akuten Porphyrie; bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. • **Nebenwirkungen:** Nach Behandlung mit Ligosan Slow Release waren Häufigkeit und Ausprägung von Nebenwirkungen vergleichbar den Nebenwirkungen nach konventioneller Parodontitisbehandlung. Gelegentlich auftretende Nebenwirkungen sind: Schwellung der Gingiva (Parodontalabszess), „kaugummiartiger“ Geschmack bei Austritt von Gel aus der Zahnfleischtasche. Da die Anwendung von Ligosan Slow Release nachweislich nur zu sehr geringen Doxycyclin-Plasmakonzentrationen führt, ist das Auftreten systemischer Nebenwirkungen sehr unwahrscheinlich. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: Überempfindlichkeitsreaktionen, Urticaria, angioneurotisches Ödem, Anaphylaxie, anaphylaktische Purpura. Innerhalb der Gruppe der Tetracyclin-Antibiotika besteht eine komplette Kreuzallergie. Bei Verabreichung von Doxycyclin an Kinder während der Zahnentwicklung ist in seltenen Fällen eine irreversible Zahnverfärbung und Zahnschmelzschädigung beobachtet worden. • Verschreibungspflichtig. • **Pharmazeutischer Unternehmer:** Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450 Hanau • Stand der Information 02/2010

Der besondere Fall

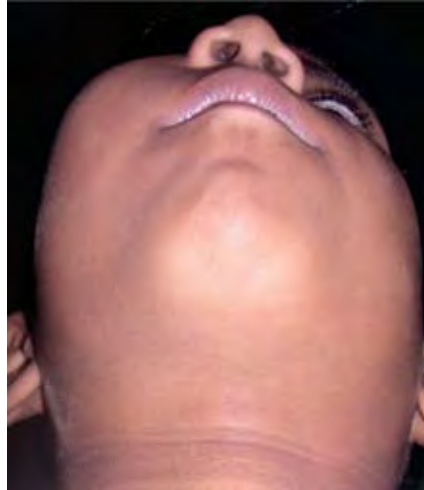
Aneurysmatische Knochenzyste

Vinay V. Kumar, Peer Kämmerer, Christian Walter



Kliniker präsentieren Fälle mit hohem diagnostischem Schwierigkeitsgrad.

Alle Fotos: Kumar et al



Abbildungen 1 und 2: deutlich erkennbare Schwellung im Bereich des rechten Oberkiefers

Ein zwölfjähriger Patient stellte sich mit einer seit sechs Monaten bestehenden, progredienten Schwellung der Wange rechts in einer mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Abteilung in Indien vor, in der er auch behandelt wurde (Abbildungen 1 und 2). Der Patient klagte über dumpfe Schmerzen, eine Verlegung des rechten Nasenloches und eine Lockerung der Zähne im ersten Quadranten.

In der klinischen Untersuchung zeigte sich eine etwa 5 cm x 5 cm messende Raumforderung, die neben der Verlegung der rechten Nasenhaupthöhle auch den Orbitaboden angehoben hatte. Doppelbildsehen hatte es nicht induziert. Intraoral imponierte eine Schwellung im Bereich des Gaumens, die zum einen über die Mittellinie hinausschritt und zum anderen sich über den Alveolarkamm nach vestibulär ausbreitete (Abbildung 3).

In der Computertomografie (Abbildung 4) war eine mit Weichgewebe und Flüssigkeit gefüllte Raumforderung im Bereich der rechten Kieferhöhle zu erkennen, die diese komplett ausfüllte. Nach medial war die knöchernen Begrenzung der Kieferhöhle partiell aufgelöst und die Raumforderung hatte Kontakt zum Nasenseptum. Nach lateral war

die Kieferhöhlenwandung durch den Befund verdrängt, nach kaudal war der Alveolarkamm mit affiziert und nach cranial, wie klinisch vermutet, der Orbitaboden angehoben.

Nach Punktion ließ sich blutige Flüssigkeit aspirieren. Eine Probebiopsie ergab eine hämorrhagische fibrovaskuläre Zystenwand mit Trabekeln reaktiven Osteoids mit reichlich hämosiderin beladenen Makrophagen und multinukleären Riesenzellen, entsprechend den Merkmalen einer aneurysmatischen Knochenzyste (Abbildung 5).

Therapeutisch wurde aufgrund der Größe eine Hemimaxillektomie durchgeführt und der entstandene Defekt (Abbildung 6) primär mit einem mikrovaskulärem Beckenkammtransplantat (Abbildung 7) versorgt. Der kleine Patient ist seit einem Jahr im Recall, ohne dass erneut Beschwerden aufgetreten seien. Einen Anhalt für ein Rezidiv gibt es nicht (Abbildung 8).

Diskussion

Die aneurysmatische Knochenzyste gehört zu den sogenannten Pseudozysten, das heißt zu den Zysten, die keine epitheliale Auskleidung besitzen. Nach der WHO wird die aneurysmatische Knochenzyste definiert als

expansiv wachsende, osteolytische, häufig multilokuläre, blutgefüllte Läsion, die durch lockeres Bindegewebe septiert wird. Histologisch fällt neben zahlreiche Riesenzellen des Osteoklastentyps reaktiv neu gebildeter Faserknochen auf [Barnes L; Eveson JW; Reichart P; Sidransky D, 2005]. Die aneurysmatische Knochenzyste hat insgesamt eine Inzidenz von 0,14 auf eine Million [Leithner A; Windhager R; Lang S; Haas OA; Kainberger F; Kotz R, 1999], aber nur ein bis drei Prozent der Fälle liegen im Bereich der Kiefer, wobei der Unterkiefer deutlich häufiger betroffen ist als der Oberkiefer und hier wiederum die posterioren Areale [Barnes L; Eveson JW; Reichart P; Sidransky D, 2005]. Die meisten aneurysmatischen Knochenzysten werden in der zweiten Lebensdekade diagnostiziert, ein Auftreten der Erkrankung nach dem 30. Lebensjahr ist selten [Reichart P, Philipsen HP, 2004]. Eine Geschlechtsbevorzugung scheint nicht vorzuliegen.



Abbildung 3: intraoraler Befund mit Schwellung im Bereich des Gaumens rechts

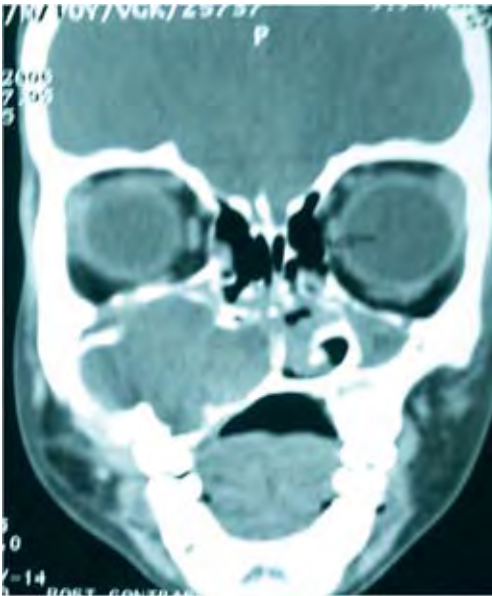


Abbildung 4: koronare Computertomografie im Weichteilfenster mit ausgeprägter Raumforderung im Bereich der rechten Kieferhöhle; nebenbefundliche Verschattung der linken Kieferhöhle in diesem Bildausschnitt

Die genaue Ätiologie der aneurysmatischen Knochenzyste ist bis jetzt nicht bekannt. Diskutiert werden eine primäre als auch eine sekundäre Entstehung, das heißt eine Entwicklung aus vorbestehenden Veränderungen des Knochens, wie zum Beispiel einer fibrösen Dysplasie. Genetische Veränderungen an Chromosom 17 wurden bis jetzt nur in den Fällen beschrieben, in denen sich die aneurysmatischen Knochenzysten nicht aus vorbestehenden Veränderungen entwickelt haben, so dass zwei verschiedene Varianten, eine neoplastische und eine nicht neoplastische bestehen könnten [Freyschmidt J; Ostertag H; Jundt G, 2010].

Klinisch liegt meist eine symptomlose Schwellung vor. Weitere Symptome können sein eine Malokklusion, Zahnverschiebungen und -lockerun-

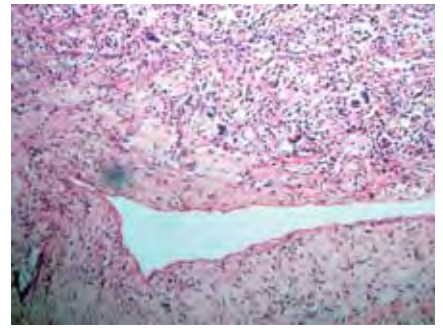


Abbildung 5: histologische Aufbereitung (HE) mit Darstellung einzelner Riesenzellen

gen, ohne dass diese ihre Vitalität verlieren. Wurzelresorptionen können vorkommen. Im Fall des Vorliegens im Oberkiefer können ein Exophthalmus und Doppelbildsehen hinzukommen. Obstruktion des Nasenhauptganges und Epistaxis sind selten [Barnes L; Eveson JW; Reichart P; Sidransky D, 2005]. Radiologisch liegt eine uni- oder häufiger multilokuläre Läsion vor, die seifenblasen-



BIB-EZETM for Boobeze

Machen auch Sie mit und unterstützen Sie mit Ihrer Serviettenkette den Kampf gegen Brustkrebs!

Direkt noch heute anmelden:

www.bibezeforboobeze.de



Abbildung 6: intraoperativer Situs nach Entfernung der Raumforderung



Abbildung 7: Rekonstruktion mit einem mikrovaskulären Beckenkammtransplantat

artig imponiert. Die meist radioluzente Läsion kann in zehn Prozent der Fälle auch ein gemischt radioluzent-radioopakes Muster annehmen [Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, 2005]. Die Grenzen sind meist scharf umschrieben und können zu massiven Auftreibungen des Knochens führen, so dass die periphere Begrenzung besonders in der dreidimensionalen Diagnostik nur noch eine extrem dünne Neokortikalis aufweist.

Therapeutisch wird in der Regel eine sorgfältige Kürettage beschrieben, auch Embolisationen wurden erfolgreich durchgeführt [Kumar VV, Malik NA, Kumar DB, 2009]. Rezidivraten werden durch dieses Vorgehen im Bereich von unter 20 Prozent angegeben, wobei die meisten Rezidive innerhalb des ersten Jahres auftreten, woraus sich die Notwendigkeit einer sorgfältigen Nachkontrolle erklärt [Freyschmidt], Ostertag H, Jundt G, 2010; Reichart P, Philipsen HP, 2004]. In ausgedehnten Fällen werden auch Resektionen durchgeführt mit meist primärer Rekonstruktion.

Die Diagnose kann nur histologisch gestellt werden. Typische Differenzialdiagnosen sind das zentrale Riesenzellgranulom, aber auch maligne Tumore, wie das maligne fibröse Histiozytom oder ein matrixarmes Osteosarkom.

Unter Betrachtung des klinischen und des radiologischen Befunds gelingt in der Regel die richtige Diagnosestellung, wie auch in diesem Fall.

Dr. Vinay V. Kumar
M.R. Ambedkar Dental College and Hospital, Bangalore, Indien und
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

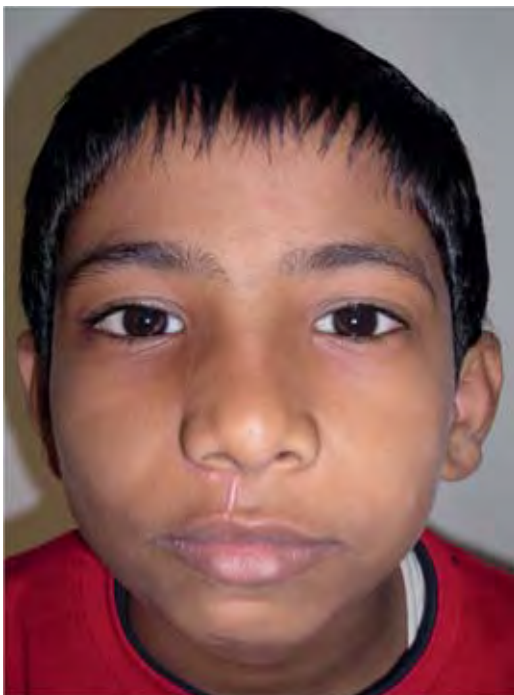


Abbildung 8: Zustand nach der operativen Therapie

Tipps für die Praxis

- Die aneurysmatische Knochenzyste stellt sich als osteolytische Läsion dar, aus der sich bei Eröffnung meistens Blut entleert.
- Typisches Manifestationsalter für die aneurysmatische Knochenzyste ist die zweite Lebensdekade.
- Zur Abgrenzung gegenüber anderen Erkrankungen bedarf es der histologischen Sicherung der Diagnose.

Dr. Dr. Peer W. Kämmerer
Visiting Assistant Professor, Harvard Medical School, Boston, USA und
M.R. Ambedkar Dental College and Hospital, Bangalore, Indien und
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
peer.kammerer@unimedizin-mainz.de

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



MEHR ZUM THEMA CME auf zm-online

Hier finden Sie den Direktlink zur CME auf zm-online.de. Scannen Sie einfach den QR-Code mit einer Smartphone-App oder geben Sie auf der Website oben rechts den zm-Code 00064 in die Suchmaske ein.



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

Das starke Duo für gesundes Zahnfleisch

Therapie

- senkt nachweislich die intraorale Keimzahl und hemmt somit Zahnfleischentzündungen²
- mit dem Goldstandard-Wirkstoff Chlorhexidin 0,2%



Prophylaxe

- 70% spezielle Inhaltsstoffe (Natriumbicarbonat, Pflanzenextrakte)
- ohne anionische Tenside (z. B. SLS) – ideal geeignet zur Pflege während und nach einer Chlorhexidin-Anwendung

¹ GfK, GSK HCP Tracking, März 2012

² Klinische 4-Tages-Plaque-Aufwuchs-Studie an der Universität Würzburg durch die Gruppe von Prof. Dr. Ulrich Schlegelhauf (Veihelmann S, Mangold S, Beck P, Lemkamp V, Schmid F-G, Schlegelhauf U. Hemmung des Plaquewiederbewuchses auf Zähnen durch die Chlorhexamed® alkoholfrei Mundspüllösung (nunmehr Chlorhexamed® Forte alkoholfrei 0,2%). Parodontologie 2008; 19 (3): 326).

Chlorhexamed® FORTE alkoholfrei 0,2%. Wirkstoff: Chlorhexidinbis(D-gluconat). **Zusammensetzung:** 100ml Lösung enthalten 0,2g Chlorhexidinbis(D-gluconat) sowie Pfefferminzaroma, Macroglycerolhydroxystearat (Ph. Eur.), Glycerol, Sorbitol-Lösung 70% (nicht kristallisierend) (Ph. Eur.), gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Chlorhexamed® FORTE alkoholfrei 0,2% wird angewendet zur vorübergehenden unterstützenden Behandlung bei Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) und nach parodontalchirurgischen Eingriffen. **Gegenanzeigen:** Chlorhexamed® FORTE alkoholfrei 0,2% darf bei schlecht durchblutetem Gewebe und Patienten mit Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber Chlorhexidinbis(D-gluconat) oder einem der sonstigen Bestandteile des Präparates nicht angewendet werden. Bei erosiv-desquamativen Veränderungen der Mundschleimhaut, bei Wunden und Ulzerationen sollte Chlorhexamed® FORTE alkoholfrei 0,2% nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Chlorhexidin auf. In Einzelfällen wurden auch schwerwiegende allergische Reaktionen bis hin zur Anaphylaxie nach lokaler Anwendung von Chlorhexidin beschrieben. In Einzelfällen treten reversible desquamative Veränderungen der Mukosa (bestimmte Mundschleimhautveränderungen) und eine reversible Parotis-(Ohrspeicheldrüsen-) Schwellung auf. Bei Beginn der Behandlung kann ein brennendes Gefühl auf der Zunge auftreten. Es können eine Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens und ein Taubheitsgefühl der Zunge auftreten. Diese Erscheinungen verbessern sich üblicherweise im Laufe der Anwendung von Chlorhexamed® FORTE alkoholfrei 0,2%. Verfärbungen der Zahnhartgewebe, von Restaurationen (dies sind u. a. Füllungen) und der Zungenpapillen (Resultat ist die so genannte Haarzunge) können auftreten. Diese Erscheinungen sind ebenfalls reversibel, und zum Teil kann ihnen durch sachgemäße Anwendung entsprechend der Dosierungsanleitung sowie einem reduzierten Konsum von Tee, Kaffee oder Rotwein vorgebeugt werden. Bei Vollprothesen empfiehlt sich ein Spezialreiniger.

Gerüst-Zirkon versus Vollzirkon

Neue Werkstoffe und Verfahren für die CAD/CAM-Restauration

Computergestützte Restaurationsverfahren gewinnen immer mehr an Bedeutung. Damit verbunden ist eine Standardisierung der Arbeitsabläufe. Das heißt, die Qualität des Datensatzes in der Praxis und das laborseitige Herstellungsergebnis sind in allen Phasen reproduzierbar. Daneben entstanden neue Werkstoffe mit dem Ziel, die CAD/CAM-Fertigung zu vereinfachen und die klinische Performance an unterschiedliche Situationen anzupassen.

Neben den bewährten Silikat- und Oxidkeramiken für die konservierende und prothetische Restauration positioniert sich neuerdings die Hybridkeramik (Vita Enamic) mit einer dualen Keramik-Polymerstruktur. Der Keramikanteil besteht zu 86 Prozent aus einem gitterähnlichen, dreidimensionalen Keramiknetzwerk aus Feldspatkeramik. In die offene Keramikstruktur werden werkseitig 14 Prozent Polymere unter Druck infundiert und thermisch gehärtet, wobei sie mit der Keramik einen adhäsiven, interpenetrierenden Verbund bilden. Mit einem Elastizitätsmodul von 30 Giga-Pascal (GPa) besitzt das Material jene Elastizität, die zwischen Schmelz und Dentin angesiedelt ist. Die Biegebruchfestigkeit des Hybridwerkstoffs liegt bei 144 MegaPascal (MPa). Deshalb kann die „elastische Keramik“ hohe Kaukräfte kompensieren, ohne Frakturen auszulösen (Abbildungen 1 und 2).

Auf der 20. Jahrestagung der DGCZ (Deutsche Gesellschaft für Computergestützte Zahnheilkunde) stellte Prof. Werner Mörmann, Zürich, hierzu Ergebnisse aus Abrasionstests vor. Die Hybridkeramik wies nach 1,2 Millionen Kausimulations-Zyklen einen „physiologischen“ Substanzverlust auf der Restauration (46 µm) sowie eine geringe Attritionswirkung auf dem Zahnschmelz des Antagonisten (27 µm) auf. Bei „Two-Body Wear“-Kausimulationen wurden auf Proben aus exzidiertem Molaren-Zahnschmelz 42 µm und auf dem Zahnschmelz des Antagonisten-Höckers 54 µm als Abtrag festgestellt. Bei Hybridkeramik- und Nanokomposit-Proben betrug die Attrition 48 µm und



Abbildung 1: Ausgangssituation für Bisserrhöhung und Schließen eines Diastemas mit Hybridkeramik (Vita Enamic)



Abbildung 2: Minimalinvasive Voll-Veneers regio 13 bis 23 nach der Eingliederung

auf dem Antagonistenschmelz 25 bis 30 µm (Vita Enamic, Lava Ultimate). Aufgrund der höheren Härte zeigen Silikatkeramiken im Kaukontakt geringere Abrasionswerte (Feldspat 24 µm, Lithiumdisilikat 33 µm). Dafür ist der Abtrag auf dem Antagonisten-Höcker höher (Feldspat 38 µm, Lithiumdisilikat 62 µm). Kausimulationen in Zürich zeigten auch, dass Proben aus semitransparentem, hochglanzpoliertem Zirkoniumdioxid (ZrO₂) keine Abrasion auf der Restaurationsoberfläche sowie einen nur geringen Abtrag am Antagonisten erfuhren (25 µm).

Das subtraktiv schleifbare, keramikdotierte Nanokomposit (Paradigm, 3M Espe) wurde von Prof. Dennis J. Fasbinder, Universität von Michigan, Ann Arbor/USA, untersucht.

Dieses Produkt enthält neben Silikatfüller (Korngröße 20 NanoMeter, nm) auch Zirkonoxid-Feinstpartikel (4 bis 11 nm) in einer Polymermatrix. Nanokomposit (vom Hersteller auch „Nano-Keramik“ genannt) ist nicht HF-ätzbar, Retentionsflächen müssen sandgestrahlt und adhäsiv befestigt werden. In-vitro-Ergebnisse bei Belastung bis zum Bruch belegen, dass der Bruch bei Nanokeramik im Vergleich zu Silikatkeramik zeitverzögert eintritt. Eine zehnjährige In-vivo-Studie, die auch Feldspat-Inlays enthielt (Vita Mark II), zeigte keine Unterschiede in der klinischen Performance. Postoperative Sensibilisierungen wurden nicht beobachtet. Als Indikationen für Nanokeramik (Abbildungen 3 bis 5) empfehlen sich laut Fasbinder Inlays, Onlays, Endo-Inlays und Endo-Kronen mit zirkulärer Hohlkehlfassung der Restzahnschubstanz (circumferential ferrule design). Adhäsiv befestigte Lava-Ultimate-Nanokeramik-Inlays und -Kronen wurden mit Silikatkeramik-Restaurationen (Empress CAD) verglichen. Beide Systeme waren nach einem Jahr Beobachtung klinisch unauffällig. Bei In-vitro-Ver-suchen zeigte sich, dass Lava Ultimate

unter hoher Belastung mehr Stress ohne Fraktur absorbieren kann als Silikat- und Lithiumdisilikatkeramik. Dies qualifiziert die Nanokeramik laut Fasbinder auch für implantatgetragene Kronen.

Licht ins Dunkel der Verblendfrakturen

Für Kronen und Brücken, besonders im kaulasttragenden Seitenzahngebiet, hat sich ZrO₂ als Gerüstkeramik bewährt. Mehrgliedrige Brücken wiesen nach zehnjähriger Beobachtung kaum Gerüstfrakturen auf. Dadurch hat sich ZrO₂ zu einem akzeptierten Werkstoff für festsitzenden Zahnersatz entwickelt. Entscheidend für die Werkstoff-

Fotos: Kurbad



Abbildung 3: Ausgangssituation – insuffiziente Glaskeramik-Teilkrone an Zahn 36, Fraktur distal



Abbildung 4: Präparation für eine Teilkrone aus Nanokomposit



Abbildung 5: Monolithisch ausgeschliffene Krone aus Lava Ultimate (nur poliert), befestigt mit Scotchbond Universal und RelyX Ultimate

Fotos 3 bis 5: Reich/3M Espe

qualität ist, dass die in der ZrO_2 -Keramik verwendeten Stoffe einen hohen Reinheitsgrad bei homogener Kornverteilung (Abbildungen 6 und 7) aufweisen, die Blocks mehrdimensional verpresst sind und auf den vorgesehenen CAD/CAM-Systemen verarbeitet werden [Rosentritt et al., 2012], da Parameter wie Vorschub, Drehgeschwindigkeit und Sinterschrumpfung von jeder Maschine anders umgesetzt werden. Deshalb ist für Beschaffung und Verarbeitung das Prinzip „im System bleiben“ eine sichere Voraussetzung für eine kontinuierliche Fertigungsqualität.

In klinischen Studien fällt auf, dass die manuell geschichteten Verblendungen auf den ZrO_2 -Gerüsten teilweise zu Abplatzungen

neigen, zumindest eingetreten in der Frühphase des klinischen Einsatzes von ZrO_2 . Der Bruch kann als kohäsives Versagen innerhalb der Verblendkeramik (Chipping), als adhäsives Versagen durch Lösen der Verblendkeramik vom Gerüst oder als Mischform beider Versagensmöglichkeiten auftreten [Göstemeyer et al., 2010; Larsson et al., 2010]. Klinisch resultieren Verblendfrakturen daher mit und ohne Exposition des Gerüstmaterials [Al-Amleh et al., 2010]. Grund für die multikausalen Verblendfrakturen waren in der Frühphase des ZrO_2 -Einsatzes ein nicht angepasstes Gerüstdesign sowie die wenig abgestimmte Wärmeausdehnung (WAK) zwischen Gerüst- und Verblendwerkstoff. Ferner hatten sehr dünne Wandstärken dazu geführt, dass die Verblendschichten zwei Millimeter und mehr mit wechselnden, Zugspannung auslösenden Schichtstärken aufgetragen wurden. Zwischenzeitlich wurde erkannt, dass eine Präparation des Kronenstumpfs mit runden Übergängen, mit einem reduzierten Höcker-Fossa-Winkel am Kronenstumpf und mit abgestützten Kronenrändern (Abbildung 8), eine höckerunterstützende Gerüstgestaltung (Abbildung 9), der Verzicht auf mesiale und distale Okklusionskontakte und vertikal extendierte Verbinder bei Brücken das Chipping-Risiko wesentlich reduzieren. Wichtig erscheint

in diesem Zusammenhang auch, dass das okklusale Funktionskonzept den Bedingungen der Keramik angepasst und eine suffiziente Front-Eckzahn-Führung etabliert wird, um Schleifkontakte bei exzentrischen Unterkieferbewegungen zu vermeiden. Risikominimierend im Laborbereich wirkt auch, dass Gerüstkorrekturen nur auf kleine Flächen beschränkt bleiben, für die Gerüstbearbeitung nur hochoberflächig arbeitende Feinstkorndiamanten (wie Acurata, MDS) in der Laborturbine unter Wasserkühlung zum Einsatz kommen, Verblendschichtstärken auf maximal 1,5 mm beschränkt bleiben sowie eine Verlängerung der Abkühlungsphase nach jedem Sinterbrand zur Vermeidung von Strukturspannungen eingehalten wird.



IMPLANTOLOGISCHES AUSLANDSCAMP

allinn • Sofia • Odessa • Belgrad • Moskau

AB INS AUSLAND

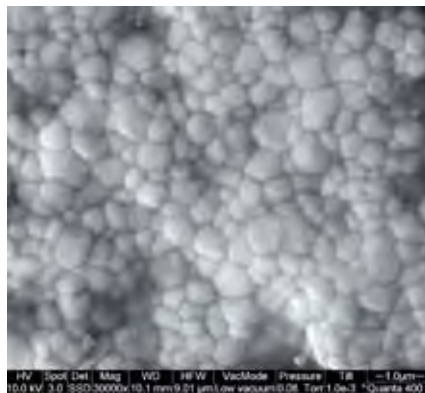
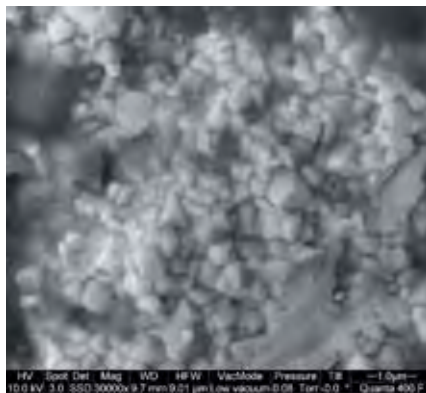
Als deutscher Marktführer für implantologische Auslandsschulungen haben wir in den vergangenen Jahren bereits mehrere hundert Implantologen erfolgreich aus- und weitergebildet. Im Fokus unserer monatlichen Auslandsreisen stehen mehrtägige, intensive Praxisschulungen live am Patienten, wobei ein erfahrener Oralchirurg aus Deutschland Sie *over-the-shoulder* beim selbständigen Operieren anleitet und unterstützt.

PRAXIS SATT

Während des 5-tägigen Praxiskurses erlernen Sie verschiedene Methoden zur sicheren Implantat- und Augmentationsplanung, setzen unter westeuropäischen Standards live am Patienten täglich Implantate und führen zudem je nach Kenntnisstand knochenbildende Maßnahmen durch. So profitieren Sie vom besten Training zur Vorbereitung auf den implantologischen Praxisalltag kombiniert mit einem Hauch von Urlaub.

DAS PERFEKTE DOPPEL PRAXIS ABROAD + THEORIE IN BERLIN

Entscheiden Sie sich neben dem Implantologischen Auslandscamp auch für reichlich Theorie bei unserem 6-tägigen Kompakt-Curriculum Implantologie. Bei gleichzeitiger Buchung beider Kurse sparen Sie sogar 1.000€!



Abbildungen 6 und 7: Unterschiedliche Rohstoffdotierungen und Pressverfahren beeinflussen die ZrO_2 -Qualität in technischer und klinischer Hinsicht (Partikelstruktur 30 000-fach vergrößert).

Die Brenntemperatur sollte der Anzahl der ZrO_2 -Restorationen im Sinterofen angepasst werden.

Verblendschäden auf VMK und ZrO_2

Bei der Analyse der klinischen Daten von Restaurationen auf verblendeten Gerüsten aus ZrO_2 fällt auf, dass die angegebenen Häufigkeiten von Keramikschäden beziehungsweise Chippings stark schwanken. Prof. Dr. Michael Behr, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Regensburg, prüfte zum Thema „Chipping bei Metallkeramik und ZrO_2 “ die vorhandene Literatur zum Frakturverhalten von keramischen Verblendungen auf Edelmetalllegierungen und Oxidkeramik und berichtete darüber auf dem 12. Keramiksymposium der AG Keramik. Laut Behr lässt sich der landläufige „Generalverdacht“, dass Verblendungen auf ZrO_2 eher zu Chippings neigen, nicht so einfach nachweisen und führte auch eigene Erfahrungen, die auf 654 drei- und viergliedrigen Brücken und 997 Einzelzahnkronen (aus EM) basieren, ins Feld.

Das Ausmaß der Verblendungsschäden lässt sich in drei Kategorien einordnen:

- die abgeplatzte Fläche ist oberflächlich und lässt sich auspolieren;
- der Substanzverlust lässt sich mit Komposit reparieren;
- aufgrund des Schadens ist eine Erneuerung der Restauration erforderlich [Heintze et al., 2010].

Diese Einteilung in Schadensklassen ist in vielen Studien, die Chippings auf VMK oder ZrO_2 kontrollierten, nicht vorgenommen worden [Anusavice et al., 2012]. Die Literaturdaten zum Frakturverhalten sind laut Behr teilweise widersprüchlich; sie basieren meist auf geringen Fallzahlen, die Beobachtungszeiten sind oft zu kurz, Chipping und Gerüstfrakturen wurden nicht getrennt ausgewiesen oder die Mittelwerte basieren auf weit streuenden Abweichungsdaten [Komine et al., 2010]. Auffallend ist, dass es zur Überlebensrate von metallkeramischen Verblendungen nur wenig klinische Daten gibt. Ferner unterscheiden viele VMK-Studien nicht zwischen EM- und NEM-Gerüsten [Tan et al., 2004]. Zum Beispiel errechneten Autoren aus dem wenig homogenen Datenpool für VMK auf Basis von 127 Fällen innerhalb von vier Jahren eine Schadenshäufigkeit von 33 Prozent, bei ZrO_2 -Verblendungen schwankte der Wert – basierend auf 596 Fällen – zwischen 23 bis 51 Prozent [Komine et al., 2010].

Für VMK-Brücken im Beobachtungszeitraum von zehn Jahren stellten folgende Autoren an Chippinghäufigkeiten fest:

- Reichen-Graden (1989): 4,5 Prozent
 - Näpänkangas (2002): 5,9 Prozent
 - Walton (2003): 5,0 Prozent
 - Behr (2012): 4,3 Prozent
 - Sailer (2007, Review 5 Jahre): 2,9 Prozent
- Auf Titangerüsten (drei bis sechs Jahre Beobachtung) war die Chippinghäufigkeit weitaus höher:
- Walter (1999): 45,5 Prozent
 - Böckler (2010): 30,4 Prozent

auf CoCr-Gerüsten innerhalb von drei bis sieben Jahren:

- Elisson (2007): 17,6 Prozent
- Bei VMK-Kronen lag die Verblendfrakturnrate innerhalb zehn Jahren niedriger:
- Goodacre (2003): 3,0 Prozent
 - Reitemeier (2006): 1,0 Prozent
 - Behr (2012): 1,7 Prozent

In einer neueren Untersuchung überprüfte Behr 484 Brücken mit drei Gliedern und 170 Vier-Glieder-Brücken aus EM-Gerüsten, konventionell zementiert (96 Prozent) und adhäsiv befestigt (vier Prozent) – ebenso 997 VMK-Kronen: Nach fünf Jahren lag die Schadensquote für Brücken bei vier Prozent, nach zehn Jahren bei rund sechs Prozent. Behr resümierte, dass spezielle Risikofaktoren für Chippings auf VMK nicht ermittelt werden konnten.

Interessanterweise ereigneten sich Verblendfrakturen am häufigsten in den ersten beiden Jahren in situ. Dies weist laut Behr auf Fehler bei der Herstellung und bei der Eingliederung der Versorgungen hin [Behr et al., 2012]; ein Problem, das VMK- und ZrO_2 -Restaurationen gemeinsam haben.

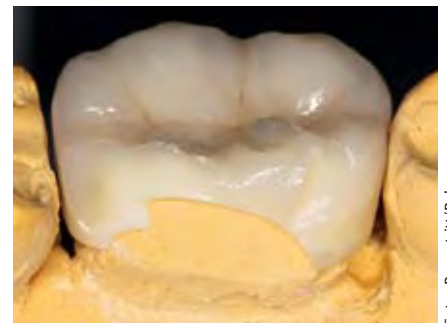


Abbildung 8: Nicht abgestützte Kronenränder sind frakturgefährdet.



Abbildung 9: Eine fehlende Höckerunterstützung für die Verblendung erhöht das Chipping-Risiko.

Neuere Studien zeigen, dass unter Berücksichtigung modifizierter Verarbeitungsbedingungen die Verblendfrakturnrate ZrO_2 -getragener Kronen und Brücken niedriger ausfällt. Allerdings scheinen laut Behr der Verarbeitungsspielraum für ZrO_2 geringer zu sein und dadurch die Fertigung von ZrO_2 und das Aufbringen der aufbrennkeramischen Verblendung sensibler und fehleranfälliger zu sein. Die systematische Fehleranalyse in der Literatur wird aber dadurch erschwert, dass klinische Untersuchungen selten so wichtige Parameter der ZrO_2 -Anwendung ausweisen wie zum Beispiel Präparationsdesign, Präparationstiefen, Wandstärken, Konnektoren-Gestaltung, Verblenddesign, Schichtstärken, Sinterempfindlichkeit, Procedere des intraoralen Einschleifens, Kontaktpunktgestaltung, Befestigungstechnik und mehr. Auch auf der Industrieseite der Keramikhersteller besteht noch keine Einigkeit, ob

ein Regenerationsbrand („Heilbrand“) nach der zahntechnischen Gerüstbearbeitung zulässig, vorteilhaft oder abzulehnen sei. Dadurch wird der Zahntechnik ein Handlungsspielraum überlassen – sicherlich mit Auswirkungen auf das spätere Endergebnis.

Grenzfläche zwischen ZrO_2 und Verblendung

Die Frage, ob die Oberflächenbehandlung der ZrO_2 -Gerüste Einfluss auf das Interface Gerüst-Verblendung nimmt, haben die Gewinner des 12. Forschungspreises der AG Keramik untersucht. Das Forscherteam PD Dr.-Ing. Ulrich Lohbauer, Alexandra Grigore, Stefanie Spallek, Prof. Anselm Petschelt, Dr. Benjamin Butz, Prof. Erdmann Spiecker, Institut für Biomaterialien & Center for Nanoanalysis and Electron Microscopy der Universität Erlangen-Nürnberg sowie Zahnklinik für Zahnerhaltung und

Parodontologie, Werkstoffwissenschaftliches Labor, Universität Erlangen, haben mit der Studie „Mikrostrukturelle Untersuchungen an der Grenzfläche zwischen Zirkonoxid und Verblendkeramik“ eine Antwort gefunden.

Untersucht wurde, ob der Energieeintrag durch Beschleifen, Sandstrahlen sowie Sinterung zu einer Phasenumwandlung in der ZrO_2 -Keramikstruktur führt. Die Anwesenheit monokliner Phasenanteile wurden bis zu einer Tiefe von 4 μm unterhalb der Oberfläche gefunden. Nach Sandstrahlung waren die Phasenanteile in 11 bis 35 μm Tiefe nachweisbar, nach Diamantschleiferbearbeitung bis 9 μm . Es wurde aber festgestellt, dass der thermische Verblendprozess eine Umkehrung der martensitischen Transformation von der instabilen, monoklinen Phase zur strukturstabilen Tetragonal-Phase bewirkt. Zusammen mit dem Entspannungsbrand wird eine Regeneration des Kristall-



semperdent

99€

Anbeiß-Preise

Prettau Vollzirkonkrone
inklusive Arbeitsvorbereitung,
Mwst. und zzgl. Versand

Sie haben einen Faible
für schlagende Angebote?

www.semperdent.de



Dann sollten Sie jetzt zupacken. Unsere Qualität liefert handfeste Argumente.



Abbildung 10: Anatomische, verblendfreie „Vollzirkon“-Brücke nach Tauchfärbung und Sinterung, mit VITA Akzent charakterisiert und glasiert



Abbildung 11: ZrO₂-Brücke, eingegliedert: Farbliche Unterschiede zur benachbarten VMK-Brücke (Zähne 33, 32) sind kaum erkennbar.

Fotos: Wiedhahn

gefüges erzielt und die zähen Materialeigenschaften werden wiederhergestellt. Bei korrekter Verarbeitung können laut Lohbauer geringere Wandstärken (bis 0,5 mm) und filigrane Verbinderquerschnitte realisiert werden.

Vollzirkon-Restaurationen – eine mögliche Option

Kronen und Brücken aus semitransparentem „Vollzirkon“ (ZrO₂), die vollanatomisch ausgefräst werden und keine Verblendung benötigen, haben trotz einiger Bedenken wegen ihrer potenziellen Abrasivität auf den Antagonisten Eingang in die niedergelassene Praxis gefunden. Dass das extrem harte ZrO₂ auf der Oberfläche des Antagonisten kaum Schaden auslöst, wurde durch mehrere In-vitro-Studien belegt [Clark et al., 2012; Janyavula et al., 2012; Luanguaangrong et al., 2012; Rosentritt et al., 2012; Stawarczyk et al., 2012]. Die Ergebnisse zeigen, dass unverblendetes, monolithisches ZrO₂ den Schmelz des Antagonisten dann nicht abradiert, wenn die Kronenoberfläche der Restauration von Schleifriefen befreit und professionell poliert wurde [Heintze et al., 2010]. Das Abrasionsverhalten wird also in erster Linie nicht von der Härte, sondern von der Oberflächenvergütung beeinflusst. Der Vorteil, dass für die gerüstfreie ZrO₂-Krone kein Raum für die Verblendung geschaffen werden muss, ermöglicht laut Dr. Klaus Wiedhahn aus Buchholz auf dem 12. Keramiksymposium eine minimale Präparation für anteriore Wandstärken (0,3 bis 0,5 mm, zum Beispiel Lava Plus/3M Espe). Vollzirkon kennt kein Chipping und ist als Alternative zu Metall für Bruxer und

Knirscher seitens der Hersteller freigegeben [Kuretzky et al., 2010; Sorensen et al., 2011]. Der Verzicht auf die Verblendung macht jedoch erforderlich, dass der semi-opake, fluoreszenzlose Werkstoff auf die Farbe der Nachbarzähne getrimmt werden muss. Grundsätzlich wird die Transparenz von ZrO₂ durch die Porosität des Materials und durch den Anteil an Aluminiumoxid (Al₂O₃) beeinflusst.

Die Al₂O₃-Dotierung ist verantwortlich für die Beständigkeit gegen Feuchtigkeit und beeinflusst das klinische Langzeitverhalten, bestimmt aber auch die Opazität des Werkstoffs. Beträgt der Al₂O₃-Anteil in der ZrO₂-Gerüstkeramik 0,5 Prozent (inCoris ZI, Sirona), liegt der Anteil bei 0,005 Prozent in der semi-transparenten Version (inCoris TZI). Die Absenkung des Al₂O₃-Anteils begünstigt die Lichttransmission. Ob und wie die Al₂O₃-Reduktion sich längerfristig klinisch auswirkt, dafür liegen noch keine Daten vor. Die Adaptation der definitiven Zahnfarbe erfolgt mit Farblösungen im Tauchverfahren.

Als Vorbereitung der Einfärbung ist laut Wiedhahn ein Vortrocknen der Restauration im Sinterofen – etwa drei Minuten bei 80 °C und 40 Minuten unter einer Rotlichtlampe – erforderlich. Das Tauchfärben mit kolorierenden Oxiden erfordert etwa zehn bis 20 Minuten, zum Beispiel für die Farben A1, A2, A3. Eine Verlängerung der Tauchzeit verursacht dunklere Farben. Für die Kontrolle der Zahnfarbe, auch an Nachbarzähnen, haben sich digitale Farbmesssysteme bewährt (wie Easyshade, Vita). Wichtig ist, dass beim Einfärben die Farbhelligkeit exakt getroffen wird; sie vermittelt den entscheidenden Farbeindruck. Kleine ästhetische Einschränkungen zählen zum Tole-

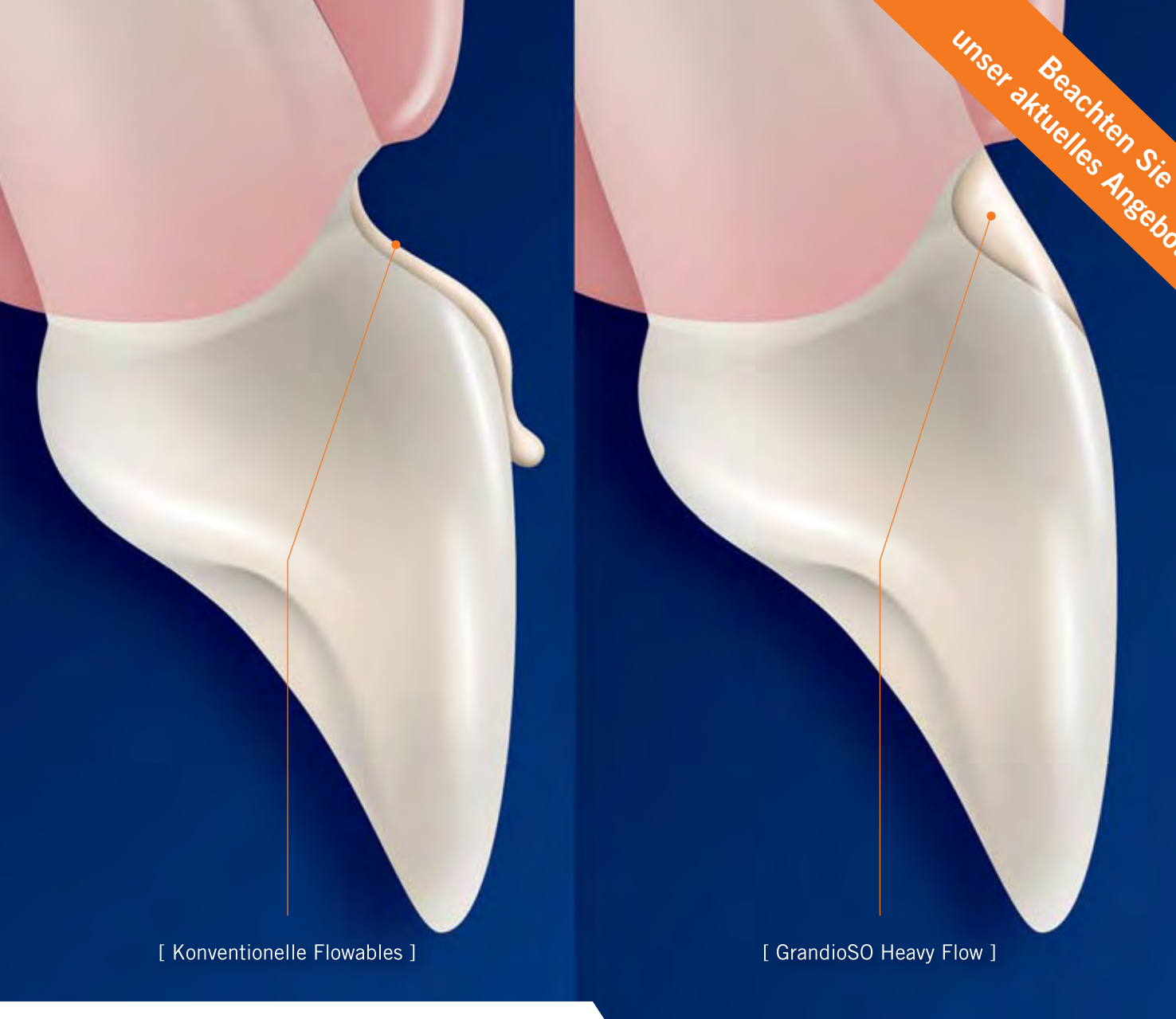
ranzbereich, deshalb eignen sich Vollzirkon-Restaurationen zurzeit nur für den weniger einsehbaren Molarenbereich. Das Färbeliquid dringt bei einigen ZrO₂-Keramiken mit nur geringer Tiefe in die Oberfläche ein. Dies ist für das intraorale Einschleifen von Bedeutung, weil durch den Keramikabtrag „Hellstellen“ auftreten können, und unter Umständen das weiß-opake Material sichtbar werden kann. Eine mehrstufige Politur mit feinstkorndiamant-haltigen Polierkörpern und eine Glasur gewährleisten, dass das ZrO₂ eine glatte, hochglänzende Oberfläche erhält (Abbildungen 10 bis 11). Diese Vergütung ist erforderlich, damit eventuell zurückgebliebene Rauigkeiten keine Abrasion am Antagonisten auslösen können. Vor der Eingliederung hat sich die Reinigung des Kronenlumens von phosphathaltigen Rückständen bewährt (wie mit Ivoclean, Ivoclar). Wiedhahn empfahl, vor der definitiven Befestigung eine Einprobe durchzuführen. Das Produkt „Paradigm“, 3M ESPE, wird nicht in Deutschland vertrieben. Lava Ultimate ist eine vollständige Neuentwicklung dieser Firma. Es besitzt 200 Megapascal Biegefestigkeit und ist der neuen Werkstoffklasse Resin Nano Keramik zuzuordnen. Der verschleißsarme Verbundwerkstoff kann auf CAD/CAM-Anlagen (wie Cerec, inLab, Lava Fräseinheiten) verarbeitet werden.

Manfred Kern, Schriftführung AG Keramik
Fritz-Philippi-Str. 7
65195 Wiesbaden
info@ag-keramik.de

zm Leser service

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

Beachten Sie
unser aktuelles Angebot!*



[Konventionelle Flowables]

[GrandioSO Heavy Flow]

DAS FLOW-COMPOSITE FÜR ALLE KAVITÄTENKLASSEN

GrandioSO
Heavy Flow

Höchster Füllstoffgehalt von 83 Gew.-%

- Bessere physikalische Eigenschaften als diverse stopfbare Composites
- Auch für kaulasttragende Füllungen geeignet

Ideale Standfestigkeit

- Präzise, überschussfreie Dosierung
- Einfache Füllung von Zahnhalskavitäten, Unterschnitten etc.

Erstklassige Ästhetik

- 12 Farben, inklusive neuer Farbe GA5 für zervikale Füllungen
- Sehr gute Polierbarkeit und dauerhafter Glanz



* Alle aktuellen Angebote finden Sie unter www.voco.de



Besuchen Sie uns in
Köln, 12.-16.03.2013
Stand R8/S9 + P10, Halle 10.2

Die klinisch-ethische Falldiskussion

„Eingeschränkte Krankenhilfe“ bei Asylbewerbern

Ralf Vollmuth, Gereon Schäfer, Carsten Hörich und Dominik Groß

In dieser Kasuistik geht es um das Dilemma eines Zahnarztes. Er behandelt regelmäßig Migranten. Jedoch ist die „eingeschränkte Krankenhilfe“ für Asylbewerber im Grundsatz auf die dringliche Schmerzbehandlung zu begrenzen und insofern der regelhaften Versorgung nicht gleichgestellt.

Foto: argum-Christian Leisten/zsm



Der Fallbericht:

Zahnarzt GG praktiziert in einer Kleinstadt in Thüringen. Von Zeit zu Zeit finden sich bei ihm Migranten mit akutem Behandlungsbedarf ein.

Eines Tages stellen sich eine 32-jährige Asylbewerberin aus dem Kosovo und ihr 13-jähriger Sohn vor. Beide klagen über akute Schmerzen. Das Gebiss der Mutter weist großflächige Zahndefekte in der OK-Front (Zähne 12, 11 und 21) auf, die GG bei einem deutschen, gesetzlich krankenversicherten Patienten mit Kompositfüllun-

gen in Schmelz-Ätz-Technik versorgen oder gegebenenfalls überkronen würde. Der Sohn offenbart ebenfalls eine multiple Karies und beklagt insbesondere Schmerzen an den Zähnen 46 und 36. Beide Zähne sind vital und weisen eine Caries profunda auf – Befunde, bei denen GG je nach intraoperativem Befund eine Caries-profunda-Behandlung oder eine endodontische Therapie durchführen würde.

GG weiß von früheren Kontaktaufnahmen mit dem zuständigen kommunalen Sozialamt, dass dieses bei Asylbewerbern mit

Zahnschmerzen zwar die Kosten für Extraktionen übernimmt, die Entscheidung über zahnerhaltende oder prothetische Behandlungen aber von einer vorherigen Antragstellung abhängig macht. Eben hier liegt sein Problem: In der jüngeren Vergangenheit machte der Zahnarzt die Erfahrung, dass derartige Anträge von der finanzschwachen Kommune stets abgelehnt wurden. Begründet wurde dies zum einen mit besagten Finanzierungsnöten, zum anderen aber auch mit dem Hinweis, dass die „eingeschränkte Krankenhilfe“ für Asylbewerber

im Grundsatz auf die dringliche Schmerzbehandlung zu begrenzen (Asylbewerberleistungsgesetz, § 4) und insofern der regelhaften Versorgung nicht gleichgestellt sei. GG weiß, dass die betroffenen Migranten nachweislich mittellos sind und sich keine Zuzahlung leisten können. Damit sieht er sich vor die Wahl gestellt, entweder grundsätzlich erhaltungswürdige Zähne zu ziehen oder aber zahnerhaltende Behandlungsmaßnahmen auf eigene Kosten durchzuführen. Gegen die erste Alternative hegt er fachliche und moralische Bedenken. Auch in wirtschaftlicher Hinsicht zweifelt er eine Extraktionstherapie an – schließlich ziehen Extraktionen ihrerseits einen prothetischen

Behandlungsbedarf nach sich. Andererseits kann er sich auch nicht dazu durchringen, regelhaft Therapiemaßnahmen auf eigene Kosten durchzuführen. Zum einen sträubt er sich aus grundsätzlichen Gründen Behandlungen zu finanzieren, für die der Staat aufgrund seiner eigenen Haushaltspräferenzen nicht aufkommen will. Zum anderen fürchtet er, dass sich seine uneigennützig Haltung unter den Bedürftigen herum-sprechen könnte. Wie aber begrenzt er die entstehenden Kosten, wenn immer mehr Bedürftige seine Praxis aufsuchen?

■ Welches Vorgehen wäre hier angezeigt?

Dominik Groß

Der Kommentar

Ein Asylbewerber nach § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) hat Anspruch auf zahnmedizinische Versorgung im Rahmen von AsylbLG §§ 4 und 6. Nachdem thüringische Sozialämter die Kostenerstattung gegenüber der KZV wiederholt verweigert hatten, schränkte die KZV Thüringen per Vorstandsbeschluss 31/02 vom 23.01.2002 die ohne vorherige Kostenübernahmeerklärung durch das zuständige Sozialamt abrechenbaren Leistungen so stark ein, dass selbst akute Schmerzbehandlungen, die der Zahnerhaltung dienen, fortan nicht mehr zur Abrechnung angenommen werden [KZV Thüringen, 2002]. Dieses „Genehmigungsverfahren“ führt zu dem Dilemma, dass in Schmerzfällen, in denen eine zahnerhaltende Behandlung fachlich geboten ist, der Zahnarzt (zunächst) unentgeltlich zu arbeiten hat oder aber eine zwar „honorierte“ Schmerzbehandlung durchführt, die jedoch unweigerlich zum Zahnverlust führt.

Rechtlicher Hintergrund und Implikationen

§ 4 AsylbLG sieht die zahnärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen vor und legt die behördliche Sicherstellung für die zahnärztliche Versorgung einschließlich der „gebotenen Vorsorgeuntersuchungen“ fest. Darüber hinaus erlaubt § 6 AsylbLG Behandlungen, die „im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit

unerlässlich“ sind, somit auch die der chronischen Erkrankungen, die unabweisbar geboten sind [Röseler/Meyer, 2006, § 1a Rn. 25, § 6 Rn. 2, 3, 14; Decker, 2011, § 4 Rn. 4 und 5]. Für die Versorgung mit Zahnersatz hingegen ergibt sich nur ein Anspruch, „wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist“ [§ 27 (2) SGB V; vgl. auch Decker, 2011, § 4 Rn. 6]. In der ursprünglichen Fassung des AsylbLG 1993 ging der Gesetzgeber von einem „in aller Regel nur kurzen, vorübergehenden“ Aufenthalt aus. Die „fürsorglichen Gesichtspunkte der Leistungen an Asylbewerber“ sollten allerdings gewahrt und der „vorgesehene Umfang [...] für eine vorübergehende Zeit zumutbar“ und „dem Grundsatz der Menschenwürde gerecht“ sein [Bundestags-Drucksache 12/4451]. Die eingeschränkte Leistungspflicht – auch für die zahnmedizinischen Leistungen – wurde jedoch zunächst von einem auf drei Jahre und schließlich auf vier Jahre prolongiert [Classen, 2008], wobei Deutschland im EU-Vergleich nicht die meisten Flüchtlinge aufnimmt, aber mit großem Abstand die meisten unentschiedenen Fälle verwaltet [Norredam, 2006]. Ein Bleiberecht kann letztlich für über 50 Prozent angenommen werden [Classen, 2010]. Nach Ablauf der vier Jahre beziehungsweise nach Anerkennung des Flüchtlingsstatus erfolgt die zahnmedizinische Versorgung analog SGB XII

BEYCODENT

Praxisshirts
akuelle Kollektion
zeitlos elegant



Halle 1.10 Stand K049

**Praxislogo
und -Namen**

**mit edlem Stick
oder Druck**



Info-Service
Tel. 02744 / 920819

www.beycodent.de

BEYCODENT

D-57562 Herdorf · Wolfsweg 34
Tel. 02744 / 92000 · Fax 02744 / 766

[BKK Bundesverband, 2008; Classen, 2008; Genfer Flüchtlingskonvention, Art. 24].

Im sozialetischen Kontext ist eine thüringische Verordnung zur Kostenerstattung für die Städte und Kommunen von Bedeutung, denn die Erstattung der Behandlungskosten durch das Land Thüringen erfolgt (zusammen mit anderen Leistungen) im Rahmen einer monatlichen Kopfpauschale an den jeweiligen kommunalen Kostenträger „je aufgenommenen Flüchtling, für den tatsächlich Leistungen erbracht werden“ [ThürFlüKEVO, 1999, § 2 (1) Satz 2 Nr. 3]. Falls die Pro-Kopf-Kosten eine gewisse Summe im Kalenderjahr überschreiten, wird nach § 2 (5) auch der zusätzliche Betrag übernommen. Durch das geschilderte „Genehmigungs“-Verfahren kann der kommunale Kostenträger die Behandlungen so steuern, dass die Kosten minimiert werden und zusammen mit den anderen subsumierten Leistungen die Pauschale nicht übersteigen oder gar letztlich in der Bilanz Gewinne resultieren. Dies fördert ein Fremdinteresse, Asylbewerber möglichst restriktiv behandeln zu lassen, was von hoher ethischer Relevanz ist.

Behandlungsoptionen

a) Es erfolgen eine eingehende Untersuchung mit Röntgenaufnahmen, als Sofortmaßnahme die akute zahnerhaltende Schmerzbehandlung und in der Folge alle weiteren notwendigen Therapiemaßnahmen.

Bei der Mutter sind dies Caries-profunda-Behandlung und Füllungstherapie, beim Sohn entweder Caries-profunda- oder endodontische Behandlung und Füllungstherapie sowie in der Folge die Versorgung aller kariösen Defekte und regelmäßige individualprophylaktische Maßnahmen. In der Sitzung der Schmerzbehandlung werden alle notwendigen Behandlungsmaßnahmen beim Sozialamt „beantragt“. Da selbst die Maßnahmen der akuten Schmerztherapie (außer den Röntgenaufnahmen) nach der Verlautbarung der KZV Thüringen ohne vorherige Kostenzusage nicht abrechenbar sind, tritt der Zahnarzt in Vorleistung. Bei Verweigerung der Kostenübernahme leistet er Gratisbehandlungen.

b) Es erfolgt lediglich eine symptombezogene Untersuchung mit Röntgenaufnahmen und eine reine Schmerzbehandlung ohne



Foto: picture alliance-Peter Kneffel/zm

Es ist ethisch geboten, Schmerzfreiheit herzustellen und Schaden von den Patienten abzuwenden, um mit einer Behandlungsverweigerung nicht die Schwächsten zu treffen.

Extraktion der Zähne, aber auch ohne weitere notwendige Behandlungsmaßnahmen, bei der Mutter eine Caries-profunda-Behandlung, beim Sohn ebenfalls sofort entweder eine Caries-profunda-Behandlung oder eine Vitalexstirpation mit provisorischem Verschluss. Auch diese Maßnahmen (außer Beratung und Röntgen) sind – obwohl reine Akuttherapie zur Schmerzbeseitigung – nur nach Kostenzusage abrechenbar. Nach den vorhergehenden negativen Erfahrungen stellt der Zahnarzt keinen Antrag und erwartet nach Abrechnung über die KZV eine entsprechende Rückbelastung (faktische Gratisbehandlung).

c) Es erfolgt lediglich eine symptombezogene Untersuchung mit Röntgenaufnahmen und Schmerzbehandlung im Rahmen der „behördlich“ vorgegebenen Abrechnungsmöglichkeiten: Bei der Mutter wie beim Sohn wäre dies die Extraktion der schmerzhaften kariösen, aber erhaltungsfähigen Zähne – diese Maßnahmen sind entsprechend der KZV-Liste ohne Kostenzusage abrechenbar.

d) Wie c), jedoch wird den Patienten als Alternative die Behandlung aus Option a) auf privater Basis angeboten.

e) Verweigerung der Behandlung.

Konkrete ethische Fallanalyse

Im Folgenden soll der skizzierte Fall anhand der vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (2009) erörtert werden:

Prinzip 1: Respekt vor der Patientenautonomie und Informed Consent (Autonomie-Prinzip)

Ein selbstbestimmtes Agieren der Patienten ist im vorliegenden Fall nicht oder allenfalls eingeschränkt möglich: Die Betroffenen sind in der Regel mittellos [Classen, 2008; § 7 (1) AsylbLG], häufig ohne Sprachverständnis und auch mit der Kultur und dem Gesundheitswesen nicht vertraut. Ihr Leben mit unklarer Aufenthaltsperspektive, in sozialer Segregation in speziellen Unterkünften, mit eingeschränkten Arbeitsrechten und festgelegten Arbeitspflichten [§ 5 AsylbLG] ist gekennzeichnet durch eine weitreichende Fremdbestimmung. Auch die (zahn)ärztliche Behandlung von Asylbewerbern ist paternalistisch geprägt – ein Sachverhalt, der sich bereits aus der eingeschränkten (zahn)ärztlichen Leistungspflicht ergibt. Diese Form von Paternalismus kontrastiert mit dem Bild der Patientenautonomie und eines Arzt-Patient-Verhältnisses auf Augenhöhe, ist aber zum Teil auch in der

Vulnerabilität der Patientengruppe und der daraus abzuleitenden besonderen Fürsorgepflicht des Arztes begründet. Der Zahnarzt verfügt in diesen speziellen Fällen gleichsam treuhänderisch (und damit paternalistisch) über die Entscheidungsbefugnis des Asylbewerbers. Unabdingbar für eine solche Fürsorgeposition ist allerdings eine uneingeschränkte Handlungs- und Gewissensfreiheit des Arztes [Morreim, 1991].

In diese asymmetrische dyadische Beziehung tritt hier ein dritter Akteur – das Sozialamt. Letzteres fungiert nicht nur als Leistungsträger, sondern wirkt zugleich direktiv. Die Voraussetzung für eine gültige „Informierte Zustimmung“ (Informed Consent), die der Patient „ohne steuernde Einflussnahme“ oder „äußeren Zwang“ gibt [Schöne-Seifert, 2007; Marckmann/Bormuth, 2004], ist also de facto nicht gegeben. Der Informed Consent ist gänzlich außer Kraft gesetzt durch die Einflussnahme des Sozialamtes. Zusätzliche ethische Brisanz entsteht zum einen durch das Bestreben der jeweiligen Kommune, die Kosten zu minimieren, zum anderen in der wirtschaftlichen Notwendigkeit für den selbstständigen Zahnarzt, durch seine Tätigkeit die anfallenden Kosten zu decken und Gewinne zu erzielen. Die Einwilligung eines Patienten, der nicht weiß, dass Behandlungsentscheidungen

durch mögliche wirtschaftliche Interessen Dritter (Fremdinteresse außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung) beeinflusst werden, ist hinsichtlich ihrer Gültigkeit stark zu hinterfragen – hier besteht eine Instrumentalisierungsgefahr, sprich der Patient droht Mittel zum Zweck zu werden [Beauchamp/Steinbock, 1999; Morreim, 1991; Bundesärztekammer, 1990]. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen fehlt die Grundlage für die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient. Die Befreiung des Zahnarztes von vertrauensschädigenden Auflagen („Liste abrechenbarer Leistungen“) ist daher aus Gründen der Transparenz und Wahrhaftigkeit dringend geboten – nur so kann man der betreffenden Patientengruppe einen Rahmen bieten, der ein Minimum an Selbstbestimmung gestattet.

Prinzip 2: Nichtschadensgebot (Non-Malefizenz)

Besagten Patienten entsteht ein Schaden, weil die „behördliche“ Regelung zu einer Aufschiebung notwendiger Maßnahmen über mehrere Jahre führen kann. Hieraus resultiert – angesichts der offensichtlichen Ungleichbehandlung von „normalen“ Patienten und Asylbewerbern – über die physische Beeinträchtigung hinaus eine deutliche Diskriminierung.

Die Untersuchung nach Pos. 01, die in Thüringen beantragt und bewilligt werden muss, gehört aber bei jedem Patienten lege artis vor die Behandlung und wird in anderen Bundesländern nicht verweigert, sondern ist vielmehr strukturell vorgesehen. Dies geht unter anderem aus einer Aufklärungsbroschüre des BKK Bundesverbands hervor: „Leistungen, auf die Sie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einen Anspruch haben: [...] Halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche unter 18, danach jährliche Vorsorgeuntersuchungen“ [BKK Bundesverband, 2008].

Die festgestellten Befunde sind aufzuklären und anschließend systematisch einer Behandlung zuzuführen [Liebold et al, 2004]. Dies muss so gehandhabt werden, weil davon auszugehen ist, dass jeder aktive kariöse Befund progredient ist und unbehandelt zu einem akuten Krankheitszustand führt. Option b, die Akutbehandlung der Pulpitis mit beziehungsweise ohne Vitalerhaltung – nimmt zwar vordergründig den Schmerz, führt aber ohne eine weitere zahnerhaltende Therapie zur Zerstörung der betroffenen Zähne. Hinzu kommen wiederkehrende Schmerzzustände und die Gefährdung der Gesundheit durch chronische oder akute Infektionen.

Lassen Sie sich Ihre Abrechnung noch mal durch den Kopf gehen.



▶ **Praxis-Abrechnung Online**
www.za-live.de

▶ **Browsegestütztes Webportal**
Keine zusätzliche Software nötig

- ▶ **Intuitive Bedienung**
Schnelle und benutzerfreundliche Navigation
- ▶ **Benutzermanagement**
Einfache Zuweisung von Berechtigungen
- ▶ **Zeitsparend**
Rechnungen werden online übertragen
- ▶ **Sichere Datenübertragung**
Geschützte Daten durch HTTPS-Verschlüsselung
- ▶ **Immer aktuell**
Status von Rechnungen und Ankaufanfragen wird online angezeigt

**IDS
2013**
12.-16. März
Halle 11.1
Stand F-60

Gratis GOZ-Kommentar für Zahnärzte*
Gegen Vorlage dieses Coupons erhalten Sie auf unserem Messestand einen **GOZ Praxiskommentar 2012 von Dr. Peter Esser gratis**. *1 Exemplar pro Praxis

Die ZA AG ist Ihr Partner in Sachen Rechnungsmanagement. Als berufsständischer Dienstleister verfügen wir seit mehr als 20 Jahren über profunde Finanz- und Rechtserfahrung.

**ZA Zahnärztliche
Abrechnungsgesellschaft AG**

Zahnärzte für Zahnärzte



Es widerspricht dem Nichtschadensgebot, ausschließlich Maßnahmen anzuwenden, die lediglich der kurzfristigen Überbrückung dienen. Die bewusste Inkaufnahme der Zerstörung schmerzfreier kariöser Zähne und das „Wegschauen“ trotz aller assoziierter allgemeinmedizinischer Konsequenzen ist mit dem Prinzip der Non-Malefizien nicht

vereinbar. Der Zahnarzt ist im Gegenteil gehalten, auf den Abschluss einer begonnenen Therapie zu achten, damit die Mundgesundheit nicht durch den initiierten Prozess selbst gefährdet wird [ADA, 2012]. Option c – Extraktionen als eine Art „archaische Therapie der Wahl“ – entspricht eindeutig nicht der Lex artis. Die Molarenextraktionen ohne

weitere Behandlung beim Kind können mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere Erkrankungen des Kauorgans herbeiführen. Das Gesetz selbst sieht demgegenüber vor, dass die Sicherung der Gesundheit und damit auch Krankheitsfolgen bei der medizinischen Therapie zu berücksichtigen sind [§ 4 (1) und § 6 (1) AsylbLG].

INFO

Rechtlicher Kommentar

Diese Fallgestaltung wirft zum einen die Frage auf, ob eine generelle Beschränkung der Behandlungsmöglichkeiten gegenüber Asylbewerbern auf Zahnextraktionen möglich ist, und zum anderen, ob die hierbei anfallenden Behandlungskosten gegenüber den Kommunen abrechenbar sind.

Begrenzung der Behandlung von Asylbewerbern auf Zahnextraktionen

Wenn Asylbewerber die Behandlungsvoraussetzungen nach § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG erfüllen, spricht wenn also ein akuter Schmerz- oder Erkrankungszustand besteht, haben diese grundsätzlich Anspruch auf die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte. Diese Leistungen sind laut Gesetzeswortlaut lediglich darauf begrenzt, dass diese „erforderlich“ sind. Dies bedeutet, dass nur Behandlungen möglich sind, die zur Beseitigung des akuten Schmerz- beziehungsweise Erkrankungszustands unmittelbar erforderlich sind. Eine längerfristige Therapie chronischer Erkrankungen soll ausgeschlossen werden. Hierdurch wird vom Gesetzgeber klar gestellt, dass für Asylbewerber kein Anspruch auf eine optimale und bestmögliche Versorgung besteht [Hohm, in: Schellhorn/Hohm/Schneider (Hrsg.): SGB XII Sozialhilfe, § 4 AsylbLG Rn. 11]. Wenn allerdings die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung durch die sachverständige Beurteilung eines Zahnarztes festgestellt wurde, umfasst der Umfang der den akuten Schmerz- beziehungsweise Erkrankungszustand beseitigenden zahnärztlichen Behandlung im Sinne des § 4 Abs. 1 AsylbLG alle auf zahnärztlich-wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Tätigkeiten eines Zahnarztes, die der Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten dienen [Hohm, in: Schellhorn/Hohm/Schneider (Hrsg.): SGB XII Sozialhilfe, § 4 AsylbLG Rn. 8]. Ausgeschlossen sind Leistungen im Sinne des § 28 Abs. 2, S. 6-9 SGB V, die auch gesetzlich Versicherten nicht zustehen würden. Dies bedeutet mithin, dass diese zahnärztlichen Behandlungen von Asylbewerbern lege artis ausgeführt werden und den „normalen“ Wirtschaftlichkeitsanforderungen des § 12 SGB V entsprechen müssen.

Entscheidend für die Frage der Zulässigkeit von Erhaltungsmaßnahmen als vorbeugende Maßnahme der Extraktion der Zähne von Asylbewerbern ist daher, ob diese „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (so der übereinstimmende Wortlaut von §§ 12, 72 Abs. 2 SGB V) sind. Insoweit gelten auch hier die allgemeinen Regelungen bezüglich der Behandlung gesetzlich Versicherter.

Eine generelle Beschränkung der Behandlung von Asylbewerbern

auf eine Zahnextraktion, wie durch die Kommune hier angedeutet, ist daher nicht vertretbar. Bei einer solch generellen Beschränkung wird nicht die durch § 12 SGB V geforderte Abwägung im Einzelfall vorgenommen. Auch ergeben sich rechtliche Bedenken hinsichtlich einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung (Art. 3 I GG) von Asylbewerbern gegenüber sonstigen Leistungsempfängern. Für Asylbewerber ist über § 4 AsylbLG bereits der Zugang zu medizinischer Versorgung stark eingeschränkt. Gründe für eine dann weitergehende folgende Einschränkung der Behandlungsmöglichkeiten sind nicht ersichtlich. Ab dem Moment der Erfüllung der Behandlungsvoraussetzungen des § 4 AsylbLG sind Asylbewerber hinsichtlich des Umfangs der Behandlung zur Beseitigung des akuten Schmerz- beziehungsweise Erkrankungszustands den gesetzlich Versicherten gleichzustellen.

Auch muss bezweifelt werden, dass eine Zahnextraktion bei möglicher Erhaltung des Zahnes tatsächlich immer eine Behandlung lege artis darstellt. Im Ergebnis ist daher ein genereller Ausschluss zahnerhaltender Behandlungen für Asylbewerber rechtswidrig. Vielmehr obliegt die Beurteilung der Notwendigkeit der Maßnahme dem behandelnden Arzt. Die Kommune selber kann nur überprüfen, ob eine Behandlung tatsächlich zur Beseitigung der Schmerzzustände erforderlich war, nicht aber welche konkreten Maßnahmen zu deren Beseitigung ergriffen wurden.

Abrechenbarkeit der Behandlung

Wenn Maßnahmen zur Beseitigung von akuten Schmerz- oder Erkrankungszuständen bei Asylbewerbern vorgenommen wurden, richtet sich deren Abrechnung nach § 4 Abs. 3 S. 2 AsylbLG. Hiernach richtet sich die Vergütung für diese Leistungen, wenn sie von niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt wurden, nach den am Ort der Niederlassung des Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des SGB V. Diese Norm findet daher bei der zahnärztlichen Behandlung von Asylbewerbern als Abrechnungsgrundlage, bei der Behandlung von Asylbewerbern durch niedergelassene Ärzte, Anwendung [Hohm, in: Schellhorn/Hohm/Schneider (Hrsg.): SGB XII Sozialhilfe, § 4 AsylbLG Rn. 36].

Im Ergebnis steht auch Asylbewerbern bei der Bejahung der Behandlungsnotwendigkeit derselbe Behandlungsanspruch zu wie gesetzlich Versicherten. Auch in diesen Fällen sind daher im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsabwägung des § 12 SGB V zahnerhaltende Maßnahmen möglich.

Ass. Jur. Carsten Hörich, Halle

Der Goldstandard* mit angenehmem Geschmack

Für eine erfolgreiche Chlorhexidin-Therapie

- Verlässliche, klinisch geprüfte Wirksamkeit
- Guter Geschmack für bessere Patientenakzeptanz
- Therapieadäquate Packungsgröße für 2 Wochen

meridol[®] med
CHX 0,2%



- * Chlorhexidin 0,2 % gilt als Goldstandard der antibakteriellen Wirkstoffe zur Anwendung in der Mundhöhle.



Spezialist für orale Prävention

GABA GmbH, Postfach 2520,
79515 Lörrach,
www.gaba-dent.de
E-Mail: info@gaba-dent.de

meridol[®] med CHX 0,2 %. **Wirkstoff:** Chlorhexidindigluconat-Lösung (Ph. Eur.). **Zusammensetzung:** 100 ml Lösung enthalten 1,0617 g Chlorhexidindigluconat-Lösung (Ph. Eur.), entsprechend 200 mg Chlorhexidinbis (D-gluconat), Sorbitol-Lösung 70 % (nicht kristallisierend) (Ph. Eur.), Glycerol, Macrogolglycerolhydroxystearat (Ph. Eur.), Citronensäure-Monohydrat, Pfefferminzöl, Patentblau V, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Zur zeitweiligen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle, als temporäre adjuvante Therapie zur mechanischen Reinigung bei bakteriell bedingten Entzündungen der Gingiva und der Mundschleimhaut sowie nach parodontalchirurgischen Eingriffen, bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels, bei schlecht durchblutetem Gewebe, am Trommelfell, am Auge und in der Augenumgebung. **Nebenwirkungen:** Reversible Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens, reversibles Taubheitsgefühl der Zunge, reversible Verfärbungen von Zahnhartgeweben, Restaurationen (Zahnfüllungen) und Zungenpapillen (Haarzunge). Selten treten Überempfindlichkeitsreaktionen auf. In Einzelfällen wurden auch schwerwiegende allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock nach lokaler Anwendung von Chlorhexidin beschrieben. In Einzelfällen traten reversible desquamative Veränderungen der Mukosa und eine reversible Parotisschwellung auf. GABA GmbH, 79515 Lörrach. Stand: 08/2008.



Die GABA GmbH
ist offizieller Partner
der Deutschen
Gesellschaft für
Parodontologie e.V.

Die Konsequenzen einer Therapieentscheidung sind selbstverständlich bei jedem Patienten zu bedenken [Convention on Human Rights and Biomedicine Art. 5]. Das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit [Art. 2 II 1 GG] ist ein schützendes Recht und garantiert den Schutz vor körperlichen Schäden. Im Bereich der Zahnheilkunde entspricht es dem Non-Malefizien-Prinzip. Eine unvollständige und damit bewusst mangelhafte Therapie mit sicheren Folgeschäden verletzt dieses Recht, das jeder Person zusteht.

Selbst wenn die gewonnene Sicherheit für einen politischen Flüchtling wichtiger sein dürfte als die konkrete Ausgestaltung der medizinischen Versorgung im Asyl gewährenden Land, ist ein mehrjähriges Ausharren mit bloßer Notversorgung in Anbetracht der zu erwartenden Folge- beziehungsweise Spätschäden nicht hinnehmbar.

Ferner kann die wiederholte Verweigerung einer beantragten, fachlich gebotenen Leistung auf die Betroffenen psychisch zermürbend wirken, weshalb sie als „a powerful constraint on care“ bewertet wird [Morreim, 1991]. Haben sich der psychische Schaden und das patientenseitige Misstrauen erst einmal gefestigt, wird es das weitere soziale Verhalten des Patienten beeinträchtigen, so dass es mit den Jahren zu Einschüchterung, angstvollem Verhalten und sozialem Rückzug kommen kann [Parker et al, 2003].

Insofern steht das Nichtschadensgebot der Anwendung der den „behördlichen“ Vorgaben entsprechenden Option c – aber auch den Optionen b und e – diametral entgegen.

Prinzip 3: Gebot des Wohltuns (Benefizienz-Prinzip)

Ein Asylbewerber hat wie jeder andere Patient gemäß § 2 der Musterberufsordnung Anspruch darauf, dass der Zahnarzt die Behandlung „nach den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit“ und entsprechend den „Regeln der zahnmedizinischen Wissenschaft“ erbringt – und zwar „in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig“ [§ 17 SGB I], wobei es „den Einzelfall unter medizinischen Gesichtspunkten“ zu betrachten gilt [Bundestags-

Drucksache 12/4451; Thür. Landtag Drucksache 5/3109].

Dem Prinzip der Benefizienz zufolge sind Schmerzfälle dringlich, aber in der Folge auch vollständig und *lege artis* zu behandeln. Ein Asylbewerber kann jedoch in der Regel aufgrund der Mittellosigkeit keine Leistungen privat bezahlen. Sein gesetzlich vorgeschriebenes „Taschengeld“ ist für öffentliche Verkehrsmittel und Kommunikation vorgesehen und ein vertretbarer weiterer „Kürzungsspielraum“ ist nicht vorhanden [Röseler/Meyer, 2006, § 1 a Rn. 26], so dass es hier ethisch nicht vertretbar ist, die Erbringung notwendiger zahnärztlicher Leistung von privater Zuzahlung (Option d) abhängig zu machen.

nicht relativiert werden, zumal die Nachkriegs-Menschenrechts-Konvention 1948 – ebenso wie die Europäische Menschenrechtskonvention 1950 und der Nürnberger Kodex zur Medizinethik 1947 – gerade unter dem Eindruck der Verletzungen der Menschenwürde im Zweiten Weltkrieg formuliert wurden [Gostin, 2001]. Eine Relativierung dieser Menschenrechte würde allen historischen Lehren zum Trotz die Existenz von „Menschenwürde“ [Allg. Erklärung der Menschenrechte, Art. 1; Art.1 GG] schlechthin infrage stellen. Durch den Nürnberger Kodex wurden „fundamentale Menschenrechte in der Medizin etabliert“, er zeigt die „Verknüpfung von im Völkerrecht verankerten Menschenrechten und hippokratischer



Foto: MEV/zm

Staatsmedizin oder hippokratische Medizin – das ist hier die Frage.

Prinzip 4: Gerechtigkeit

Das Gerechtigkeitsprinzip kommt in diesem Fall besonders zum Tragen, da die Frage nach Gerechtigkeit mehrere Ebenen und vielschichtige Interaktionen sowohl von medizinethischer und -rechtlicher als auch von gesellschaftspolitischer und menschenrechtlicher Relevanz betrifft. Im Folgenden wird versucht, diese Beziehungen etwas zu entflechten.

Egalität der Grundversorgung versus kultureller Relativismus: „Gesundheit“ ist ein konditionales Gut und es entspricht dem Grundsatz der Egalität, dieses Gut für jeden Menschen gegen schädigende Abstriche zu verteidigen [Williams, 2007; Allg. Erklärung der Menschenrechte, Art. 25]. Die schützenden Menschenrechte hierzu dürfen insgesamt und somit auch für Flüchtlinge

Ethik“ auf [Schmidt/Frewer, 2007]. Insofern ist zu fordern, dass die schützenden Menschenrechte auch in der Heilkunde bindend gelten müssen [FDI, 2007]. Deshalb darf der Zahnarzt – wie im Genfer Gelöbnis beschrieben – in der Grundversorgung keine von Nationalität beziehungsweise bürgerlichem Status abhängigen Unterschiede machen [Genfer Gelöbnis]. Ebenso sieht der „Public Health Code of Ethics“ vor, dass der Zugang zu „basic resources and conditions necessary for health“ für alle bestehen muss [Columbus Public Health]. Patienten abhängig von ihrer Nationalität unterschiedlich zu behandeln und hier trotz überlegener Behandlungsalternativen zur Zange zu greifen, widerspräche dem ärztlichen Selbstverständnis und dem Prinzip der Menschenwürde,

Klinische
36-Monatsdaten *

Der Molarexpress



SDR[®] Smart Dentin Replacement

- Weltweit mehr als 12 Millionen SDR-Restaurationen*
- 3 Jahre klinischer Erfolg
- Einzigartige Selbstnivellierung
- Neue erweiterte Indikationen
- Jetzt auch in der Spritze erhältlich



For better dentistry

DENTSPLY

Weitere Informationen: www.dentsply.de/SDR
oder DENTSPLY Service-Line 08000-735000 (gebührenfrei).

das asylrechtlichen Bestimmungen übergeordnet ist [Röseler/Meyer, 2006, §1 a Rn. 26; Goebel-Zimmermann, 2006, Rn.34].

Ebenso kritikwürdig ist ein kultureller oder ethischer Relativismus, bei dem eine systematische Schlechterstellung beziehungsweise Diskriminierung von Individuen oder Personengruppen mit deren Ethnizität oder politischer Zugehörigkeit erklärt und gerechtfertigt wird [Marshall, 2003]. So wird zuweilen postuliert, dass es verantwortbar sei, farbige beziehungsweise arme Menschen mit medizinischen Maßnahmen unter beziehungsweise außerhalb des geltenden fachlichen Standards zu versorgen, da die Bevölkerung im Herkunftsland angesichts der dortigen (unterentwickelten) medizinischen Infrastruktur auch nicht gemäß diesen Standards versorgt werde [ebd.].

Eine Politik, die bestimmten Personengruppen über einen Zeitraum von mehreren Jahren systematisch einen medizinischen Standard vorenthält, ist diskriminierend und stigmatisierend. Zudem wird der Zahnarzt so nolens volens zum Vollstrecker eines fragwürdigen sozialpolitischen Regelwerks – ein Sachverhalt, der auch berufsethischen Klärungsbedarf aufwirft: Wenn seitens der Kostenträger gängige Vorurteile bedient werden oder mit Ressentiments gearbeitet wird, wie etwa der Unterstellung, es sei „bekannt, daß gerade im Bereich der Asylbewerber oft ein stark forderndes Verhalten [...] anzutreffen ist“ [Sozialamt Eisenach, 2003], gebietet es das (zahn)ärztliche Ethos, sich nicht vereinnahmen zu lassen.

Mit Blick auf das Gerechtigkeitsprinzip ist deshalb die dirigistische Behandlungsoption c als fachlich wie ethisch unangemessen zu betrachten. Der Zahnarzt muss – hierauf wird er auch durch die Musterberufsordnung [Präambel und § 2 (2)] festgelegt – die Menschenwürde und insbesondere die Menschlichkeit in jedem Fall achten. Besagtes Gerechtigkeitsargument, das in der Verantwortung des Zahnarztes und der Gesellschaft für den Patienten im historischen Kontext gründet und für das Funktionieren des Gemeinwohls von elementarer Bedeutung ist, spricht für Option a.

Gerechtigkeit gegenüber Flüchtlingskindern:

Eine Gesellschaft, die sich einer „sozialen Gerechtigkeit“ verpflichtet sieht, darf unseiner Erachtens die Heilbehandlung von Kindern nicht von einer Prüfphase des politischen Ansinnens ihrer Erziehungsberechtigten abhängig machen. Gerade Kinder soll und darf der Staat beschützen als „Parens patriae“ [American College of Dentists], insbesondere wenn wie hier die Autonomiefähigkeit der Eltern nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist. Kinder benötigen sui generis die bestmögliche Entfaltung ihrer Lebenschancen, wozu die Gesundheit als konditionales Gut gehört. In diesem Sinn ist auch die Prävention angezeigt: „Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder [...] genießen den gleichen sozialen Schutz“



Foto: [M] km-Meinardus

[All. Erklärung der Menschenrechte, Art. 25 (2)]. Das Flüchtlingskind hat wie jedes andere Kind ein Recht auf optimale Entwicklung, „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ und „Leistungen der sozialen Sicherheit“ [Unicef, 1989, Art. 24, 26; WMA, 2009].

Der Zahnarzt muss mit Blick auf das Kindeswohl Option a wählen. Doch ausgerechnet Deutschland behielt sich bis Mai 2010 das Recht vor, bezüglich der UN-Rechte des Kindes „Unterschiede zwischen Inländern und Ausländern zu machen“ [Vorbehaltserklärung, 1992]. Nachdem die UN-Kinderrechte nun auch in Deutschland gelten, gibt es keinerlei Rechtfertigung mehr für gesundheitliche Restriktionen bei Flüchtlingskindern. Eine entsprechende Klarstellung seitens des Gesetzgebers ist überfällig.

Gerechtigkeit gegenüber dem Zahnarzt:

Beim Bestreben der Kommunen, Kosten einzusparen, ist nicht der Zahnarzt bezüglich seiner KZV-Abrechnung in die Pflicht zu nehmen: Er darf sich nicht zum fachlichen Substandard oder gar zum Honorarverzicht genötigt sehen. Die Gratisbehandlung wäre ungerecht gegenüber dem Zahnarzt, denn er würde nicht nur die Behandlung umsonst leisten, sondern müsste in seiner grundsätzlich durch das Eigentumsrecht (Art. 14 GG) geschützten Praxis [Schrinner, 1996] schließlich auch auflaufende Kosten selbst aufbringen. Diese Option schädigte die stärker betroffenen Praxen ungleichgewichtig mehr. Regelmäßige Gratisbehandlungen einer ganzen Patientengruppe sind ethisch kritikwürdig, weil sie in der Summe bewertet einen unbotmäßigen Aufwand darstellen [Morreim, 1991]. Selbst in einer von Altruismus geprägten Berufsauffassung kann die unbezahlte Leistung nur auf einer persönlichen und freiwilligen Entscheidung im Einzelfall beruhen. Willensfreiheit ist nicht gegeben, wenn die wirtschaftliche Praxis-situation es nicht erlaubt – eine verschuldete oder am Rande der Wirtschaftlichkeit existierende Praxis kann nicht regelmäßig unbezahlte und zeitaufwendige Behandlungen erbringen.

Der ministerielle Hinweis auf den Hippokratischen Eid beziehungsweise die „berufsrechtlichen Vorschriften“ der Ärzte [Thür. Landtag Drucksache 5/3111 und 5/3116] als Beleg und als Maßgabe dafür, dass die thüringischen Zahnärzte trotz Restriktionen immer „nach qualitätsgerechten Maßgaben und im notwendigen Umfang entsprechend der vorliegenden Indikation“ behandeln mussten beziehungsweise müssen, ist unangemessen, denn er setzt die Zahnärzte, die nicht gegen ihr Gewissen handeln wollen, unter eben diesen Druck, therapeutische Maßnahmen auf eigene Kosten durchzuführen. Gleiches gilt für eine „Klarstellung“ des Thüringer Landesverwaltungsamtes vom 27.01.2012, wonach „zahnerhaltenden Maßnahmen der Vorrang vor einer Extraktion einzuräumen“ sei, aber wiederum auf den entsprechenden Leistungskatalog der KZV und die Genehmigungspflicht für darüber hinausgehende



*Qualität,
die begeistert.*

Sekundenschnelle Entfernung von Zementüberschüssen

Einfachheit, die begeistert. Mit Ketac™ Cem Plus von 3M™ ESPE™.

Saubere Arbeit: Ketac™ Cem Plus Automix bietet die perfekte Kombination aus komfortabler Anwendung und bewährter klinischer Leistung. Durch Kurzzeit-Lichtpolymerisation geht überschüssiger Zement sekundenschnell in einen Gelzustand über und lässt sich spielend leicht entfernen.

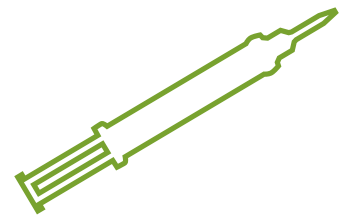
- **NEU:** Schnellere und einfachere Überschussentfernung durch Kurzzeit-Lichtpolymerisation
- Sehr einfache Anwendung durch praktische Automixspritze
- Lang anhaltende Fluoridabgabe
- Hervorragend geeignet für die Befestigung von Verblend-Metall-Keramiken (VMK)

3M ESPE. Qualität, die begeistert.

www.3MESPE.de

**IDS
2013**

Besuchen Sie uns auf der
IDS vom 12. – 16.03.2013
in Halle 4.2, Stand G90/91



**Ketac™
Cem Plus**

Kunststoffmodifizierter
Glasionomer-Befestigungszement

3M ESPE

INFO

Über die Autoren

Einer Anregung aus der Leserschaft folgend, werden die Kommentatoren der ethischen Fälle von nun an näher beschrieben.

Prof. Dr. med. dent. Ralf Vollmuth

Apl. Professor für Geschichte der Medizin an der Universität Würzburg. Arbeitsschwerpunkte unter anderem Geschichte und Ethik der Zahnmedizin. Hauptberuflich tätig als Sanitätsoffizier (Zahnarzt) der Bundeswehr. Mitglied im „Arbeitskreis Ethik“ der DGZMK.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß

Groß ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen und Inhaber des gleichnamigen Lehrstuhls. Seit 2008 leitet er das Klinische Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Aachen und seit 2010 den nationalen „Arbeitskreis Ethik“ (AKE) der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (DGZMK). Die Ethik der Zahnheilkunde gehört seit 1990 zu seinen Arbeitsschwerpunkten.

Dr. med. dent. Gereon Schäfer

Gereon Schäfer war bis 2012 Stellvertreter des Institutsdirektors am Institut für Geschichte, Theorie & Ethik der Medizin der RWTH Aachen. Seit 2011 angestellter Zahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Saarbrücken. Mitglied im „Arbeitskreis Ethik“ der DGZMK.

Assessor Carsten Hörich

Hörich ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Öffentliches Recht (Prof. Dr. Winfried Kluth) an der Martin-Luther Universität in Halle.

Leistungen hingewiesen wird [Dittes, 2012]. Durch diese Argumentationen wird der Versuch unternommen, gesamtgesellschaftliche Aufgaben in unlauterer Weise auf einzelne Leistungserbringer abzuschieben. Anders ausgedrückt: Die implizite Ermahnung zum ärztlichen Eidgedanken rechtfertigt keine systematische Ausnutzung und kumulative wirtschaftliche Selbstopferung der Profession. Sie kollidiert mit dem Stellungsauftrag des Leistungsträgers selbst und ist insbesondere deshalb perfide, da gerade diejenigen, die unethisch handeln, ethische Verantwortung der Leistungserbringer einfordern. Es kann nicht auf Verwaltungsebene für Patienten ein Standard unterhalb der Lex artis willkürlich bestimmt werden, während gleichzeitig der Zahnarzt juristisch zum Facharztstandard verpflichtet bleibt. Die Public-Health-Ethik betont, dass die Gesundheit des Einzelnen limitiert, nicht aber beschädigt werden darf zugunsten der Gesundheit aller. Vielmehr sind durch die menschenrechtlich verankerte Schutzpflicht dem Utilitarismus im Gesundheitswesen grundgesetzliche Grenzen gesetzt [Gutmann, 2006], und die Lex artis steht (auch strafrechtlich) immer höher als der wirtschaftliche Aspekt [Tag, 2005].

Einem bestehenden Behandlungsbedarf über Jahre hinweg lediglich mit unvollständiger Therapie zu begegnen, wird zudem im Hinblick auf zahnärztliche wie allgemeinmedizinische Folgekosten nur vordergründig wirtschaftlich günstig sein. Im Gegenteil – sie wird angesichts zu erwartender Spätschäden in der Regel einen höheren ökonomischen Aufwand nach sich ziehen. Auch vor diesem Hintergrund wäre die Erstattung der Behandlungskosten, also eine solidarisch finanzierte Option (ohne Kostenbeteiligung des Zahnarztes), als eine sozialetisch wie wirtschaftlich angemessene Vorgehensweise anzusehen.

Gerechtigkeit im Arzt-Patient-Verhältnis:

Die Arzt-Patient-Beziehung ist zwar realiter nicht frei von wirtschaftlichen Überlegungen, allerdings ist darauf zu achten, dass das Bestimmungsrecht nur den beiden Akteuren – Arzt und Patient – obliegt. Doch die Flüchtlinge stehen in Abhängigkeit

von den Behörden, denen per Gesetz die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung zukommt – mit dem ausdrücklichen Ziel, „für den von diesem Gesetz umfaßten Personenkreis die freie Arztwahl auszuschließen“ [Bundestags-Drucksache 12/4451]. Zu dieser Absicht des AsylbLG bleibt als „einzig erkennbarer Zweck [...] die Beschränkung der Handlungsfreiheit der Leistungsberechtigten. Dies kann aber angesichts der gesundheitlichen Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient [...] kein verfassungsrechtlich legitimes Ziel sein“ [Röseler/Meyer, 2006, § 4 Rn. 18].

In unserer Gesellschaft schuldet der Zahnarzt die „erste Treue“ dem Patienten und nicht etwa dem Staat. Jeder Patient sollte darauf vertrauen können, keine „Staatsmedizin“ [Hoppe, 2005], sondern eine hippokratische Medizin zu erhalten. Diese Verpflichtung zum Wohl des Patienten fußt auf der beruflichen Autonomie und dem Expertenstatus des Zahnarztes. Deshalb kann und darf der Zahnarzt das Recht und die Pflicht, über die notwendige zahn-erhaltende Behandlung zu entscheiden, nicht willfährig an Nicht-Zahnärzte abtreten. Ähnliches gilt explizit für Flüchtlinge: „Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen, einschränken“ [Weltärztebund, 1998].

Aus dem Gesagten ist zu folgern, dass die Tätigkeit des Zahnarztes zwingend frei sein muss und dass der medizinische Standard der zahn-erhaltenden Maßnahmen nicht durch Fachfremde zu einem behördlichen Standard abgeändert werden darf, sondern einem wie durch die GKV festgelegten prozeduralen zahnärztlichen Mindeststandard zu entsprechen hat.

Folgt der Zahnarzt von vornherein der Abrechnungsliste der KZV im Sinne einer expliziten direkten Rationierung, so hat er nicht nur sich selbst (wiederholt) zu einer Handlung gegen sein Gewissen und seinen Willen leiten lassen; vielmehr bewegt er sich auch außerhalb der Vorgaben des Zahnheilkundengesetzes und der Berufsordnungen. Der Zahnarzt würde nicht die geschuldete fachgerechte Behandlung des Patienten



Effektive Keimreduktion mit 0,2% CHX

Ein Fall für DYNEXAN PROAKTIV®

- ✓ Ihre alkoholfreie Spülung vor und nach Behandlungen
- ✓ Ihr einziges zugelassenes Arzneimittel mit CHX für den Prophylaxeshop*
- ✓ Ihre Verwendungsempfehlung zur sicheren Nachsorge

* Krüger, Die Abgabe von Arzneimitteln durch Zahnärzte, ZM 100, Nr. 20a, 16.10.2010, 114-117.

Erhältlich auch im Dentalgroßhandel.

5 Liter Großflasche für Ihre Praxis



Bruchsichere 300 ml PET-Flasche für zuhause

www.dynexan.de

DYNEXAN® – die Helden der Mundgesundheit

DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX. Zus.: 100 g enth.: Wirkstoff: Chlorhexidinbis (D-gluconat) 0,2 g; weit. Bestandteile: Glycerol, Macrogolglycerolhydroxystearat (Ph. Eur.), Minzöl, Pfefferminzöl, ger. Wasser. Anw.: Vorübergehend zur Vermind. von Bakt. in d. Mundhöhle, als unterstützende Beh. zur mechan. Reinig. bei bakt. bed. Entzünd. d. Zahnfl. u. der Mundschleimhaut sowie nach chirurg. Eingriffen am Zahnhalteapparat. Bei eingeschr. Mundhygienefähigkeit. Gegenanz.: Nicht anw. bei Überempfindlichk. gegen Chlorhexidin od. einen der sonst. Bestandt., bei schlecht durchblutetem Gewebe in der Mundhöhle, am Trommelfell, am Auge und in der Augenumg., bei offenen Wunden u. Geschwüren in der Mundhöhle (Ulzerationen), bei Pat. mit Bronchialasthma od. and. Atemwegserkrank., die mit einer ausgepr. Überempfindlichk. der Atemwege einhergehen. Die Inhalation von Menthol kann zu Atemnot führen od. einen Asthmaanfall auslösen. Bei Sgl. u. Kleinkdr. < 2 J. (aufgr. altersbed. mangelnd. Kontrollfähigk. d. Schluckreflexes u. Gefahr eines Kehlkopfkrampfes). Nebenw.: Selten: kurzzeit. Beeintr. d. Geschmacksempf., vorübergeh. Taubheitsgefühl der Zunge u. vorübergeh. Verfärb. von Zunge sowie Zähnen u. Restaurationen. In Einzelf.: Überempfindlichk. gegen Bestandt. von DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX; vorübergeh. oberflächl., nicht blutende Abschilferungen der Mundschleimhaut. Ständ. Gebr. von DYNEXAN PROAKTIV® 0,2% CHX ohne mechan. Reinig. kann Blutungen des Zahnfleisches fördern. Enthält Macrogolglycerolhydroxystearat u. Menthol. Stand: August 2011. Chem. Fabrik Kreussler & Co. GmbH, D-65203 Wiesbaden.

erbringen, was ihm objektiv als „grober Behandlungsfehler“ angelastet werden könnte. Auf die juristischen Folgen, angefangen mit der in solchen Fällen üblichen Beweislastumkehr bis hin zum Vorwurf der Körperverletzung, kann an dieser Stelle nur am Rande hingewiesen werden. Das zahnärztliche Recht und die Pflicht, entsprechend dem Zahnheilkundegesetz, dem medizinischen Stand und dem eigenen Gewissen zu behandeln, stehen unseres Erachtens höher als die Umsetzung schädigender Behandlungsvorgaben. Es ist ethisch geboten, Schmerzfreiheit herzustellen und Schaden von den Patienten abzuwenden, um mit einer Behandlungsverweigerung nicht die Schwächsten zu treffen.

Wenn der Patient Mittel zum Zweck wird, wird es auch der fürsorgepflichtige Zahnarzt selbst. Die Konsequenzen für ihn sind also ebenso gewichtig. Eine Klage gegen das Sozialamt übersteigt jedoch seine erforderliche Aufopferungsfähigkeit, weil seine Kritik nicht nur den einzelnen Behandlungsfall, sondern die ganze Auslegungspraxis des AsylbLG in Thüringen beträfe und es Sache der ganzen Profession ist, Politik und Behörden auf ihre Verantwortung hinzuweisen. Hier steht insbesondere die Gemeinschaft der Vertragszahnärzte als Mitglieder der KZV Thüringen in der Pflicht, aber auch die Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – ohne und gegen deren ärztliche Stellungnahme kein Sachbearbeiter Gesundheitsleistungen verweigern darf – und nicht zuletzt die gesamte Zahnärzteschaft des Landes Thüringen, vertreten durch die Landes Zahnärztekammer.

Die Analyse zeigt, dass sich der Zahnarzt in einer Dilemmasituation befindet, die er als Einzelperson nicht auflösen kann. Vielmehr sind die Berufsvertretungen aufgerufen, auf eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen hinzuwirken.

Im konkreten Fall schlagen wir dem Zahnarzt vor, dass er die Untersuchung und die indizierte Therapie im besten Interesse des Patienten treuhänderisch durchführt, soweit es die wirtschaftlichen Möglichkeiten seiner Praxis erlauben, ohne diese als „Bittsteller“ [Hartung, 2012] erst noch bei fachfremden Behörden zur „Genehmigung“ einzureichen. Eine Kostenzusage für medizinisch notwendige Leistungen durch eine fachfremde Behörde kann als Standardverfahren nicht akzeptiert werden. Kein Sachbearbeiter einer Behörde hat die Kompetenz, die medizinische Indikation oder Notwendigkeit zu überprüfen: Diese Aufgabe kann allenfalls ein (Zahn)Arzt (Öffentlicher Gesundheitsdienst) übernehmen, wenn es einer besonderen Begründung wie etwa bei einer unaufschiebbaren prothetischen Behandlung bedarf. Indem die KZV Thüringen eine Liste der für Asylbewerber abrechenbaren Leistungen einführte, hat sie nolens volens einem solch unzulässigen „Genehmigungs“-Verfahren Vorschub geleistet und einen bürokratischen Standard etabliert, der Patienten regelmäßig notwendige zahnärztliche Leistungen vorenthält.

Daher soll der Zahnarzt seine erbrachten Leistungen bei der KZV zur Abrechnung einreichen. Werden sie nicht vergütet, soll er die KZV schriftlich um eine Begründung bitten, die konkret erläutert,

■ warum eine Untersuchung genehmigungspflichtig ist,

■ mit welchem Recht der Molarenerhalt beim Kind vom Sozialamt abgelehnt werden darf und

■ warum bei der Mutter eine Nicht-legeartis-Behandlung der Frontzähne problemlos abgerechnet werden darf, während die Legeartis-Behandlung bürokratisch erschwert beziehungsweise sogar abgewiesen werden kann.

Alle weiteren Patienten sollte er – für eine befristete Zeit – im Rahmen der Schmerztherapie behandeln und die indizierten Maßnahmen einschließlich der Untersuchung beim Sozialamt beantragen. Sofern diese nicht vollständig genehmigt werden, fordert er vom Amt eine medizinische Begründung ein, die nur von einem Zahnarzt (in der Regel ein Kollege des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) gegeben werden kann. Da keine medizinische Begründung für die Ablehnung existiert, wird das Sozialamt nicht umhin kommen, die „beantragten“ Leistungen zu „genehmigen“. Sollte das Sozialamt auf der Ablehnung beharren, empfehlen wir, das Ablehnungsschreiben dem Vorstand und dem Justiziar der Zahnärztekammer vorzulegen und auf die Diskrepanz zwischen einer standes- und menschenrechtskonformen Legeartis-Behandlung und den administrativen Vorgaben hinzuweisen. Zudem sollte der kritikwürdige Status quo mit den Kostenersatzregelungen in der ThürFlüKEVO juristisch überprüft werden. Dafür sind konzertierte Anstrengungen der Standesorganisationen unter dem Dach der BZÄK erforderlich.

Ralf Vollmuth und Gereon Schäfer

Korrespondenzadressen:

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

Prof. Dr. med. dent. Ralf Vollmuth
Institut für Geschichte der Medizin
Oberer Neubergweg 10a
97074 Würzburg
dr.ralf.vollmuth@t-online.de

Ass. Jur. Carsten Hörich
Körnerstraße 6,
06114 Halle
carsten.hoerich@jura.uni-halle.de



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

Panasil[®] initial contact. Nicht nur für Extremsituationen, aber auch.



Auch bei der Abformung gilt: Wäre man mit guten Lösungen schon zufrieden, gäbe es nur wenig Fortschritt. Das moderne A-Silikon Panasil[®] initial contact fließt durch seine außergewöhnliche initiale Hydrophilie nach der gewohnten Sulkusvorbereitung direkt an die feuchte Zahnoberfläche und benetzt diese bleibend. Das Resultat: zeichnungsscharfe Abformungen der Präparationsgrenze auch in Extremsituationen. Ob für die zweizeitige Korrekturabformung oder für die einzeitige Doppelmisch- oder Sandwichabformung. In Kombination mit den Panasil[®]-Trägermaterialien bieten wir Ihnen für diese Techniken das optimale System. Fordern Sie Ihr Informationspaket an unter +49 (0) 2774 70599 oder im Internet unter www.kettenbach.de

Implantate auf der IDS 2013

Oberflächen haben hohes Innovationspotenzial

Die implantologische Behandlungsplanung ist erfolgt, oft unter Einsatz von 3-D-Technologien, das Implantat ist inseriert, nun folgt die Einheilungsphase. Am liebsten würde man zusehen, wie diese an der Grenzfläche „Implantat-Knochen“ auf der Nanometerskala oder gar auf molekularer Ebene abläuft. Wie dies grundsätzlich erfolgt und welche Rolle dabei die Oberflächenbeschaffenheit des Implantats spielt, wird im Folgenden dargestellt.



Abbildung 1: Durch die topografische Gestaltung von Implantatoberflächen lässt sich nicht nur der BIC-Wert (bone implant contact) erhöhen, auch die biomechanische Wechselwirkung an dieser Grenzfläche bei Frühimplantationen kann günstig beeinflusst werden.

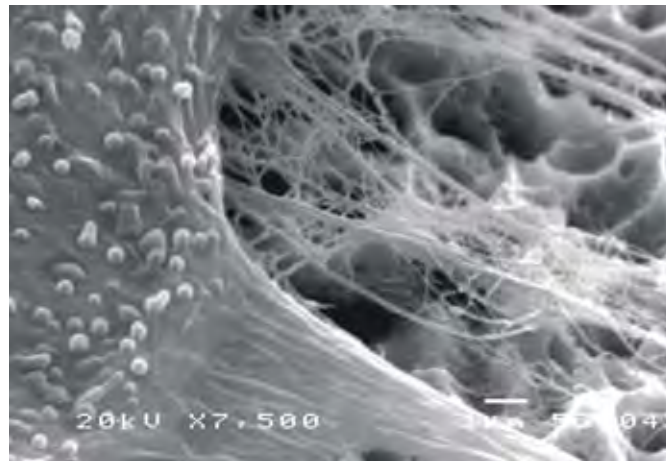


Abbildung 2: Nach vier Wochen in Kultur: Verbindungen zwischen extra-zellulärer Matrix und Implantatoberfläche.

Das Einheilen eines Implantats in den Kiefer erfolgt nach ähnlichen Prinzipien wie ganz allgemein das Schließen einer Knochenwunde. Zunächst baut der Körper eine Leitstruktur an der Implantatoberfläche auf, ein mikroporöses Netzwerk aus dem in der Leber gebildeten Glykoprotein Fibrinogen (= Blutgerinnungsfaktor I) und Blutplättchen (Thrombozyten). Dort hinein können später Blutkapillaren, perivaskuläres Gewebe und Knochen einwachsen.

Im Einzelnen werden die Implantatoberflächen zunächst von Fibrinogen belegt. Und an dieses Glykoprotein wiederum können sich die Thrombozyten anheften. Ihre nachfolgende Aktivierung führt zu einer Erhöhung ihrer Affinität zum Fibrinogen, und im Endeffekt bildet sich ein Netzwerk aus Fibrinogen und Thrombozyten aus. Diese sondern darüber hinaus bestimmte Wachstumsfaktoren ab; sie bringen osteogene Stammzellen dazu, aus dem Kieferknochen durch das Thrombozyten-Fibrinogen-Netzwerk zur Implantatoberfläche zu migrieren.

Soweit die Osseokonduktion – nun zur Knochenneubildung: Sie beginnt an der Implantatoberfläche. Die dort anhaftenden osteogenen Zellen scheiden nach und nach Knochen ab, der das Thrombozyten-Fibrinogen-Netzwerk als Stützmatrix nutzt und sozusagen durch sie hindurchwächst (Osseointegration).

Die Matrix selbst hat am Ende ihren Dienst getan und wird mineralisiert (Ablagerung von Kalziumphosphat). Nun beginnt die Remodellierung. Sie umfasst Knochenabbau- und -aufbauvorgänge zur Anpassung an die neu entstandene klinische Situation. Das gesamte menschliche Skelett durchläuft ein Leben lang ein solches Bone-remodelling. Im ersten Lebensjahr wird dadurch sogar praktisch das gesamte Skelett „ausgetauscht“, beim Erwachsenen sind es immerhin noch zehn Prozent.

Neben der knöchernen Einheilung spielen für den Erfolg einer Implantation selbstverständlich auch die Heilungsvorgänge im Weichgewebe eine wesentliche Rolle.

Zunächst kommt es zu Entzündungserscheinungen, wobei der Körper Zelldebris abbaut und die Wunde vor eindringenden Keimen schützt. Gleichzeitig werden Wachstumsfaktoren ausgeschüttet. Sie sorgen letztlich für die Bildung neuer Gefäße für die Blutversorgung in den neu gebildeten knöchernen Strukturen. Schließlich bildet sich in der Remodellierungsphase faserreiches periimplantäres Narbengewebe, insbesondere dort, wo das Implantat aus dem Knochen heraustritt.

Knochenwachstum lässt sich fördern

Die vorstehend beschriebenen komplexen Vorgänge bieten eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Beeinflussung durch eine geeignete Gestaltung der Implantatoberfläche. Ein gebräuchliches Kriterium für den Erfolg der Osseointegration ist dabei der BIC-Wert (bone implant contact), definitionsgemäß die Fläche, auf der Implantat und Knochen

Weniger Papier, mehr Gewinn

Karteikartenlos zum Erfolg

DAMPSOFT bietet Ihnen mit seinem Programm DS-WIN-PLUS ein optimales Tool, um Ihre Patientendaten digital zu verwalten. Während man bei der Übertragung von der Papierkartei ins EDV-System mit Umsatzverlusten von ca. 8% rechnet, profitieren Sie mit unserer Software von vielen Vorteilen:

- ▶ hohe Datengenauigkeit
- ▶ vereinfachte Arbeitsabläufe
- ▶ Zeitersparnis
- ▶ Platzgewinn

OPTI
der Zahnarztberater

Praxisführung mit Biss:

Ob karteikartenloses Arbeiten, Revisionsverwaltung, Qualitätsmanagement, Mitarbeiterverwaltung, Aufgabenmanagement, Wiedervorlagensystematik, Recall, SMS-Terminerinnerung oder leistungsgerechte Entlohnung - DAMPSOFT hat für diese und viele andere Herausforderungen die Lösung.

Gerne beraten wir Sie gemeinsam mit unserem Partner OPTI, wie Sie die Effizienz Ihrer Praxis steigern können.

Telefon (0 43 52) 91 71 16 • www.dampsoft.de

DAMPSOFT
Zahnarztsoftware

ohne dazwischenliegendes Bindegewebe aneinander liegen. Darüber hinaus können nach längerer Zeit persistierende entzündliche Erscheinungen ein Anzeichen für eine suboptimale Weichgewebsheilung darstellen.

Mechanische Modifikation: die Rauigkeit

Die Oberfläche eines Implantats kann in weiten Bereichen variiert werden – mechanisch, chemisch, biologisch. Es versteht sich von selbst, dass Rauigkeit, Benetzbarkeit, Textur, chemische Beschaffenheit und Modifikationen, wie etwa Beschichtungen, die Wechselwirkung mit dem menschlichen Körper beeinflussen. So dürfte die erste der oben angesprochenen Heilungsphasen, die Osseokonduktion, sogar am deutlichsten von der Oberflächenrauigkeit beeinflusst werden. Das üblicherweise verwendete Maß ist die durchschnittliche 3-D-Rauigkeit S_a , wobei als Faustregel gilt: Glatte ($S_a < 0,5 \mu\text{m}$) und geringfügig raue ($S_a > 0,5$ bis $1 \mu\text{m}$) Oberflächen führen zu weniger guter Osseointegration als raue Oberflächen ($S_a > 2 \mu\text{m}$). Die größten BIC-Werte erhält man bei mittlerer Rauigkeit ($S_a > 1$ bis $2 \mu\text{m}$) [Wennerberg et al., 2009]. Dabei wirken entgegengesetzte Kräfte: Während sich, gemäß In-vitro-Experimenten, die Osteoblasten am besten auf glatten Flächen ausbreiten und dort proliferieren können, werden die höheren Zell-Differenzierungs-, Matrix-Mineralisierungs- und Wachstumsfaktor-Produktions-Quoten bei rauen Flächen beobachtet [Novaes et al., 2010]. Das gezielte Einbringen von Strukturen im Nanometerbereich kann die Entstehung einer mineralisierten Matrix beschleunigen, während Nanoporositäten selektiv die Adhäsion von Osteoblasten begünstigen – und damit den Heilungsprozess [Novaes et al., 2010].

Durch gezielte topografische Gestaltung von Implantatoberflächen lässt sich nicht nur der BIC-Wert erhöhen. Auch die biomechanische Wechselwirkung an dieser Grenzfläche bei Frühimplantationen kann günstig beeinflusst werden [Albrektsson et al., 2004]. Dabei sind raue Oberflächen

gefragt, die sich auf unterschiedliche Weise erzeugen lassen, zum Beispiel durch das Plasmasprayverfahren (TPS), durch Sandstrahlen mit Keramikpartikeln, durch Säureätzung oder durch anodische Oxidation. Tendenziell schafft TPS die größten durchschnittlichen Rauigkeiten (Größenordnung: $7 \mu\text{m}$) im Vergleich zur kombinierten Säureätzung/Sandstrahlung (Größenordnung: $2,75 \mu\text{m}$) und die komplexeren Oberflächenstrukturen. Grundsätzlich ist dabei aber zu bedenken, dass stets Durchschnitts-

Chemisch betrachtet wird dadurch die Titandioxidoberfläche hydroxyliert, was wiederum einen wichtigen physikalischen Parameter, die Benetzbarkeit, erhöht. Tierexperimente [Buser et al., 1999; Schwarz et al., 2007; Bornstein et al., 2008] legen nahe, dass sich zumindest in den ersten Wochen der Einheilung bei Implantaten mit hydroxylierter Oberfläche höhere BIC-Werte erreichen lassen.

Zu einer deutlicheren chemischen Veränderung führt die anodische Oxidierung,

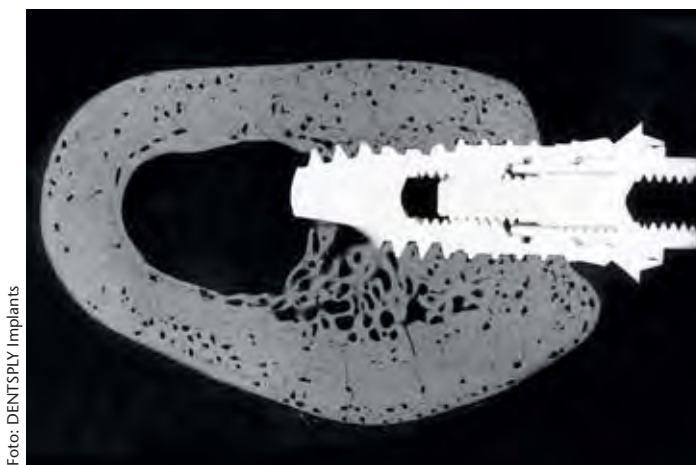


Abbildung 3: geflechtartiges Remodelling des kortikalen Knochens mit hoher Aktivität nach drei Monaten in der Übergangsregion des Gewindes

Foto: DENTSPLY Implants

werte angegeben werden. So schließen die höheren Rauigkeiten auch Porengrößen bis hin zu $50 \mu\text{m}$ ein – mögliche Einfallstore beziehungsweise Rückzugsgebiete für potenziell krankheitserregende Keime.

Weder in tierexperimentellen Vergleichen von zweimaligem Ätzen und TPS-Verfahren noch in klinischen Vergleichen von kombiniertem Ätzen/Sandstrahlen und TPS-Verfahren bei schwierigen Sofort-Implantationen (parodontale Vorschädigung) ergaben sich signifikante Vorzüge eines bestimmten Verfahrens. Die grundsätzliche Überlegenheit von Implantaten mit rauen Oberflächen gegenüber glatten konnte jedoch demonstriert werden [Al-Nawas et al., 2008].

Vorteilhaft könnte sich im Anschluss an eine kombinierte Ätzung/Sandstrahlung die Spülung des betreffenden Implantats unter Stickstoff-Schutz-Gas und seine anschließende Lagerung in isotonischer Kochsalzlösung auswirken [Zhao et al., 2005; Rupp et al., 2006].

analog zum bekannten Eloxal-Verfahren, mit dem man eine Oxid-Schutzschicht auf Aluminiumoberflächen schafft. Titan weist immer eine solche „Haut“ auf; diese lässt sich jedoch unter Verwendung des elektrochemischen Verfahrens, bei hohen Stromdichten und in Anwesenheit starker Säuren, verstärken. Einige Autoren vermuten, dass sich dadurch das osseokonduktive Potenzial, zumindest bei Typ-4-Knochen im Oberkiefer-Molarenbereich, erhöht [Huang et al., 2005].

Bio-Moleküle im Einsatz

Die Osteokonduktivität lässt sich auch durch Kalziumphosphat-Beschichtung steigern, wohl weil es sich um ein knochenähnliches und damit biomimetisches Material handelt. Durch chemische Bindungen soll eine starke Wechselwirkung zwischen der Implantatoberfläche und dem umgebenden Knochengewebe induziert werden [Junker et al., 2009]. Im Endeffekt käme es dann zu einer

W&H



Was auch immer auf Sie zukommt.

Mit W&H Hygiene- und Pflegeprodukten sind Sie auf alles vorbereitet.

Entdecken Sie Hygiene und Pflege neu:
mit W&H auf der IDS 2013, Halle 10.1, Stand C10-D11.

besseren Fixierung [Barrère et al., 2003; Quaranta et al., 2010; Yang et al., 2010], wobei allerdings auch vor dem Risiko einer späteren Ablösung der Kalziumphosphat-Beschichtung gewarnt wird [Lee et al., 2000].

Titanimplantat-Oberflächen, nicht zuletzt auch die mit Kalziumphosphat modifizierten, könnten in Zukunft auch zur Einlagerung von Wachstumsfaktoren und anderen biologisch aktiven Molekülen dienen, die zum Beispiel die Differenzierung von Osteoblasten beschleunigen. Ein solches System entfaltet eine „Retard-Wirkung“: Die bioaktiven Moleküle werden mit zeitlicher Verzögerung nach und nach freigesetzt und fördern den Heilungsprozess damit über eine längere Zeitspanne.

Titanoberflächen können auch direkt mit bioaktiven Molekülen modifiziert werden, etwa mit BMPs (bone morphogenetic proteins) oder mit extrazellulären Matrixproteinen. Zum Beispiel mit Typ-1-Collagen: Beschichtet man damit eine Titanoberfläche, so kommt es zur Förderung des Zellwachstums während der Osteoblasten-Differenzierung. Im Besonderen stellen darüber hinaus Titanoberflächen, die mit Peptiden mit Proteindomänen der Sequenz „Arginin-Glycin-Aspartat“ funktionalisiert sind, eine Bindungsstelle für bestimmte Eiweißmoleküle dar, die Integrine. Diese fördern ihrerseits die Adhäsion von körpereigenen Zellen untereinander und an Implantatoberflächen.

Die Ergebnisse von Labor- und Tierexperimenten sind allerdings widersprüchlich. Der Nutzen einer rhBMP2-Integration (rekombinantes humanes BMP-2) in Implantat-Oberflächen hängt von der Konzentration ab, wobei keineswegs „viel hilft viel“ gilt, sondern, es scheint ein Optimum zwischen „zu wenig BMP“ und „zu viel BMP“ zu geben. Auch die Art der Fixation spielt eine Rolle. Lediglich oberflächlich adsorbiertes BMP-2 ist in seiner Wirkung deutlich beeinträchtigt. Wie BMPs können auch andere Wachstumsfaktoren eine osseointegrative Kraft entfalten, etwa wenn das Fusionspro-



Abbildung 4: Schritt I der Osteogenese – Osteokonduktion: Osteoblasten migrieren über ein temporäres Fibrinnetzwerk (gelb) zur Implantatoberfläche.



Abbildung 5: Schritt II der Osteogenese – De-novo-Knochenbildung: Extrazelluläre Matrix (Kollagen) heftet sich an die Implantatoberfläche und mineralisiert dort.



Abbildung 6: Schritt III der Osteogenese – Knochen-Remodelling: Breite Zellaktivität an der Implantat-Knochen-Grenzfläche führt zur Bildung trabekulärer Strukturen entlang den Kollagenfasern und so zum Einwachsen von neuem Knochen.

tein FGF-FN (Fibroblastenwachstumsfaktor-Fibronectin) in eine anodisch oxidierte Titanimplantat-Oberfläche inkorporiert wird. Die BIC-Werte sind dann höher als für eine Oberfläche ohne diese Funktionalisierung.

Kurz: Die Integration von Bio-Molekülen kann den Einheilungsprozess in unterschiedlichen Phasen beschleunigen. Die Vorgänge, die dabei ablaufen, sind aber nicht immer leicht zu durchschauen, sie sind längst nicht alle aufgeklärt.

Relativ einfach erscheint dagegen zum Beispiel die Idee, Fluorid in die Titanoberfläche zu inkorporieren. Der Theorie nach sollte es mit dem Knochenbestandteil Hydroxylapatit Fluorapatit bilden, und dieser Stoff soll seinerseits die Osteoblastenproliferation antreiben. Vielversprechenden In-vitro-Resultaten ist allerdings noch kein klinischer Nachweis gefolgt.

Biomimetik und Biofunktionalisierung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine ganze Reihe vielversprechender Ansätze in Forschung und Wissenschaft zu einer Verbesserung der Einheilung von Implantaten gibt. Im Allgemeinen bewirken rauere Oberflächen, wie nach TPS-Behandlung oder Sandstrahlen, auf der Grundlage von BIC-Werten, eine bessere mechanische Verankerung. Darüber hinaus zielt eine zusätzliche Nanotexturierung auf biologische Unterstützung: Die Adhäsion von Proteinen und Osteoblasten verbessert sich, und es kommt gerade in der Frühphase der Einheilung zu einer besseren und/oder schnelleren Osseointegration.

Als Schritt in die Zukunft können die biomimetische Beschichtung und Biofunktionalisierung von Implantatoberflächen gelten. Die dazu teilweise schwer interpretierbaren oder gar widersprüchlichen Studienergebnisse können auch bedeuten, dass man hier auf ein differenzierteres Design, eine regiospezifische Rauigkeit und auf eine personalisierte Medizin setzen muss. Rauigkeiten im zervikalen

Bereich können die Einheilung fördern, während im Schulterbereich, wo das Weichgewebe anliegt, eine glattere Oberfläche günstiger sein kann (geringeres Risiko für Entzündungserscheinungen). Auch dürfte in der Regel in weniger dichtem Knochen eine

INFO

Fazit: IDS für IDS einen Schritt weiter

Der Implantologie stellen sich heute zwei Herausforderungen:

■ trotz bereits hoher Erfolgsquoten in den einschlägigen Studien eine weitere Steigerung, auch in der Breite der Anwendung bei den niedergelassenen Kollegen, ■ je nach Patientenwunsch häufigere Sofort- beziehungsweise Frühimplantationen.

Auf dem Weg zu diesen Zielen kommt die Forschung mal nur schrittweise, mal

mit einem großen Schub voran. Welche bestehenden Verfahren aufgrund neuer Studienergebnisse jetzt erst interessant werden und vor allem, wie sich der Fortschritt in innovativen Methoden und Produkten der Dentalindustrie manifestiert, das lässt sich kaum an einem anderen Ort so umfassend erfahren wie auf der Internationalen Dental-Schau vom 12. bis zum 16. März 2013 in Köln.

höhere Rauigkeit wünschenswert sein. Darüber hinaus mag eine BMP-Konzentration X in der Implantatoberfläche bei Patient A die Einheilung fördern, während sie für Patient B zu groß sein kann. Um dies vorab einschätzen zu können, bedarf es allerdings (messbarer!) Biomarker.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich der vorliegende Artikel bis hierhin stillschweigend auf Titanimplantate konzentriert hat. Daneben sind als neue Option Zirkonoxidimplantate verfügbar – allerdings mit zurzeit kleinem Marktanteil und naturgemäß weniger

starker Untermauerung durch In-vivo-Untersuchungen. Aus physiologischer Sicht mag man eine Titanoberfläche, die ja chemisch betrachtet eine Titandioxid-Oberfläche darstellt (TiO_2), und eine Zirkonoxidoberfläche (ZrO_2) als relativ ähnlich einschätzen. Beide Materialien sind im Bereich des Hüftgelenkersatzes eine medizinisch gängige Option. Man darf jedoch gespannt sein, welche Studienergebnisse die Zahnheilkunde dazu in Zukunft beisteuern wird.

Dr. Christian Ehrensberger
Holbeinstr. 20
60596 Frankfurt
cu_ehrensberger@web.de



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

DGI-APW Curriculum Implantologie

Für das schönste Lächeln Ihrer Patienten



Kursbeginn
monatlich

ZERTIFIZIERTES WISSEN

Der Goldstandard: praxisorientiert und wissenschaftsbasiert. Voraussetzung für den Tätigkeitsschwerpunkt.

KOMPETENZ

Bei der DGI lernen Sie von den Besten aus Praxis und Klinik. Höchste Kompetenz für Ihre Kompetenz.

KONZEPTE

Wissen, wie es funktioniert.
Verstehen, warum es funktioniert.
Erleben, dass es funktioniert.

VERTRAUEN

Selbstvertrauen schafft Vertrauen.
Die Absolventen bestätigen:
Sie werden mehr implantieren.

Gewebeerhalt und Gewebeaufbau um Implantate

Der Alveolarkamm ist Teil der rot-weißen Architektur

Jan Hermann Koch

Nach Zahnverlusten gehen zahnbezogene Gewebe in jedem Fall verloren. Der Alveolar-knochen wird um bis zu 50 Prozent reduziert. Mit regenerativen Methoden lässt sich das Knochenvolumen jedoch zum Teil erhalten oder wieder aufbauen. Im Idealfall kann die ursprüngliche „rot-weiße Ästhetik“ vollständig wiederhergestellt werden.



Fotos: M. Schlee, Forchheim

Abbildung 1: Nach Extraktion der Zähne 12 bis 22 ist eine konventionelle Brückenversorgung geplant. Das Bild zeigt den Zustand circa drei Monate nach Kieferkamm-erhaltenden Maßnahmen, die ein natürliches rot-weißes Ergebnis sicherstellen sollen.



Abbildung 2: Sechs Monate nach der Extraktion ist das weichgewebige Kieferkammvolumen gut erhalten (temporäre Brücke). Die Abformung für die definitive Brücke erfolgte zu diesem Zeitpunkt (Erstveröffentlichung dieses Beispiels in: Eur J Oral Implantol 2009;2:209-217).

Wenn einzelne Frontzähne, zum Beispiel aus endodontischen Gründen, nicht mehr zu halten sind, kommt zahn- oder implantat-gestützter Zahnersatz infrage. Vor allem bei fehlenden seitlichen Oberkieferschneidezähnen sind adhäsiv befestigte Vollkeramikbrücken eine dauerhafte Lösung [Kern, 2005]. Die einflügelige Variante hat eine ähnlich gute Prognose wie enossale Implantate [Kern, 2008]. Wenn die Nachbarzähne vorgeschädigt sind oder der Patient Implantate ablehnt, kann auch eine konventionelle zahngetragene Brücke angezeigt sein.

Voraussetzung für alle Optionen, zumindest bei entsprechenden ästhetischen Ansprüchen, sind ein intakter Alveolarkamm und gesunde Weichgewebe. Nur mit diesen ist eine harmonische „rote“ Umgebung für den Zahnersatz dauerhaft gewährleistet. Häufig ist jedoch die Kontur des Alveolarfortsatzes bereits vor Behandlungsbeginn

nicht mehr intakt. Als Ursachen kommen entzündliche Vorgänge oder – bei länger bestehenden Lücken – eine fehlende physiologische Belastung des Knochens infrage.

Dieser physiologische Volumenverlust von bis zu 50 Prozent lässt sich nach neueren Erkenntnissen durch Einbringen stabilisierender Materialien in die Extraktionsalveole zumindest teilweise vermeiden (Kieferkamm-Erhaltung) [Tan, 2012]. Wenn dies zum entsprechenden Zeitpunkt versäumt wurde und noch ausreichend Knochen vorhanden ist, kann das verlorene Gewebe mit gesteuerter Knochenregeneration (Guided Bone Regeneration, GBR) wieder aufgebaut werden, meist in Verbindung mit Implantaten [Buser, 1990]. Bei mehrspannigen Lücken ist häufig eine weitere Rekonstruktion erforderlich, zum Beispiel mit autogenen oder allogenen Knochen-

blöcken. Dieser Beitrag beschreibt das implantologische Vorgehen bei Lücken mit begrenzten Gewebeerlusten, die mit GBR regenerierbar sind.

Anamnese und Diagnostik

Wie vor jeder anderen oralchirurgischen Maßnahme ist zunächst eine sorgfältige Anamnese erforderlich. Es gibt einige absolute und zahlreiche relative Kontraindikationen. So erhöhen Vorerkrankungen, wie ein nicht optimal eingestellter Diabetes mellitus oder eine therapierte Parodontitis mit Resttaschen ab 5,5 Millimetern das Risiko für Misserfolge. Auch Rauchen kann den Behandlungserfolg infrage stellen. Detaillierte Informationen zu diesem Thema sind den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften zu entnehmen [BDIZ EDI, 2012; Dawson, 2009].



© frank peters - Fotolia.com



Dentaurum-Kurse – Wissen verbindet.

KURSBUCH 2013 ➔ Jetzt anfordern!

Wissen aus dem Bereich Zahnmedizin sowie das gesamte Kursprogramm der Dentaurum-Gruppe – jetzt anfordern unter: Telefon 072 31/803-470

Besuchen Sie uns
Halle 10.1
Stand E10/F11



Turnstraße 31 | 75228 Ispringen | Germany | Telefon +49 72 31/803-470 | Fax +49 72 31/803-409
www.dentaurum.de | E-Mail: kurse@dentaurum.de

Wenn die anamnestischen Voraussetzungen stimmen, die Indikation gegeben ist und der Patient implantatgestützten Zahnersatz wünscht, beginnt die Detailplanung. Dabei gelten die aus der zahngetragenen Prothetik bekannten Grundsätze und Regeln, zum Beispiel in Bezug auf die parodontale Vorbehandlung und funktionelle Fragen. Im Vergleich zum Vorgehen bei zahngestützter Prothetik wird das Knochen- und Weichgewebsangebot vor Implantationen besonders gründlich untersucht. Standard sind

Gestaltung von Implantat-Aufbau und Krone werden damit erheblich erleichtert. Welcher Aufwand sinnvoll ist, hängt auch vom Patientenanspruch ab. Ein erhöhter Schwierigkeitsgrad liegt immer bei Patienten vor, deren Kronen beim Lächeln oder Lachen komplett sichtbar werden, gegebenenfalls einschließlich größerer Anteile der befestigten Gingiva (gummy smile). Hier sollten zunächst, wie aus der konventionellen Prothetik und der restaurativen Zahnheilkunde bekannt, der Zahnbogen und das umgebende

mit dem parodontalen Ligament immer verloren geht.

Durch Einbringen von Knochen oder Knochenersatzmaterial in die Alveole ist es dennoch möglich, den horizontalen Knochenverlust im Bereich der Alveole um durchschnittlich knapp 60 Prozent zu reduzieren. Diese Methode wird als Kieferkamm-Erhaltung bezeichnet (ridge preservation) [Weng, 2011]. Bewährt haben sich hierfür unter anderem allogener Knochen und einzelne Knochenersatzmaterialien. Signifi-

Abbildungen 3 und 4:
Bei einer jungen Frau war nach einem Trauma eine externe Resorption um den Stiftaufbau des wurzelgefüllten Zahnes 11 aufgetreten.



Fotos: M. Lorenzoni, Graz, M. Stopper, Klagenfurt

neben der klinischen Untersuchung eine Modellanalyse, Zahnfilme und eine Panoramaschichtaufnahme.

Bei komplexeren Defekten, zum Beispiel nach Trauma, oder bei hohen ästhetischen Ansprüchen kann – nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung [DGZMK, 2009] – eine digitale Volumetomografie (DVT) angezeigt sein. Mit dieser Methode lässt sich auch die Dicke der bukkalen Knochenlamelle bestimmen [Braut, 2011], allerdings mit Einschränkungen bei sehr dünnen Knochenschichten [Fienitz, 2012].

Neuere Entwicklungen erlauben es, die Daten aus dem DVT mit einem im Labor gescannten Modell [Ritter, 2012; Spiegelberg, 2011] und sogar mit Bilddaten der extroralen Situation [Maal, 2011] zu kombinieren (matchen). Auf diese Weise sind schon zu einem frühen Zeitpunkt wertvolle Informationen zur Weichgewebsdicke und Gesichtsmorphologie verfügbar. Planung und

Weichgewebe exakt analysiert werden [Passia, 2011]. Auch das implantologische Protokoll, also die Zeitplanung und das chirurgische und prothetische Vorgehen, erfordert eine besonders präzise Planung.

Knochenvolumen erhalten

Muss der Zahn noch extrahiert werden, sollte dies so schonend wie möglich erfolgen, zum Beispiel mit speziellen minimalinvasiven Extraktionsinstrumenten, Skalpell und Hebeln. Luxierende Bewegungen sind nach Möglichkeit vollständig zu vermeiden, damit der alveoläre Knochen und die angrenzenden Weichgewebe nur so viel wie unbedingt erforderlich traumatisiert werden. Nach der Zahnentfernung lassen sich die Schichtstärken des verbleibenden Knochens teilweise klinisch vermessen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der zum Zahnhalteapparat gehörige Bündelknochen zusammen

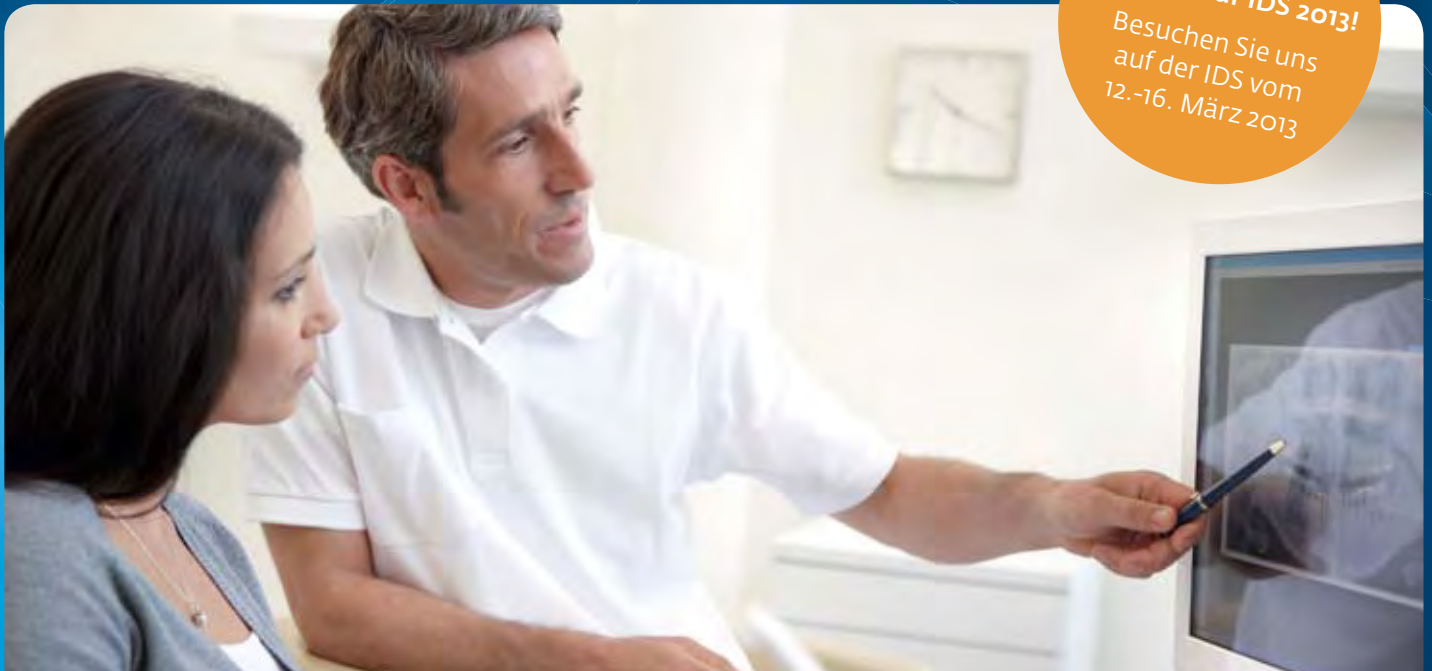
kante Vorteile für ein bestimmtes Material sind aufgrund fehlender randomisierter Vergleichsstudien nicht dokumentiert [Vignoletti, 2012]. In einem aktuellen Konsenspapier, das auf einer systematischen Literaturübersicht bis einschließlich Februar 2011 basiert, werden jedoch Knochenersatzmaterialien mit langsamer Resorptionsrate empfohlen [Hämmerle, 2012], die mit oder ohne Zusatz von Kollagen verfügbar sind (Abbildung 5).

Kieferkamm-erhaltende Maßnahmen können einerseits sinnvoll sein, wenn eine zahngetragene Brücke geplant ist [Schlee, 2009]. Nach Einbringen des Augmentationsmaterials in die Alveolen lässt sich das Weichgewebe mit einer entsprechend gestalteten temporären Brücke gut ausformen (Abbildung 1). Der Kieferkamm ist nach Stabilisierung der Situation (Abbildung 2) für die Aufnahme der definitiven Brücke vorbereitet.

Allgemeinmedizin für Zahnmediziner

Vergrößern Sie Ihr medizinisches Wissen

Neue
englischsprachige
Website zur IDS 2013!
Besuchen Sie uns
auf der IDS vom
12.-16. März 2013



Neue Beiträge zu ausgewählten Themen.

- Allergien in der Zahnmedizin
- Erfolgreiches Management diabetischer Patienten
- Behandlung einer schwangeren Patientin in der zahnärztlichen Praxis

Vergrößern Sie Ihr medizinisches Wissen.

- Basiswissen über Allergisierung und allergische Reaktionen
- Erkennen Sie intraorale allergische Reaktionen
- Optimale Behandlung von Patienten mit Diabetes
- Grundlegendes Wissen über die Behandlung schwangerer Patienten



In vielen Fällen wird der Kieferkamm für eine spätere Implantation vorbereitet. Dadurch steht nach Abheilen der Extraktionswunde mehr Knochenvolumen für das Einbringen der Implantate zur Verfügung als ohne Kieferkamm-erhaltende Maßnahmen [Barone, 2012]. Je nach Ausgangsbefund können hierdurch überhaupt erst Implantate inseriert werden, oder erst welche mit größerem Durchmesser. Weiterhin ist bei einer umfangreichen knöchernen Basis im Vergleich zu einer schmalen Basis mehr anhaftendes Weichgewebe vorhanden. Dies erleichtert das Vernähen der Lappen bei nachfolgenden Implantationen oder augmentativen

Maßnahmen. In vielen Fällen wird der Kieferkamm für eine spätere Implantation vorbereitet. Dadurch steht nach Abheilen der Extraktionswunde mehr Knochenvolumen für das Einbringen der Implantate zur Verfügung als ohne Kieferkamm-erhaltende Maßnahmen [Barone, 2012]. Je nach Ausgangsbefund können hierdurch überhaupt erst Implantate inseriert werden, oder erst welche mit größerem Durchmesser. Weiterhin ist bei einer umfangreichen knöchernen Basis im Vergleich zu einer schmalen Basis mehr anhaftendes Weichgewebe vorhanden. Dies erleichtert das Vernähen der Lappen bei nachfolgenden Implantationen oder augmentativen

Implantationszeitpunkt

Das sofortige Einbringen von Implantaten in frische Extraktionsalveolen (Typ 1) ist eine verlockende Therapieform [Chen, 2009]. Beim traditionellen Vorgehen wird erst nach vollständiger knöcherner Ausheilung implantiert, also mindestens sechs Monate nach der Extraktion (Spätimplantation, Typ

ein erhöhtes Risiko, dass sich der Gingivrand zurückzieht und ein ästhetischer Misserfolg eintritt [Evans, 2008]. Die meisten Experten sind sich daher einig, dass Sofort-Implantationen nur von erfahrenen Ärzten, nach sehr sorgfältiger Analyse der Ausgangssituation und in Situationen mit begrenztem ästhetischem Risiko durchgeführt werden sollten [Hämmerle, 2012; Esposito, 2010].

Nach entzündlich oder traumatisch bedingten Zahnverlusten ist zudem in den meisten Fällen bereits Knochen verloren gegangen. Auch um natürliche Zähne sind intakte bukkale Knochenlamellen nur bei etwa jedem



Abbildung 5: Nach Extraktion und Kürettage der Alveole wurde kollagenhaltiges bovines Knochenersatzmaterial mit langsamer Resorptionsrate in die Alveole eingebracht. Ziel dieses Vorgehens ist es, den extraktionsbedingten Gewebeabbau zu minimieren.

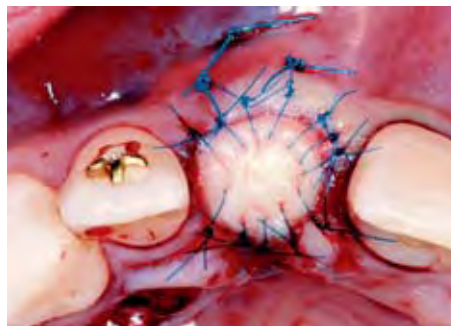


Abbildung 6: Um optimale weichgewebige Voraussetzungen für die geplante Implantation zu erreichen, wird der Alveoleneingang mit einem freien Schleimhauttransplantat vom Gaumen verschlossen (siehe Abbildung 5 mit bukkal bereits fixiertem Transplantat).



Abbildung 7: Vier Monate später wird ein Implantat eingebracht, in Kombination mit einer kleinen knochenregenerativen Maßnahme (Knochenersatzmaterial und Kollagenmembran).

Maßnahmen. Ein sauberes Vernähen wiederum führt zu ästhetisch und biologisch günstigeren Ergebnissen.

Von Vorteil ist es offenbar auch, den Alveoleneingang nach Einbringen des Knochenersatzmaterials weichgewebig zu verschließen [Vignoletti, 2012]. Dies kann zum Beispiel mit einem freien epithelialisierten Bindegewebstransplantat erfolgen, das mit feinen Nähten über dem Alveoleneingang fixiert wird (Abbildungen 6 und 13). Zusätzlich kann auch eine Kollagenmembran eingebracht werden (Abbildungen 11 und 12) [Stimmelmayer, 2010]. Alternativ ist auch ein Bindegewebsersatzmaterial auf Kollagenbasis verwendbar, das ebenfalls über dem Eingang vernäht wird (Geistlich Mucograft). Noch nicht publizierte Ergeb-

4). Bei Sofort-Implantationen ist dagegen die Behandlungszeit verkürzt und die Anzahl der chirurgischen Eingriffe reduziert. Zudem kann bei richtiger Technik der oben beschriebene Verlust an Knochenvolumen verhindert werden.

Wie sich in den letzten Jahren gezeigt hat, ist dies aber nicht durch die Implantation selbst bedingt. Das heißt, der Knochen wird nicht durch das sofort eingesetzte Implantat gehalten [Araujo, 2006]. Als Erfolgsvoraussetzung für Sofort-Implantationen wird unter anderem ausreichend gesundes, möglichst dickes Weichgewebe angesehen [Lang, 2012]. Weiterhin muss das Implantat korrekt positioniert werden. Selbst wenn alle Voraussetzungen gegeben sind, besteht gegenüber der späteren Implantation jedoch

zehnten Patienten mehr als einen Millimeter dick [Huynh-Ba, 2010]. Bei Implantaten ist dies nach der Meinung von Experten nicht ausreichend. Diese empfehlen für dauerhaft stabile periimplantäre Gewebe im ästhetisch relevanten Bereich daher eine bukkale Knöchendicke von mindestens zwei Millimetern [Huynh-Ba, 2010; Buser, 2008]. Folglich ist in der Regel eine Augmentation erforderlich, die zeitgleich mit der Sofort-Implantation stattfindet. Diese ist jedoch durch das meist geschädigte oder nicht ausreichend vorhandene Weichgewebe erschwert.

Das gilt nicht oder in geringerem Ausmaß, wenn eine Zwischenform zwischen Sofort- und späterer Implantation gewählt wird. Diese sogenannte frühe Implantation kann entweder nach ein bis zwei Monaten (Typ 2)

oder nach drei bis vier Monaten (Typ 3) erfolgen [Chen, 2009]. Beim Typ 2 ist das Weichgewebe zum Zeitpunkt der Implantation weitgehend abgeheilt, beim Typ 3 ist auch der Knochen zu einem erheblichen Anteil regeneriert. Zugleich mit der Implantation wird in der Regel eine gesteuerte Geweberegeneration durchgeführt, wobei die verheilten Weichgewebe im Vergleich zur Sofort-Implantation den Wundverschluss erheblich erleichtern (Abbildung 5) [Buser, 2008].

Für Typ-2-Implantationen gibt es sehr gute Ergebnisse bereits nach drei Jahren. In einer prospektiven Studie waren Hart- und Weichgewebe weitgehend stabil, ästhetische Pro-

zunächst für die Parodontologie entwickelt, wobei das Grundprinzip vergleichbar ist [Nyman, 1982; Wikesjö, 1990]. In den letzten Jahrzehnten wurden für die GBR zahlreiche Methoden und Materialien eingeführt, die zum Teil gut dokumentiert sind [Jensen, 2009]. Grundsätzlich wird nach Aufklappung eine Membran eingebracht und der Hohlraum zwischen Knochen, Implantat und Membran mit Knochen oder Knochenersatzmaterial in partikulierter Form gefüllt (Abbildung 5) [Dahlin, 2010]. Die Partikel wirken nach heutigem Verständnis als Leitschiene für einsprossende Blutgefäße und knochenbildende Zellen [Hämmerle, 1996].



Abbildung 8: Wiederum acht Wochen später wird ein subepitheliales Bindegewebestransplantat unter der bukkalen Gingiva platziert. In derselben Sitzung wird eine verschraubte temporäre Kompositkronen eingegliedert.



Abbildung 9: Drei Monate nach Zementierung der definitiven Vollkeramikkrone zeigt sich ein harmonisches Gesamtbild. Der Gingivalrand von Zahn 11 liegt minimal apikal desjenigen von Zahn 21.

bleme wurden nicht beobachtet [Buser, 2011]. Die Ergebnisse für diesen Implantationszeitpunkt sind nach einer systematischen Literaturschau günstiger als für späte Implantationen (Typ 4) [Sanz, 2012]. Obwohl noch langfristige Daten von fünf oder mehr Jahren fehlen, kann die Methode daher nach dem derzeitigen Wissensstand empfohlen werden.

Gesteuerte Knochenregeneration

Bei begrenzten zwei- bis dreiwandigen Defekten um Implantate ist die gesteuerte Knochenregeneration (GBR) die Methode der Wahl, um verloren gegangenes Gewebe wieder aufzubauen. Die Methode wurde

Die Membran schließt unerwünschte Weichgewebszellen aus, stabilisiert zusammen mit dem eingebrachten Material das Blutkoagulum und wirkt im Idealfall ebenfalls als biokompatible Leitschiene für Hart- und Weichgewebe [Wikesjö, 2003].

Für die Implantologie ist ein Material am besten dokumentiert, das aus deproteinisiertem Rinderknochen hergestellt wird (Geistlich Bio-Oss) [Jensen, 2009]. Es hat ähnliche Oberflächeneigenschaften und eine vergleichbare Porosität wie menschlicher Knochen, so dass Blutgefäße leicht in die Partikel einwachsen können und die Neubildung von Knochen gefördert wird [Weibrich, 2000]. Ähnliche morphologische Eigenschaften hat ein Ersatzmaterial auf der Basis von Korallen, für das allerdings nur

Hammerhart und antagonistenfremdlich!



BruxZir®
Solid Zirconia

— Hoch fest und minimal invasiv —



Halle 3.1
Stand H045

Die ästhetische Alternative zu teilverblendeten VMK- und Vollguss-Kronen

- Ideal für minimal-invasive Präparation!
- Absolut kein Chipping!
- Konventionell zementierbar!
- Ideal auch für Bruxer und Knirscher!

Kontaktieren Sie ein autorisiertes BruxZir® Labor in Ihrer Nähe – Infos und Adressen unter:

www.bruxzir.de



GLIDEWELL EUROPE GmbH

Zahntechnisches Meisterlabor • Berner Straße 23 • D-60437 Frankfurt
Tel.: +49 69 247 5144-0 • E-mail: info@glidewell-dental.de

wenige klinische Daten vorliegen (Frios Algiopore, Dentsply Implants). Dieser Mangel trifft in noch stärkerem Maße auf andere Materialien zu. Deren Eignung wird zum Teil völlig ohne Absicherung durch klinische Studien im ungeplanten Feldversuch ermittelt. Bei der Verwendung entsprechend dokumentierter, langsam resorbierender Knochen-



Foto: Lorenzoni, Stopper

Abbildung 10: Das Röntgenbild zeigt das erfolgreich osseointegrierte Implantat mit individualisiertem Zirkonoxid-Abutment.



Abbildung 13: Der Wundverschluss erfolgt hier mit einem kombinierten Schleimhaut- und Bindegewebstransplantat vom Gaumen. Dadurch werden gleichzeitig das bukkale und das krestale Weichgewebsvolumen verbessert.

ersatzmaterialien bleibt das erreichte Knochenvolumen in der Regel stabil [Schneider, 2011]. Dies wirkt sich indirekt auf die Weichgewebsstabilität aus und ist daher vor allem im ästhetisch sensiblen Bereich bedeutsam.

Membranen für die GBR gibt es in resorbierbarer oder in nicht resorbierbarer Form. Mit beiden Varianten wurden für einige Produkte gute regenerative Ergebnisse erzielt [Zitzmann, 1997]. Resorbierbare Membranen haben dabei den Vorteil, dass sie nicht in einem zweiten Eingriff entfernt werden müssen. Unvernetzte Kollagenmembranen



Abbildung 11: Variante der Kieferkammerhaltung nach Extraktion von Zahn 11: Eine unvernetzte Kollagenmembran wird bukkal zwischen Periost und Knochenwand eingebracht. Die Alveole wird mit einem Gemisch aus 50 Prozent autogenem Knochen und 50 Prozent langsam resorbierbarem Knochenersatzmaterial gefüllt. (Erstveröffentlichung des Patientenbeispiels in: Dtsch Zahnärztl Z, 2010;6:294-303)

sind gleichzeitig sehr gewebeverträglich. Dies ist nützlich im Fall von sekundärer Freilegung während der Wundheilung [Rothamel, 2005].

Der Zustand, aber auch die Dicke des Weichgewebes wirken sich signifikant auf den Langzeiterfolg von Implantationen aus. Daher verdicken viele implantologisch tätige Zahnärzte und Chirurgen das bukkale Weichgewebe vor oder nach der Implantation routinemäßig mithilfe von Bindegewebstransplantaten (Abbildung 6). Auf diese Weise lässt sich der sogenannte Biotyp, also die genetisch festgelegte Gingivadiecke, lokal verändern. Diese Umwandlung bleibt nach aktuellen Studienergebnissen langfristig stabil [Hehn, 2012].

Zusammenfassung

Nach Zahnverlusten in der Front kann die Wiederherstellung von Ästhetik und Funktion kompliziert sein. Wenn ein Implantat indiziert ist, folgt eine umfassende Anamnese

und Diagnostik. Im Zentrum stehen dabei der Zustand und das Volumen der vorhandenen Hart- und Weichgewebe im Defektbereich. Ist die Ausgangssituation günstig und werden die aktuell verfügbaren Möglichkeiten genutzt, kann der „rot-weiße“ Ausgangszustand mithilfe von Implantaten und gesteuerter Geweberegeneration weit-



Abbildung 12: Die Membran wird über das Augmentat gelegt und palatinal ebenfalls zwischen Periost und Knochen eingeschlagen. Damit ist die ursprüngliche Kontur des Kieferkammes wieder hergestellt.

Fotos: M. Stimmelmayr (Abb. 11-13), Cham

gehend wiederhergestellt werden – auch ohne Entnahme von Knochentransplantaten. Um sicher zu gehen und ein stabiles Langzeitergebnis zu erreichen, sollten hierfür nur gut dokumentierte Materialien und Methoden verwendet werden. Eine gründliche Aus- oder Weiterbildung mit entsprechenden Kursen, Curricula und Hospitationen ist dringend zu empfehlen.

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



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



mehr Sicherheit ▶ kürzere Behandlungszeiten ▶ hohe Patientenzufriedenheit

Curriculum Funktionsdiagnostik und restaurative Therapie

Praxisorientierte Fortbildung für Zahnärzte und Zahntechniker

Die Kursreihe wird Ihnen helfen, den funktionell anspruchsvollen Patienten zu erkennen und Ihre Behandlungsstrategie nach diesem Patienten auszurichten. Sie werden Ihre prothetische Komplikationsrate deutlich verringern. Durch eine klar definierte Vorgehensweise erarbeiten Sie mit großer Sicherheit eine stabile, reproduzierbare Okklusion und eine gelungene Ästhetik. Sie werden durch eine höhere Patientenzufriedenheit und durch professionellen Imagegewinn belohnt.

■ On-Campus Modul A

Referent: Prof. Dr. Ulrich Lotzmann
13.09. – 14.09.2013

■ On-Campus Modul B

Referent: Prof. Dr. Ulrich Lotzmann
04.10. – 05.10.2013

■ Off-Campus Modul

Internet-Lektionen begleitend
von zu Hause absolvierbar

■ On-Campus Modul C

Referenten: Dr. Johannes Heimann
und Ztm. Bruno Jahn
25.10. – 26.10.2013

■ On-Campus Modul D

Referent: Dr. Johannes Heimann
und Ztm. Bruno Jahn
08.11. – 09.11.2013

Infos und Anmeldung unter **Tel. +49 8243 9692-14**

Teilnehmerkreis/ Zulassungsvoraussetzungen

Zahnärzte (m/w) mit abgeschlossenem Studium und Zahntechniker (m/w) mit abgeschlossener Berufsausbildung.

Veranstaltungsort

Abteilung für Orofaziale Prothetik und Funktionslehre der Universitätszahnklinik Marburg

Studiengebühr

Die Studiengebühr beträgt EUR 2.900,- zzgl. MwSt.

Veranstalter

teamwork media GmbH
Hauptstraße 1
86925 Fuchstal
Germany
Fon +49 8243 9692-0
Fax +49 8243 9692-22
event@teamwork-media.de
www.teamwork-media.de

Informationen zum Studium

Fragen zum Studium richten Sie bitte per E-Mail an event@teamwork-media.de oder telefonisch an Michael Höfler unter +49 8243 9692-14.

Kostenlose Broschüre

Unter obiger Adresse können Sie auch unsere ausführliche Broschüre anfordern!



THE DENTAL
PUBLISHERS

Fußdeformität

Hallus valgus – die Crux mit dem großen Zeh

Der Hallus valgus, zu deutsch Schiefzehe, ist ein Leiden, das viele Menschen quält: Einen solchen Schiefstand des Großzehengrundgelenks weisen Schätzungen zufolge rund zehn Millionen Bundesbürger auf. Die Fußveränderung kann massive Schmerzen verursachen, ohne Operation ist dem „Problem“ langfristig kaum beizukommen.

Fußdeformitäten sind weit verbreitet – und das gilt insbesondere für den Hallus valgus: Jeder achte Deutsche ist nach Angaben der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg betroffen. Der Hallus valgus stellt damit eine regelrechte Volkskrankheit dar.

Ursache der Schiefstellung der großen Zehe ist zumeist eine Veränderung des ersten Mittelfußknochens. Die Sehnen laufen nicht mehr zentral über das Gelenk, sondern sind seitlich verlagert und ziehen entsprechend die große Zehe in eine schiefe Position. Anfangs ist dies in aller Regel nur kosmetisch störend, die Veränderungen verstärken sich jedoch meist langsam progredient. Dabei tritt der Großzehenballen am Fußinnenrand zunehmend hervor, der Hallus valgus vergrößert sich zusehends und bereitet zunehmend Beschwerden.

Die Symptome sind sehr schmerzhaft

Die Betroffenen – meist handelt es sich um Frauen – passen nicht mehr in die gewohnten

Schuhe, und es kommt zum Auftreten quälender Schmerzen. Nicht selten bilden sich getriggert durch die Schiefzehe weitere Fußdeformitäten wie Hammer- oder Krallenzehe bei den benachbarten Zehen aus, was weitere Schmerzen bedingen kann. „Steht einer oder stehen beide großen Zehen schief, kann das Leben zur Qual werden“, so Dr. Jürgen Götz, Fußspezialist an der Orthopädischen Universitätsklinik im Asklepios Klinikum Bad Abbach.

Off ist die moderne Schuhmode schuld

Die Gründe für die Entstehung der Schiefstellung sind vielfältig, so heißt es in einer Mitteilung des Klinikums. Der Hallus

valgus kann zum Beispiel angeboren sein, genetische Komponenten können eine Rolle spielen oder eine entzündliche Erkrankung wie Rheuma. Ein Risikofaktor ist auch das Tragen von zu engen und hochhackigen Schuhen.

Mit dem Fortschreiten der Veränderungen kann es zu Entzündungen im Großzehengrundgelenk kommen, die seitliche Vorwölbung vergrößert sich immer stärker und macht immer mehr Beschwerden.

Diese Schuhe sind ein Eyecatcher, aber genau das „Werkzeug“, was das Großzehengrundgelenk so deformieren kann, dass ein Hallus valgus mit Schmerzen entsteht.



Foto: Orthopädische Klinik Uni Regensburg

Hier eine deutliche Deformation des Großzehengrundgelenks am rechten Fuß eines Mannes, was nicht sehr häufig ist. Meistens sind Frauen wegen ihres Schuhwerks betroffen. Rechts die Gelenksituation nach erfolgreicher Operation.

Neben Schmerzen und den Schwierigkeiten beim Schuhtragen verändert sich auch das Abrollverhalten des Fußes, was zusätzlich Schmerzen im Mittelfußbereich verursachen kann. Langfristig bahnen die veränderten Belastungen und die Entzündungen zudem einer Arthrose in diesem Gelenk den Weg. „Eine Operation wird dann erforderlich, wenn es keine andere Möglichkeit mehr gibt, die Stellung der Großzehe zu verbessern und die Schmerzen zu lindern“, sagt Prof. Dr. Joachim Grifka, Direktor des Klinikums in Bad Abbach. Wichtig ist jedoch, das richtige Operationsverfahren zu

wählen. Denn es gibt, so Grifka, mehr als 100 verschiedene Optionen, um die Zehe zu korrigieren. „Es ist wichtig, dass entsprechend der biomechanischen Veränderung, die zur Schiefstellung der Großzehe führte, eine schonende Operationstechnik gewählt wird, die die Schiefstellung korrigiert, den Fuß wieder verschmälert und eine schmerzfreie Belastung erlaubt.“ Ziel der Operation ist, den Fuß wieder beschwerdefrei bewegen und beanspruchen zu können.

Dafür muss zumeist die knöchernerne Achse korrigiert und die Großzehe wieder in ihre ursprüngliche Position zurückgeführt

werden. Weitere Fehlstellungen des Fußes, die ebenfalls Beschwerden verursachen wie zum Beispiel ein schmerzhafter Spreizfuß, können in den meisten Fällen gleich mitbehandelt werden. Der Patient muss nach der Operation im Allgemeinen für etwa sechs Wochen einen Spezialschuh tragen, danach kann der Fuß wieder voll belastet werden, wenn die OP-Wunde gut verheilt ist und die Knochenverhältnisse wieder stabil sind.

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



**Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte**

www.hilfswerk-z.de



**Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte**

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

**Zahnärzte stärken Gemeinwohl –
in Deutschland und weltweit!**

Stiftung HDZ für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
BLZ 300 606 01
Konto für Zustiftungen: 060 4444 000
Allgemeines Spendenkonto: 000 4444 000





Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76	Implantologie	ZÄK Hamburg	S. 75
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 77		ZÄK Nordrhein	S. 76
Allgemeinmedizin	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80
Alterszahnheilkunde	ZÄK Nordrhein	S. 76		APW	S. 83
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76		DZOI	S. 83
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 81	Interdisziplinäre ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
Arbeitssicherheit	LZK Rheinland-Pfalz	S. 75	Kieferorthopädie	ZÄK Niedersachsen	S. 79
Bildgebende Verfahren	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80
CAD/CAM	DGCZ	S. 84	Kinderzahnheilkunde	KZV Baden-Württemberg	S. 79
Chirurgie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 75	Kommunikation	LZK Rheinland-Pfalz	S. 75
	ZÄK Niedersachsen	S. 78	Konservierende ZHK	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
	KZV Baden-Württemberg	S. 79	Notfallmedizin	ZÄK Hamburg	S. 75
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 78
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 76		KZV Baden-Württemberg	S. 79
	ZÄK Niedersachsen	S. 78	Parodontologie	ZBV Unterfranken	S. 75
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80		ZÄK Niedersachsen	S. 78
Ergonomie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 78		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80
Funktionslehre	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76	Praxismanagement	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 78		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 77
Ganzheitliche ZHK	LZK Rheinland-Pfalz	S. 75		ZÄK Niedersachsen	S. 78
Halitosis	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 77		KZV Baden-Württemberg	S. 79
Hygiene	LZK Rheinland-Pfalz	S. 75		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80
Hypnose	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 77	Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 77
			Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
				ZÄK Niedersachsen	S. 78
				APW	S. 82
			ZFA	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 77
				ZÄK Niedersachsen	S. 78
				KZV Baden-Württemberg	S. 79
				APW	S. 82

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 75**

Kongresse S **Seite 81**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 82**

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



Absender:

Veranstalter/Kontaktadresse:



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Fit for the dentist – Der kardiologische Risikopatient
Referentin: Sabine Nemeč
Termin: 27.02.2013:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128111
Kursgebühr: 160 EUR
Sonstiges: aus der Serie:
 Oralchirurgisches Kompendium

Fachgebiet: Ganzheitliche ZHK
Thema: Rückwärts und auf hohen Schuhen – Raus aus dem Stress, rein ins Leben
Referentin: Sabine Nemeč
Termin: 02.03.2013:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 138301
Kursgebühr: 270 EUR

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Dental English for the Orthodontic Practice (KFO) – Treating the Patient
Referentin: Sabine Nemeč
Termin: 06.03.2013:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 128302
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Hygiene
Thema: Hygiene-Workshop
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 13.03.2013:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 138273
Kursgebühr: 160 EUR

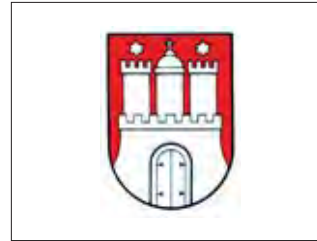
Fachgebiet: Arbeitssicherheit
Thema: BuS-Workshop Arbeitssicherheit für Praxisinhaber/innen und das Team
Referenten: Sabine Christmann, Archibald Salm
Termin: 10.04.2013:
 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 138222
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Kommunikation
Thema: Dental English – Treating the Patient (Aufbaukurs). Fit in der Behandlung Englisch sprechender Patienten
Referentin: Sabine Nemeč
Termin: 10.04.2013:
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 128303
Kursgebühr: 160 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Differenzialdiagnostik bei zahnärztlichen Röntgenaufnahmen
Referent: PD Dr. Ralf Schulze
Termin: 17.04.2013:
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Mainz
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 128112
Kursgebühr: 160 EUR
Sonstiges: aus der Serie:
 Oralchirurgisches Kompendium

Anmeldung: LZK Rheinland-Pfalz
 Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
 Tel.: 061 31/96136-60
 Fax: 061 31/96136-89

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfälle in der zahnmedizinischen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen – Teamwork:
 Zahnarzt und Mitarbeiterin
Referent: Hans-Peter Daniel – Lütjensee
Termin: 20.03.2013:
 15.30 – 19.30 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 40261 e inter
Gebühr: ZA 80 EUR, ZFA 40 EUR

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfälle in der zahnmedizinischen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen – Teamwork:
 Zahnarzt und Mitarbeiterin
Referent: Hans-Peter Daniel – Lütjensee
Termin: 27.03.2013:
 15.30 – 19.30 Uhr
Ort: ZÄK Hamburg
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 40261 e inter
Gebühr: ZA 80 EUR, ZFA 40 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Sinusliftteingriffe
Referent: Prof. Dr. Thomas Kreuzsch – Hamburg
Termin: 27.03.2013:
 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Asklepios Klinik Nord, Heidberg Haus 2, Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 31062 impl
Gebühr: 150 EUR

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

ZBV Unterfranken



Fortbildungsveranstaltung

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Okklusionstrauma und Parodontologie
Referent: Dr. D. Engler-Hamm
Termin: 12.03.2013:
 20.00 – 22.00 Uhr
Ort: Salon Echter, Maritim Hotel, Würzburg
Kursgebühr: 40 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 ZBV Unterfranken
 Dominikanerplatz 3d
 97070 Würzburg
 Tel.: 0931/32114-0
 Fax: 0931/32114-14
 www.zbv-ufr.de

Die **MELAG** Premium-Klasse. Chargenzeit 17 Minuten.
 Die schnellsten Sterilisatoren ihrer Klasse

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Fachgebiet: Alterszahnheilkunde
Thema: Modul II des Curriculums Geriatriische Zahnmedizin Prothetik beim älteren Menschen – Grundlagen und Praxis
Referent: Prof. Dr. Wilhelm Niedermeyer – Hürth
Termin: 02.03.2013: 10.00 – 15.30 Uhr
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 13051
Kursgebühr: 180 EUR

Fachgebiet: Endodontologie
Thema: RundUm Endo – Aus der Praxis für die Praxis Ein Kompaktkurs für bessere und effektivere Wurzelkanalbehandlungen – eine „Upgrade-Fortsetzung“ des langjährig bewährten Kurses von Dr. Michael Cramer
Referentin: Dr. Dorothea Simmich – Overath
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 18.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: 13013
Kursgebühr: 300 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Implantologie als Teilbereich der zahnärztlichen Praxis Modul 5-6 des Curriculums Implantologie
Referenten: Dr. Dr. Martin Bonsmann – Düsseldorf, Dr. Wolfgang Diener – Düsseldorf
Termin: 15.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 16.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 13082
Kursgebühr: 480 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf (Lörick)
 Tel.: 0211/52605-45
 Fax: 0211/52605-48

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Private Leistungen für Kassenpatienten – ein „Kann“ oder ein „Muss“?
Referentin: Helen Möhrke – Berlin
Termin: 27.02.2013: 16.00 – 20.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: 9038.5
Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: ZMV and More
Referent: Dipl.-Psych. Bernd Sandock – Berlin
Termin: 01.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 02.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Kurs-Nr.: 5104.1
Kursgebühr: 295 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Dem Stress aktiv begegnen – Burn-out ade. Schwierige Situationen erkennen, meistern, verkraften
Referent: Manfred Just – Forchheim
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 5138.0
Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Abrechnung mit der GOZ: optimal – aber fair!
Referentin: Helen Möhrke – Berlin
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Kurs-Nr.: 9107.0
Kursgebühr: 185 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und -therapie für die tägliche Praxis (Hands-On-Kurs)
Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzuflen
Erster Termin: 08.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 09.03.2013: 09.00 – 18.00 Uhr (insgesamt 6 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 45
Kurs-Nr.: 1001.9
Kursgebühr: 1 550 EUR

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Der moderne Stiftkernaufbau. Schnittstelle von Zahnerhaltung, Prothetik und Endodontie
Referent: OA Dr. Markus Kaup – Münster
Termin: 09.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: 0720.0
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: Die Berechnung von implantologischen Leistungen und Suprakonstruktionen
Referentin: Gudrun Sieg-Küster – Wülfrath
Termin: 09.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Berlin
Kurs-Nr.: 9042.5
Kursgebühr: 195 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin
Thema: Der schwierige Patient in der Zahnarztpraxis. Einführungskurs „Zahnärztliche Hypnose“
Referenten: Dr. med. Dipl.-Stom. Horst Freigang, Berlin; PD Dr. Gerhard Schütz, Berlin
Termin: 09.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 6073.0
Kursgebühr: 225 EUR

Fachgebiet: Konservierende ZHK
Thema: Endo-Revision – ganz einfach
Referent: Dr. Michael Cramer, Overath
Termin: 15.03.2013: 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 8
Kurs-Nr.: 4049.3
Kursgebühr: 275 EUR

Fachgebiet: Interdisziplinäre ZHK
Thema: Strukturierte Fortbildung: Curriculum Kinder- und Jugendzahnmedizin
Moderator: Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald
Erster Termin: 22.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 23.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr (insgesamt 12 Veranstaltungstage)
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 92
Kurs-Nr.: 4020.7
Kursgebühr: 2 775 EUR

Fachgebiet: ZFA
Thema: Aufstiegsfortbildung zum/r Dentalhygieniker/in
Kurszeitraum: 11. April 2013 – April 2014
Kurszeiten: Donnerstag, Freitag, Samstag: 08.30 – ca. 17.45 Uhr
Aufnahmeprüfung: individuell zu vereinbaren unter 030/414725-18
Kursgebühr: 14 850 EUR

Fachgebiet: Allgemeinmedizin
Thema: Akupunktur in der Zahnmedizin: Akupunktur zur Optimierung des zahnärztlichen Spektrums
Referenten: Dr. Andrea Diehl, Berlin; Hannes Rehfeld, Berlin
Erster Termin: 12.04.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 13.04.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 15
Kurs-Nr.: 6064.1
Kursgebühr: 385 EUR

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Sachgerechte Herstellung von Okklusionsschienen (Arbeitskurs für ZA/ZÄ und ZT)
Referentin: M.A. Theresia Asselmeyer, Hannover
Erster Termin: 12.04.2013: 14.00 – 19.00 Uhr, 13.04.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 17
Kurs-Nr.: 1009.8
Kursgebühr: 315 EUR

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

ZÄK Sachsen-Anhalt

Fortbildungsinstitut
„Erwin Reichenbach“

Fachgebiet: Abrechnung
Thema: GOZ 2012 – ein Jahr danach
Referentin: Sandra Abraham – Mautitz
Termin: 01.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: ZFA 2013-011

Thema: Das tapfere Schreiberlein
Wissenschaftliches Publizieren – Tipps und Etikette
Referent: Dr. Thomas Lietz
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: Z 2013-017

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Risikofaktoren in der Prophylaxe. Bedeutung der Krankheitsgeschichte des Patienten
Referentinnen: DH Brit Schneegaß – Templin; DH Livia Kluve-Hahnke – Greifswald
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: ZFA 2013-013

Fachgebiet: Halitosis
Thema: Halitosis – Mundgeruchstherapie in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. med. dent. Stefan Koch – Sonneberg
Termin: 13.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: Z 2013-005

Fachgebiet: ZFA
Thema: Die perfekte Abformung, Herstellung von Modellen, Provisorien und mehr – Workshop für ZFA
Referenten: Dr. Christian Wegner – Schönebeck; Frank Wanjura – Halle-Wittenberg
Termin: 13.03.2013: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), in der Universitätszahnklinik, Harz 42a
Fortbildungspunkte: 5
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: ZFA 2013-014

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Der Nussknacker! Patienten-Coaching statt Patientenberieselung
Referentin: Karin Namianowski – Magdeburg
Termin: 15.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 160 EUR
Kurs-Nr.: ZFA 2013-015

Fachgebiet: Hypnose
Thema: Curriculum Zahnärztliche Hypnose: Z1 – Einführung in die zahnärztliche Hypnose
Referentin: Dipl.-Stom. Ute Neumann-Dahm – Magdeburg
Termin: 15.03.2013: 14.00 – 20.00 Uhr, 16.03.2013: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 15 (insges. 90)
Gebühr: 410 EUR Einzelgebühr, Kurspaket 2300 EUR
Kurs-Nr.: Z 2013-006

Injektion

DIE Nr. 1 sind Sie für Ihre Patienten**Miraject®**

- ✓ ... denn über 400 Millionen schmerzfreie Injektionen stehen für Sicherheit und zufriedene Patienten
- ✓ Optimaler Schutz vor Nadelstichverletzungen durch Miramatic (www.miraject.de)
- ✓ Marktführend seit über 40 Jahren

www.hagerwerken.de

Tel. +49 (203) 99269-0 · Fax +49 (203) 299283



Besuchen Sie
uns & lösen
Sie Ihren
Gutschein ein!



1x
**Currywurst
GRATIS!**

1 x pro Gutschein.
Nur solange der Vorrat reicht!

aus zm Nr. 4



Thema: Wer schreibt, der bleibt? Vollständige Dokumentation für vollständige Honorare unter Berücksichtigung der Anforderungen durch die GOZ 2012
Referentin: Christine Baumeister-Henning – Haltern
Termin: 16.03.2013: 09.00 – 14.00 Uhr
Ort: Halle (Saale), Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: ZFA 2013-016

Fachgebiet: Prophylaxe
Thema: Der Implantat-Patient in der Prophylaxe
Referentin: Andrea Busch – Korschenbroich
Termin: 20.03.2013: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: ZFA 2013-017

Fachgebiet: Funktionslehre
Thema: Manuelle Strukturanalyse und befundbezogene Okklusionsschientherapie (Ein Demonstrationskurs mit praktischen Übungen)
Referent: Dr. med. dent. Uwe Harth
Termin: 22.03.2013: 15.00 – 19.00 Uhr, 23.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 14
Gebühr: 360 EUR
Kurs-Nr.: Z 2013-008

Teamkurse

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Ich bin ein Anfang Wie wir unser Praxisklima verbessern, erhalten und die Selbstmotivation fördern
Referentin: Petra Cornelia Erdmann – Dresden-Langebrück
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 16.00 Uhr
Ort: Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162, Magdeburg
Fortbildungspunkte: 7
Gebühr: 250 EUR (1 ZFA / 1 ZA)
Kurs-Nr.: ZFA/Z 2013-012

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallseminar
Referenten: Dr. med. Jens Lindner, PD Dr. Dr. Alexander Walter Eckert, Dr. med. Matthias Lautner – alle Halle (Saale)
Termin: 09.03.2013: 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Magdeburg, im Büro- und TagungsCenter, Rogätzer Str. 8
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: ZA 100 EUR, ZFA 70 EUR, Team (1 ZFA / 1 ZA) 150 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZFA 2013-003

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallseminar
Referenten: Dr. med. Jens Lindner, PD Dr. Dr. Alexander Walter Eckert, Dr. med. Matthias Lautner – alle Halle (Saale)
Termin: 16.03.2013: 09.00 – 14.30 Uhr
Ort: Halle (Saale), im Uniklinikum Kröllwitz, Ernst-Grube-Str. 40
Fortbildungspunkte: 8
Gebühr: ZA 100 EUR, ZFA 70 EUR, Team (1 ZFA / 1 ZA) 150 EUR
Kurs-Nr.: Z/ZFA 2013-007

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Update zahnärztliche Pharmakotherapie
Referent: Dr. Dr. Frank Halling
Termin: 02.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: Z 1312
Kursgebühr: 165 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Kosten- und Leistungsrechnung für Zahnärzte / Ermittlung und Bewertung von Stundensätzen in der Zahnarztpraxis
Referent: Ekhard Kuck
Termin: 06.03.2013: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: Z 1313
Kursgebühr: 110 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept
Referent: Dr. Michael Maak
Termin: 22.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 10
Kurs-Nr.: Z/F 1317
Kursgebühr: 285 EUR

Fachgebiet: Hygiene/ZFA
Thema: Praxishygiene für die zahnärztliche Assistenz
Referentin: Antje Oeftger
Termin: 22.03.2013: 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z/F 1318
Kursgebühr: 155 EUR

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Endodontie heute: sicher – einfach – praxisnah
Referent: Dr. Jörg Weiler
Termin: 12.04.2013: 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: Z 1320
Kursgebühr: 286 EUR

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

Anzeige

Steri-Quick
Sterile Abdecktücher



Sichern Sie sich jetzt Ihr Steri-Quick Muster!
 Fax mit Praxisstempel und Stichwort „Steri-Quick“ an
 0 73 45 - 805 201

roeko
 Alles im grünen Bereich:
 Endodontie, Hygiene und Watte

Pro Praxis nur ein Muster möglich.
00270

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Prothetik
Thema: Komplexe prothetische Fälle erfolgreich behandelt (Praktischer Arbeitskurs mit Planungsübungen): Ästhetische Aspekte in der prothetischen Therapie von der Planung bis zur Umsetzung. Prothetische Konzepte mit und ohne Implantate
Referent: Prof. Dr. Ralph G. Luthardt
Termin: 23.02.2013: 09.00 – 18.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 9
Kurs-Nr.: Z 1310
Kursgebühr: 430 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Prä-implantologische Therapie und temporärer Zahnersatz mittels Mini-Implantaten
Referent: PD Dr. Benedict Wilmes
Termin: 19.04.2013:
14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Hannover
Fortbildungspunkte: 6
Kurs-Nr.: Z 1324
Kursgebühr: 265 EUR

Auskunft und Anmeldung:
ZÄK Niedersachsen
Zahnärztliche Akademie
Niedersachsen, ZAN
Zeißstr. 11a
30519 Hannover
Tel.: 0511/83391-311 oder -313
Fax: 0511/83391-306
Aktuelle Termine unter www.zkn.de

KZV Baden- Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen
Fortbildungsforum Freiburg

Fachgebiet: ZFA
Thema: Die endodontische Assistenz
Referenten: Dr. Christoph Kaaden – München;
Franziska Lori – München
Termin: 02.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 13/404

Fachgebiet: Notfallmedizin
Thema: Notfallseminar:
Management und Versorgung
medizinischer Notfälle in der
Zahnarztpraxis – Basisseminar
Referent: Reimund Andlauer und
Team, AMS Medizinische Seminare
Termin: 06.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZA: 145 EUR,
ZFA: 95 EUR
Kurs-Nr.: 13/301
Fortbildungspunkte: 5

Fachgebiet: ZFA
Thema: Prophylaxe für die Wieder-
einsteigerin
Referentin: Iris Karcher – Freiburg
Termin: 08.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 185 EUR
Kurs-Nr.: 13/405

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Die besten Maßnahmen
zur Ertragssteigerung – Rezepte,
die wirklich wirken
Referent: Dipl.-oec. Hans Dieter
Klein – Stuttgart
Termin: 09.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZA: 175 EUR,
ZFA: 150 EUR
Kurs-Nr.: 13/302
Fortbildungspunkte: 6

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Das kleine 1x1 der Zahn-
ärztlichen Chirurgie: Ein Kurs mit
Hands-on-Übungen am Schweine-
kiefer und Video-Demonstrationen
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi –
Basel
Termin: 09.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 13/107
Fortbildungspunkte: 9

Fachgebiet: Kinderzahnheilkunde
Thema: Strukturierte Fortbildung:
Kinderzahnheilkunde, Teile 1+2
Leitung: Prof. Dr. Elmar Hellwig –
Freiburg
Termin:
13.03. – 16.03.2013 (Teil 1),
13.06. – 15.06.2013 (Teil 2)
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 2400 EUR
Kurs-Nr.: 13/600
Fortbildungspunkte: 74

Fachgebiet: ZFA
Thema: Der Körper spricht –
Körpersprache erkennen und
bewusst einsetzen
Referent: Peter E. Brandt –
Tübingen
Termin: 15.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 245 EUR
Kurs-Nr.: 13/406

Ultrapak CleanCut – *Das Original*



4 + 1* Aktion

***Gemischte Abnahme möglich;
Faden Gr. 1 ist gratis.**

Aktion gültig bis zum 28.02.2013.

Rufen Sie uns an! Tel. 02203-35 92 15

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des ausliefernden Fachhändlers.



ULTRADENT
PRODUCTS · USA

UP Dental GmbH · Am Westhoyer Berg 30 · 51149 Köln
Tel 02203-359215 · Fax 02203-359222 · www.updental.de
Vertrieb durch den autorisierten und beratenden Dental-Fachhandel

Die Bezugsquelle
des Zahnarztes

Baden-Württemberg

doctors^{eyes}.de

**Kontrastoren
4er Set** € 89,-

persönliche Beratung unter
Tel.: 073 52/ 9392 12

doctors^{eyes}.de

mtl. € 29,-

persönliche Beratung unter
Tel.: 073 52/ 9392 12

doctors^{websites}.de

ab € 29,90

- ✓ fertig formulierte Inhalte
- ✓ bis zu 120 Animationen
- ✓ bis zu 140 Broschüren

jetzt anrufen 07352 - 93 007

Fachgebiet: ZFA
Thema: Motivation ist alles!
Sich selbst begeistern – andere bewegen
Referent: Peter E. Brandt – Tübingen
Termin: 16.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: 245 EUR
Kurs-Nr.: 13/407

Fachgebiet: Praxismanagement
Thema: Upgrade in Beratung und Motivation
Referent: Dr. Michael Cramer – Overath
Termin: 20.03.2013
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Kursgebühr: ZA: 175 EUR, ZFA: 150 EUR
Kurs-Nr.: 13/303
Fortbildungspunkte: 7

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

ZÄK Westfalen-Lippe



Zahnärztliche Fortbildung

Fachgebiet: Endodontie
Thema: Das Frontzahntrauma – systematische Übersicht und aktuelle Entwicklungen
Referenten: PD Dr. Till Dammaschke – Münster, Dr. Markus Kaup – Münster
Termin: 13.03.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Paderborn, Gaststätte „Zu den Fischteichen“, Dubelohstr. 92, 33104 Paderborn
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: DEZ 13 750 000
Gebühr: ZA 79 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Arbeitskreis Implantologie
Referent: Dr. Martin Grieb – Lippstadt
Termin: 13.03.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13 710 714
Gebühr: ZA 99 EUR

Fachgebiet: Kieferorthopädie
Thema: Arbeitskreis Kieferorthopädie
Moderatoren: Dr. Werner Noeke – Meschede, Dr. Holger Winnen – Coesfeld
Termin: 13.03.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13 710 725
Gebühr: ZA 99 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Arbeitskreis Parodontologie: Chirurgische Behandlung von Problemtaschen. Was tun, wenn selbst wiederholtes Scaling keinen Erfolg bringt? (Praktischer Teil)
Moderator: Dr. Daniel Lohmann – Krefeld
Termin: 13.03.2013: 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 13 710 727
Gebühr: ZA 129 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Parodontitis, Implantate und Periimplantitis – das Göteborg-Konzept
Referent: Dr. Jan Derks – Göteborg
Termin: 13.03.2013: 14.30 – 18.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 5
Kurs-Nr.: 13 740 031
Gebühr: ZA 219 EUR

Fachgebiet: Chirurgie
Thema: Zahnärztliche Chirurgie bei Gerinnungsstörungen – ein Update
Referent: Dr. Dr. Philipp Wolf – Münster
Termin: 20.03.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Gelsenkirchen, Intercity Hotel, Ringstr. 1-3, 45879 Gelsenkirchen
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: DEZ 13 750 020
Gebühr: ZA 79 EUR

Fachgebiet: Bildgebende Verfahren
Thema: Spezielle Fachkunde im Strahlenschutz für die digitale dentale Volumentomographie (DVT) inkl. Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte
Referenten: Prof. Dr. Dr. Ulrich Meyer – Münster, Dr. Irmela Reuter – Münster
Termin: 23.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr + 20.07.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 20
Kurs-Nr.: 13 740 050
Gebühr: ZA 990 EUR

Fachgebiet: Parodontologie
Thema: Die Behandlung parodontaler Erkrankungen
Referentin: Dr. Inga Harks – Münster
Termin: 10.04.2013: 15.00 – 18.00 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 4
Kurs-Nr.: 13 750 015
Gebühr: ZA 79 EUR

Fachgebiet: Praxismanagement/ Qualitätsmanagement
Thema: Erfolgsfaktoren für Ihre Praxis. Aus Erfolgskonzepten anderer Praxen lernen
Referent: Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein – Stuttgart
Termin: 10.04.2013: 14.00 – 19.30 Uhr
Ort: Münster, Akademie für Fortbildung, Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 7
Kurs-Nr.: 13 740 001
Gebühr: ZA 269 EUR, ZFA 134 EUR

Fachgebiet: Alterszahnheilkunde
Thema: Arbeitskreis
 Alterszahnmedizin: Fortbildung
 für Zahnarztpraxen zum Umgang
 mit Patienten mit Demenz.
 Die Kranken verstehen – Sicher-
 heit im Umgang gewinnen
Moderatorin: Dr. Ilse Weinfurter –
 Detmold
Gastdozentin: Eva Maria Anslinger
 – Ahlen
Termin: 10.04.2013:
 15.30 – 18.00 Uhr
Ort: Münster,
 Akademie für Fortbildung,
 Auf der Horst 31, 48147 Münster
Fortbildungspunkte: 3
Kurs-Nr.: 13 710 720
Gebühr: ZA 29 EUR

Auskunft: ZÄKWL
 Akademie für Fortbildung
 Dirc Bertram
 Tel.: 0251/507-604
 Fax: 0251/507-65604
 dirc.bertram@zahnaerzte-wl.de

Kongresse

■ Februar

**8. Internationales Wintersymposium
 der DGOI**
Thema: Implantologisches Update
 2013
Termin: 24.02. – 01.03.2013
Ort: Zürs am Arlberg
Auskunft und Anmeldung:
 DGOI Büro
 Bruchsaler Str. 8
 76703 Kraichtal
 Tel.: 07251/618996-0
 Fax: 07251/61899626
 mail@dgoi.info
 www.dgoi.info

■ März

Frühjahrsakademie der DGET
Veranstalter: Deutsche Gesell-
 schaft für Endodontologie und
 zahnärztliche Traumatologie e.V.
Termin: 01./02.03.2013
Ort: Medizinische Hochschule
 Hannover,
 Zentrum ZMK-Heilkunde,
 Carl-Neuberg-Str. 1,
 30625 Hannover
Anmeldung:
 Deutsche Gesellschaft für Endo-
 dontologie und zahnärztliche
 Traumatologie e.V.
 Holbeinstr. 29
 04229 Leipzig
 Tel.: 0341/48474202
 Fax: 0341/48474290
 www.dget.de

**26. Bundeskongress des Verbands
 medizinischer Fachberufe e.V.**
Veranstalter: Verband medizi-
 nischer Fachberufe e.V.
Termin: 01.03. – 03.03.2013
Ort: Dortmund, Westfalenhallen
Auskunft & Anmeldung:
 Verband medizinischer Fachberufe
 e.V., Geschäftsstelle
 Postfach 100464
 44004 Dortmund
 Tel.: 0231/556959-0
 Fax: 0231/553559
 info@vmf-online.de
 www.vmf-online.de

**42. Internationale Kieferortho-
 pädische Fortbildungstagung**
Veranstalter: Österreichische
 Gesellschaft für Kieferorthopädie
Termin: 02.03. – 09.03.2013
Ort: K3 Kitzkongress, Josef-Herold-
 Str. 12, 6370 Kitzbühel
Tagungspräsidenten:
 PD Dr. Brigitte Wendl,
 Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Bantleon,
 Univ.-Prof. Dr. Adriano Crismani
Information:
 Ärztezentrale Med.Info
 Helferstorferstr. 4
 A-1014 Wien
 Tel.: +43/1/53116-38
 Fax: +43/1/53116-61
 azmedinfo@media.co.at
 www.oegkfo.at
Anmeldung:
 Tagungsbüro Kitzbühel
 Tel./Fax: +43/5356/64084
 tagung-kitz@aon.at

59. Zahnärztetag der ZÄK WL
Thema: PAR-Therapie heute: Was
 ist das Beste für meine Patienten?
Termin: 06.03. – 09.03.2013
Ort: Gütersloh
Tagungspräsident: Prof. Dr.
 Hannes Wachtel – München
Auskunft: ZÄKWL
 Akademie für Fortbildung
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Tel.: 0251/507-62
 Fax: 0251/507-65627
 annika.bruegger@zahnaerzte-
 wl.de

Karl-Häupl-Kongress 2013
Thema: Altersgerechte Zahnheil-
 kunde – von der Kindheit bis zum
 Greisenalter (Fortbildungstage für
 Zahnärzte und Praxismitarbeiter)
Termin:
 08.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr,
 09.03.2013: 09.00 – 17.00 Uhr
Ort: Gürzenich Köln,
 Martinstr. 29-37, 50667 Köln
Fortbildungspunkte: 16
Kursgebühr: 170 EUR,
 Praxismitarbeiter (ZFA) 60 EUR
Auskunft: Karl-Häupl-Institut der
 Zahnärztekammer Nordrhein
 Emanuel-Leutze-Str. 8
 40547 Düsseldorf (Lörick)
 Tel.: 0211/52605-45
 Fax: 0211/52605-48

■ April

32. Jahrestagung der SGZBB
Veranstalter: Klinik für
 Rekonstruktive Zahnmedizin
 und Myoarthropathien
Thema: Alters-Zahnmedizin-
 Patient: (K)Ein Grund zur Sorge?
Termin: 11.04.2013
Ort: Basel, Hotel Hilton
Leitung: Prof. Dr. Carlo P.
 Marinello
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr.
 Carlo P. Marinello
 Universitätskliniken für
 Zahnmedizin
 Klinik für Rekonstruktive Zahn-
 medizin und Myoarthropathien
 Hebelstr. 3
 CH-4056 Basel
 Tel.: 0041 61 267 26 31
 Fax: 0041 61 267 26 60
 krz-zahnmed@unibas.ch
 www.unibas.ch/zfz/



24. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für Zahnmedizinische Fachangestellte

Thema: Der ältere Patient – Eine Herausforderung für das Praxisteam!?

Termin: 12.04.2013

Ort: Kurhaus in Schluchsee

Organisation: Dr. Peter Riedel, Sabine Häringer

Auskunft: BZK Freiburg
Gudrun Kozal
Tel.: 0761/4506-352
Fax: 0761/4506-450
sabine.haeringer@bzk-freiburg.de

38. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte

Thema: Der ältere Patient – Eine Herausforderung für die Zahnmedizin!?

Termin: 12./13.04.2013

Ort: Kurhaus in Titisee

Organisation: Prof. Dr. Elmar Hellwig, Gudrun Kozal

Auskunft: BZK Freiburg
Gudrun Kozal
Tel.: 0761/4506-311
Fax: 0761/4506-450
gudrun.kozal@bzk-freiburg.de

20. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Thema: Misserfolge und Komplikationen – aus Fehlern lernen

Termin: 13.04.2013

Ort: Neumünster, Holstenhallen

Auskunft:
KZV Schleswig-Holstein
Westring 498
24106 Kiel
Tel.: 0431/3897-128
Fax: 0431/3897-100
www.kzv-sh.de

17. Jahrestagung des Landesverbands Berlin-Brandenburg im DGI e.V.

Thema: Peri-Implantologie 2013
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. V. Strunz

Termin: 19./20.04.2013

Ort: Rathaus Schöneberg, Berlin

Anmeldung:
MCI Deutschland GmbH
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
berlin@mci-group.com
www.mci-berlin.de

13. Jahrestagung des Landesverbands Bayern im DGI e.V.

Termin: 27.04.2013

Ort: Theater Regensburg, Bismarckplatz 7, 93047 Regensburg

Ansprechpartner:
Wissenschaftliche Leitung
Dr. Zimmermann
Sopperplatz 5
93059 Regensburg
Tel.: 0941/893030
Fax: 0941/893131
zimmermann@dgi-ev.de

Anmeldung:
Youvivo GmbH
Karlsru. 60
80333 München
Tel.: 089/550520917
Fax: 089/55052092
info@youvivo.com

■ Mai

55. Sylter Woche Fortbildungskongress der ZÄK Schleswig-Holstein mit integrierter Fortbildung für ZFA

in Kooperation mit der **Deutschen Gesellschaft für Parodontologie**

Thema: Behandlungskonzepte bei Parodontitis und Periimplantitis

Termin: 13.05. – 17.05.2013

Ort: Congress Centrum Sylt, Friedrichstr. 44, 25980 Westerland/Sylt

Anmeldung:
ZÄK Schleswig-Holstein
Westring 496
24106 Kiel
Tel.: 0431/260926-82
Fax: 0431/260926-15
info@SylterWoche.de

■ Juni

12. Jahrestagung des Landesverbands Nordrhein-Westfalen im DGI e.V.

Thema: Chirurgie und Prothetik: Synergien in der Implantologie

Termin: 07./08.06.2013

Ort: Maritim Hotel Köln

Anmeldung:
MCI Deutschland GmbH
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
berlin@mci-group.com
www.mci-berlin.de

62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien

Tagungspräsidentin:
Prof. Dr. Meike Stiesch

Termin: 13.06. – 15.06.2013

Ort: Convention Center Hannover, Deutsche Messe AG, Messegelände/Hermesallee, 30521 Hannover

Anmeldung:
MCI Deutschland GmbH
MCI – Berlin Office
Markgrafenstr. 56
10117 Berlin
Tel.: 030/20459-0
Fax: 030/20459-50
dgpro2013@mci-group.com
www.dgpro.de

3. Symposium der Initiative Kiefergesundheit und des Berufsverbands der Deutschen Kieferorthopäden

Thema: Prävention – Funktion – Ästhetik: Grenzfälle in der Erwachsenen-Kieferorthopädie

Termin: 15.06.2013

Ort: Frankfurt

Auskunft:
www.pfa-kfo.de

20. Sommersymposium des MVZI im DGI e.V.

Thema: Einzelzahnersatz – Intuition, Präzision, Faszination

Termin: 20.06. – 22.06.2013

Ort: The Westin Hotel, Gerberstr. 15, 04105 Leipzig

Anmeldung:
Youvivo GmbH
Karlsru. 60
80333 München
Tel.: 089/55052090
Fax: 089/55052092
info@youvivo.com

18. Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

Thema: Aktuelle Trends in der zahnärztlichen Chirurgie und Oralmedizin

Termin: 22.06.2013

Ort: Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, M.-Luther-Str. 14, 17489 Greifswald

Auskunft:
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Zentrum für ZMK-Heilkunde
Poliklinik für MKG-Chirurgie
Rotgerberstr. 8
17475 Greifswald
Tel.: 03834/867168
Fax: 03834/867302
suemnick@uni-greifswald.de

■ August

FDI 2013 Istanbul Jahresweltkongress der Zahnärzte

Thema: Kontinente verbinden für eine globale Mundgesundheit

Termin: 28.08. – 31.08.2013

Ort: Istanbul Congress Center

Anmeldung:
www.fdi2013istanbul.org/INT/

Wissenschaftliche Gesellschaften

APW

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Fachgebiet: Prothetik

Thema: Vollkeramische Adhäsivbrücken – Eine bewährte Alternative zu Einzelzahnimplantaten

Referent: Prof. Dr. Matthias Kern

Termin: 01./02.03.2013

Ort: Kiel

Fortbildungspunkte: 14

Kursnummer: ZF2013CW01

Kursgebühr: 595 EUR, 565 EUR DGZMK-Mitglieder, 545 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Allgemeine ZHK

Thema: Halitosis-Tag 2013

Referent: Prof. Dr. Andreas Filipipi

Termin: 08.03.2013

Ort: Basel

Fortbildungspunkte: 8

Kursnummer: ZF2013CA01

Kursgebühr: 430 EUR, 400 EUR DGZMK-Mitglieder, 380 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: ZFA

Thema: Seminar zur Hygienebeauftragten – Erfolgreiche Umsetzung der Empfehlungen des RKI in der Praxis

Referent: Dr. Regina Becker

Termin: 09.03.2013

Ort: Frankfurt

Kursnummer: ZF2013HF01

Kursgebühr: 145 EUR

Fachgebiet: Restaurative ZHK, Ästhetische ZHK
Thema: APW-SELECT – Update Restaurative und Ästhetische Zahnheilkunde
Referenten: Dr. Markus Bechtold, PD Dr. Florian Beuer, PD Dr. Stefan Fickl, Prof. Dr. Roland Frankenberger, Dr. Sönke Harder, Dr. Markus Lenhard, PD Dr. Irena Sailer
Termin: 16.03.2013
Ort: Frankfurt
Fortbildungspunkte: 8
Kursnummer: ZF2013SE01
Kursgebühr: 340 EUR, 310 EUR DGZMK-Mitglieder, 290 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Augmentationsverfahren für Einsteiger – Wann? Wie? Womit?
Referent: Prof. Dr. Frank Schwarz
Termin: 16.03.2013
Ort: Düsseldorf
Fortbildungspunkte: 10
Kursnummer: ZF2013CI01
Kursgebühr: 390 EUR, 360 EUR DGZMK-Mitglieder, 340 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Ästhetik
Thema: Vollkeramische Restaurationen – Maximale Ästhetik und Funktion vom Veneer bis zur Seitenzahnbrücke
Referent: Prof. Dr. Jürgen Manhard
Termin: 22./23.03.2013
Ort: München
Fortbildungspunkte: 20
Kursnummer: ZF2013CÄ01
Kursgebühr: 630 EUR, 600 EUR DGZMK-Mitglieder, 580 EUR APW-Mitglieder

Fachgebiet: Ethik
Thema: Ethik in der Zahnmedizin
Referenten: Prof. Dr. Martin Karrer, Dr. Hans-Otto Bermann
Termin: 12./13.04.2013
Ort: Wuppertal
Fortbildungspunkte: 16
Kursnummer: ZF2013CA02
Kursgebühr: 560 EUR, 530 EUR DGZMK-Mitglieder, 510 EUR APW-Mitglieder

Auskunft: APW
 Liesegangstr. 17a
 40211 Düsseldorf
 Tel.: 0211/669673-0, Fax: -31
 apw.fortbildung@dgzmk.de
 www.apw-online.de

DZOI

Deutsches Zentrum
 für orale Implantologie e.V.

Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Master of Science oral Implantology and Function
Leitung: Dr. Ramon Fuentes, Universität Temuco, Chile
Termin: 1. Semester: 04.03. – 17.03.2013
Ort: Universität Temuco, Chile
Kursgebühr: DZOI-Mitglieder 4950 EUR, Nichtmitglieder 6200 EUR

Thema: Intensiv-Fortbildung an der Universität Temuco (Chile) für Hospitationen, Supervisionen oder TSP
Leitung: Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke, Universität Göttingen; Prof. Dr. Ramon Fuentes, Universität Temuco, Chile
Termin: 09.03. – 15.03.2013
Ort: Universität de la Frontera, Chile (UFRO)
Kursgebühr: DZOI-Mitglieder 1999 EUR, Nichtmitglieder 2999 EUR

Fachgebiet: Implantologie
Thema: 16. Curriculum Implantologie
Leitung: Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke, Universität Göttingen
Termin: 08.04. – 13.04.2013 (17. Curriculum 23.09. – 28.09.)
Ort: Abteilung Zahnärztliche Chirurgie an der Universität Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
Kursgebühr: DZOI-Mitglieder 6800 EUR, Nichtmitglieder 7800 EUR

Der schnellste Sterilisator seiner Klasse.

Optimale Temperaturverteilung, extrem kurze Prozesszeiten und die hervorragende Trocknung machen den Miele Sterilisator zum schnellsten seiner Klasse. Innovationen, wie das patentierte Miele System zur Dampferzeugung und die Möglichkeit der integrierten Wasseraufbereitung, sorgen für die sichere und schnelle Sterilisation von bis zu 6 kg Instrumentarium. Damit gehört der Miele Sterilisator als unverzichtbares Hygiene-Inventar in jede Dentalpraxis.

Nur für kurze Zeit!*

- Sterilisator PS 1201B (B-Klasse)
- 3 zusätzliche Trays
- Miele Prozessdokumentation
- Helix-Test
- Verbindungskabel, 3 m (Typ 1 oder Typ 2)

~~9.395,-~~ EUR UVP*

6.650,- EUR UVP* Paketpreis

*Bei allen teilnehmenden Depots. Gültig bis zum 31.03.2013.



Miele & Cie. KG
 Telefon 0800 22 44 644
 www.miele-professional.de

Miele
 PROFESSIONAL

Fachgebiet: Implantologie
Thema: Curriculum
 Laserzahnmedizin I
Leitung:
 Dr. Manfred Wittschieber, (DZOI),
 Prof. Dr. Andreas Moritz (SOLA)
Termin: 12.04. – 14.04.2013
 (Curriculum II 20.09. – 22.09.)
Ort: Medizinzentrum Achdorf,
 Achdorfer Weg 5, 84036 Landshut
Kursgebühr:
 DZOI-Mitglieder 1 900 EUR,
 Nichtmitglieder 2 050 EUR

Auskunft: DZOI Geschäftsstelle
 Rebhuhnweg 2
 84036 Landshut
 Tel.: 0871/6600934
 Fax: 0871/9664478
 office@dzoi.de
 www.dzoi.de

DGR2Z

**Deutsche Gesellschaft für
 Restaurative und Regenerative
 Zahnerhaltung**

Fortbildungsveranstaltung

Thema: Restaurative Zahnerhaltung
 aktuell – für junge und
 junggebliebene Zahnärztinnen
 und Zahnärzte
Termin: 15./16.03.2013
Ort: Universitätsklinikum Regens-
 burg, Zahn-, Mund- und Kiefer-
 klinik, Bauteil Z, 2. OG, Großer
 Hörsaal ZMK, Franz-Josef-Strauß-
 Allee 11, 93053 Regensburg
Fortbildungspunkte: 4 pro Tag
Kursgebühr: Mitglieder 80 EUR,
 Nichtmitglieder 255 EUR,
 Studierende Mitglieder 30 EUR,
 Studierende Nichtmitgl. 75 EUR

Auskunft: Deutsche Gesellschaft
 für Restaurative und Regenerative
 Zahnerhaltung e.V., Geschäftsstelle
 Universitätsklinikum Frankfurt/M.
 ZZMK Carolinum
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt/M.
 Tel.: 069/300605-78
 Fax: 069/300605-77
 info@dgz-online.de
 www.dgz-online.de

DGCZ

**Deutsche Gesellschaft für
 computergestützte Zahnheilkunde**

Fortbildungsveranstaltungen

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referent: Dr. Günter Fritzsche
Termin: 01./02.03.2013
Ort: Hamburg

Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS080113
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referenten: ZA L. Brausewetter,
 ZA P. Neumann
Termin: 08./09.03.2013
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS140213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referent: Dr. Bernd Reiss
Termin: 08./09.03.2013
Ort: Bensheim
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS60213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Dentale
 Volumetomografie
Referenten: Dr. L. Ritter,
 Dr. O. Schenk, Prof. J. E. Zöllner
Termin: 16.03. + 22.06.2013
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 9
Kursnummer: DV500113
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 950 EUR

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referent: Dr. Olaf Schenk
Termin: 22./23.03.2013
Ort: Bensheim
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS450113
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referent: Dr. Otmar Rauscher
Termin: 22./23.03.2013
Ort: München
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS490213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Krone und Veneer
Referenten: Dr. G. Fritzsche,
 Dr. K. Wiedhahn
Termin: 22./23.03.2013
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW080113
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 950 EUR,
 ZFA: 1 050 EUR zzgl. MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Krone
Referenten: Dr. G. Fritzsche,
 Dr. K. Wiedhahn
Termin: 22.03.2013
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: CR080113
Kursgebühr: 525 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 475 EUR + MwSt.,
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Veneer/Frontzahnkrone
Referenten: Dr. G. Fritzsche,
 Dr. K. Wiedhahn
Termin: 23.03.2013
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: VE080113
Kursgebühr: 525 EUR zzgl. MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 475 EUR + MwSt.,
 ZFA: im Team 525 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: CEREC SW 4.0 Tipps und
 Tricks – Intensiv Updatekurs
Referent: Dr. O. Schenk
Termin: 27.03.2013
Ort: Köln
Fortbildungspunkte: 5
Kursnummer: SO590213
Kursgebühr: 395 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitgl.: 395 EUR + MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Krone und Veneer
Referent: Dr. Otmar Rauscher
Termin: 12./13.04.2013
Ort: München
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW490213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 950 EUR,
 ZFA: 1 050 EUR zzgl. MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Seitenzahn inklusive
 Malübungen Modul 1
Referent: Dipl.-Stom. Oliver
 Schneider
Termin: 12.04.2013
Ort: Zwickau
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: CR290213
Kursgebühr: 525 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 475 EUR,
 ZFA: 525 EUR zzgl. MwSt.

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Krone, Veneer und kleine
 Brücken
Referent: Dipl.-Stom. Oliver
 Schneider
Termin: 12./13.04.2013
Ort: Zwickau
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW290213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 950 EUR,
 ZFA: 1 050 EUR zzgl. MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Frontzahn-Restauration
 Tag 1
Referenten: ZA P. Neumann,
 ZA L. Brausewetter
Termin: 12.04.2013
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: CS140113
Kursgebühr: 525 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 475 EUR,
 ZFA: 525 EUR zzgl. MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Frontzahn-Restauration
 Tag 1+2: Frontzahnkronen,
 Veneers, kleine Brücken
Referenten: ZA P. Neumann,
 ZA L. Brausewetter
Termin: 12./13.04.2013
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: AW140113
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 950 EUR,
 ZFA: 1 050 EUR zzgl. MwSt.

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

Verlust von Kammerausweisen

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referenten: Dr. W. Schweppe,
 Dr. O. Schenk
Termin: 12./13.04.2013
Ort: Fröndenberg
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS130213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein;
 ZFA: im Team 525 EUR zzgl. MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

LZK Baden- Württemberg

ZA Ralf Blaser
 Heinrich-Heine-Ring 80
 76199 Karlsruhe
 geb. am 10.2.1970

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

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Intensivkurs
Referenten: Dr. Günter Fritzsche
Termin: 12./13.04.2013
Ort: Hamburg
Fortbildungspunkte: 21
Kursnummer: IS080213
Kursgebühr: 1 050 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: erhalten einen
 100-EUR-Kursgutschein,
 anrechenbar auf Folgekurse;
 ZFA: im Team 525 EUR zzgl. MwSt.
 (Sirona-Gutschein wird anerkannt.)

Dr. Martin Heinkele
 Sonnhalde 39
 79104 Freiburg
 geb. am 11.11.1954

Kontakt:
 BZK Freiburg
 Merzhauser Str. 114-116
 70100 Freiburg
 Tel.: 0761/4506-0
 Fax: 0761/4506-400

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Frontzahn inklusive
 Malübungen Modul 2
Referent: Dipl.-Stom. Oliver
 Schneider
Termin: 13.04.2013
Ort: Zwickau
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: VE290213
Kursgebühr: 525 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 475 EUR,
 ZFA: 525 EUR zzgl. MwSt.

Dr. Marc Andreas Lipp
 Ulrich-Stechele-Str. 32
 74074 Heilbronn
 geb. am 29.3.1975

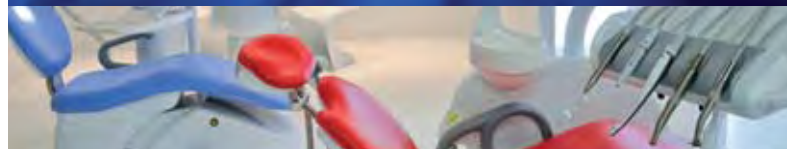
Dr. Peter Richter
 Galgenberg 30
 71334 Waiblingen
 geb. am 30.7.1938
 Ausweis gültig seit: 23.9.1994

Fachgebiet: CAD/CAM
Thema: Frontzahn-Restauration
 Tag 2
Referenten: ZA P. Neumann,
 ZA L. Brausewetter
Termin: 13.04.2013
Ort: Berlin
Fortbildungspunkte: 11
Kursnummer: LB140113
Kursgebühr: 525 EUR + MwSt.;
 DGCZ-Mitglieder: 475 EUR,
 ZFA: 525 EUR zzgl. MwSt.

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



35. Internationale Dental-Schau
KÖLN, 12.-16.03.2013



ZEIT SPAREN, GELD SPAREN!
 Jetzt online registrieren und Karten kaufen.
www.ids-cologne.de

DIE GLOBALE LEITMESSE FÜR ZAHNMEDIZIN

Erleben Sie den Fortschritt der internationalen zahnmedizinischen Forschung hautnah: Mehr als 1.900 Aussteller aus rund 60 Ländern zeigen Ihnen auf der IDS 2013, wie Sie Behandlungen und Vorsorge in Zukunft noch effizienter und qualitativ hochwertiger gestalten können. Informieren Sie sich über wegweisende Innovationen, Entwicklungen und Trends auf der weltweit größten Plattform für Zahnmedizin.

Fachhändlerstag: 12. März 2013

Koelnmesse GmbH
 Messeplatz 1
 50679 Köln
 Telefon +49 180 577-3577*
ids@visitor.koelnmesse.de



* 0,14 €/Min. aus dem dt. Festnetz,
 max. 0,42 €/Min. aus dem Mobilfunknetz



Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

	Pat. Init. 	Geburtsdatum 	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:																																																		
Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation): lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgetreten am: _____ Dauer: _____				<table border="1" style="width:100%; height: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.																																																		
1. _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
2. _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
3. _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
4. _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④		dieses früher gegeben ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		vertragen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		ggf. Reexposition neg. <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																														
Allgemeinerkrankung:				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
behandelt mit:				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
Anamnestische Besonderheiten: Nikotin <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gegen: _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:																																																						
Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung: wiederhergestellt <input type="checkbox"/> wiederhergestellt mit Defekt <input type="checkbox"/> noch nicht wiederhergestellt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> Exitus <input type="checkbox"/> (ggf. Befund beifügen) Todesursache: _____				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																		
Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):																																																						
Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM <input type="checkbox"/> , Hersteller <input type="checkbox"/> ,				Arzneimittel-Komm. Ärzte <input type="checkbox"/> sonstige _____			Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																															
Name des Zahnarztes (evtl. Stempel)			Klinisch tätig? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			Datum:																																																
Unterschrift																																																						

gratis Leseprobe



Der Bestseller von Jan Hajt6:

Anteriores

Natürliche schöne Frontzähne



Band 1: Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln

Dr. Jan Hajt6 beleuchtet im ersten Band verschiedene theoretische Aspekte von Schönheit, Zähnen und ihre Beziehung zum lächelnden Gesicht. Diese werden ebenso theoretisiert wie die Gestaltungsregeln zur Erzielung einer schönen Frontzahnreihe. Dieses Buch verfolgt die Absicht, das Spannungsfeld zu erkunden, das zwischen bestehenden Gestaltungsregeln und dem natürlichen individuellen Formenreichtum besteht.

Band 1: 340 Seiten, 995 Abbildungen ISBN: 978-3-932599-18-7

früher 153,- jetzt nur **99,- €**

Band 2: Picture Gallery

Der zweite Band soll zur Anschauung und Inspiration dienen. Hier wird eine Auswahl an natürlich schönen Frontzahnreihen in Form eines Farbatlasses dargestellt. Diese Sammlung wird bei Ihnen auch als Arbeitsbuch für die ästhetische Planung und Herstellung von Frontzahnversorgungen oder als Kommunikationshilfe zwischen Zahnarzt, Patient und Zahntechniker einen festen Platz finden.

Band 2: 270 Seiten, 950 glanzlackierte Bilder ISBN: 978-3-932599-19-4

für **153,- €**



**950
Bilder**

Noch günstiger im Sparpaket!

Band 1 + Band 2 + Gratisbuch „Praktische Zahnheilkunde Step-by-Step“ (Gratisbuch solange Vorrat reicht) nur **239,- €**

Jetzt bestellen unter www.teamwork-bookshop.de oder telefonisch unter **+49 8243/9692-16**

Elternzeit im Ausland

Säugling im Gepäck

Das Elterngeld ersetzt seit 2007 das Einkommen in den ersten 14 Lebensmonaten des Kindes, wenn das Kind selbst betreut wird. Diese Elternzeit nutzen viele für einen Aufenthalt im fernen Ausland. Ob USA-Rundreise oder Inselhopping in Thailand – eine gute medizinische Vorbereitung gehört in jedem Fall dazu. zm-Redakteurin Sara Friedrich hat ZA Dr. Steffi Lerch in Thailand getroffen.

Dr. Steffi Lerch (34 Jahre) steht am Strand von Koh Mak (Thailand) im flachen Wasser und hält ihre Tochter Luci (11 Monate) im Arm. Die angestellte Zahnärztin aus Nürnberg reist zwei Monate lang mit ihrer Familie durch Thailand. Mit der älteren Tochter Maja (3) ist das Paar bereits in der Elternzeit quer durch die USA gefahren. Jetzt – wenn auf der Nordhalbkugel Winter ist – sollte es warm sein und friedlich. Da fiel die Wahl auf Thailand – die Thais sind kinderfreundlich und die Preise moderat. Lerch sagt: „Man sollte einen Nacht Direktflug nehmen. Und eine gute Reiseapotheke ist unverzichtbar.“

Unsinnig ist aus Sicht von Lerch, dass eine Abmeldung der Anstellung erfolgen muss und bei Wiedereinstieg nach der Babypause eine Neuanmeldung beziehungsweise Neugenehmigung durch den Ausschuss der KZV notwendig ist. „Nicht nur der Papierkram, auch die Gebühren von mehreren Hundert Euro sind doch erheblich“, meint die Zahnärztin.

Dass Vorbereitung alles ist, bestätigt Dr. Tomas Jelinek, Medizinischer Direktor am Berliner Centrum für Reise- und Tropenmedizin. „Einerseits raten wir zu Vorsicht, wenn es es in Länder gehen soll, die größere Krankheitsrisiken aufweisen. Dazu zählen durch Mücken übertragene Krankheiten oder solche, die über Nahrungsmittel übertragen werden. Extreme Umwelteinflüsse sind ein weiteres Risiko“, erklärt Jelinek gegenüber den zm. Die Sonneneinstrahlung am Äquator könne schon ziemlich heikel werden – selbst für Erwachsene.

Auf der anderen Seite könne man mit einem Säugling fast überall hinfahren. Es müssten eben nur die richtigen Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden. Eher zur Vorsicht rät der Tropenmediziner bei Ländern, wo beispiels-



Foto: Steffi Lerch

ZÄ Steffi Lerch verbrachte ihre Elternzeit mit der Familie in Thailand.

weise Malaria vorkommt. Hier seien viele schwerwiegende Verläufe im Kleinkindalter bekannt. Von Schwarzafrika rät er ab. Auch Länder mit Denguefieber-Ausbrüchen seien ungeeignet.

Empfehlenswert seien dagegen Länder, die wenig Infektionsrisiken böten. Auch eine entsprechende Infrastruktur, die man in vielen Schwellenländern findet, sei von Vorteil. In Südamerika würde Jelinek beispielsweise deswegen eher Argentinien, Chile oder Brasilien als Destination auswählen als Peru oder Bolivien.

Die Entscheidung hänge aber immer vom Einzelfall ab. Momentan berate sein Team viele Kleinfamilien aus dem Berliner Stadtteil Prenzlauer Berg, die eine Elternzeit im Ausland planen. Einige wollen einen Trip nach



Foto: privat

PD Dr. Tomas Jelinek ist Tropenmediziner und reiste mit seinen Kindern in die Ferne.

Goa (Indien) unternehmen. Das sei machbar, da sich die Familien vor Ort nicht großartig fortbewegen würden. Wichtig: Die Reise vorher mit einem Tropenmediziner durchsprechen. Jelinek: „Wenn nötig, muss geimpft werden. Eine regelrechte Impfpflicht gibt es aber nur in Ländern, in denen Gelbfieber vorkommt. Wer aus Deutschland einreist, hat keinerlei Impfpflichten.“

Die Reiseapotheke sollte auf die Reisepläne abgestimmt werden. Als Grundstock gelte:

- Medikamente gegen Fieber und Kopfschmerzen (Paracetamol); Vorsicht: Zäpfchen können schmelzen – in Eiswasser verfestigen sie sich wieder

- Mittel gegen Hautprobleme (Sonnenschutz 50, Mittel zur Hautrückfettung, Mittel gegen Pilzinfektionen der Haut, Mittel zur Wundversorgung, Pinzetten)

- Mittel gegen Durchfall (kein Immodium – das lähmt als Opiumderivat den Dickdarm und fördert Infektionen, kann bei Kindern zu Darmverschluss führen); gut für Erwachsene ist Eichenrinde

- Mückenschutz (alle effektiven Mückenschutzmittel sind chemisch; DEET ist der Goldstandard)

- Moskitonetz

Der Trend zur Fernreise im Rahmen der Elternzeit scheint stark. „Auf Koh Jum haben wir fast nur deutsche und schwedische Paare in Elternzeit getroffen, berichtet Lerch am Strand. Die Schweden dürfen – anders als in Deutschland – in den ersten drei Lebensjahren des Kindes mehrmals eine Auszeit nehmen. sf

MEHR ZUM THEMA

Video auf zm-online

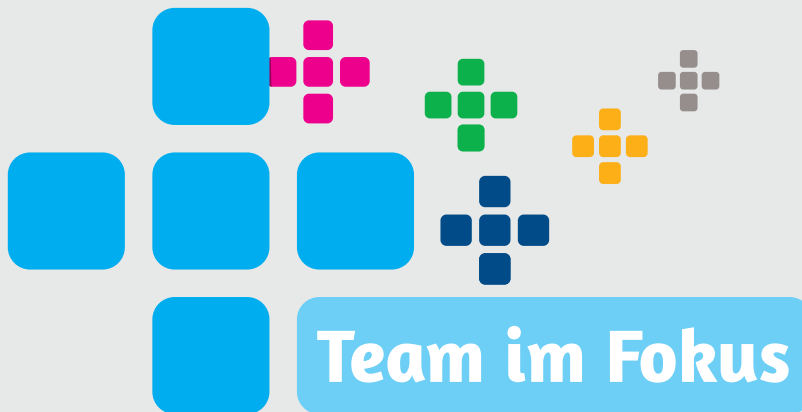
Hier finden Sie den Direktlink zum Video auf zm-online.de. Scannen Sie einfach den QR-Code mit einer Smartphone-App oder geben Sie auf der Website oben rechts den zm-Code 45232 in die Suchmaske ein.



Ihr Weg zur interdisziplinären Mundgesundheitspraxis

Fortbildungsveranstaltung mit Workshop

5
Fortbildungspunkte



Wussten Sie, dass über 50 % der erwachsenen Bevölkerung an Parodontitis leiden und nur 3% erkannt werden?

 **Experten fordern: Parodontitisfrüherkennung und interdisziplinäre Zusammenarbeit!**

Die Themen der Veranstaltung:

- Interdisziplinäre Diagnostik in der Zahnarztpraxis
- aMMP-8-Technologien zur Früherkennung von Parodontitis
- Innovative Präventions- und Therapiemethoden
- Gesundheitsökonomische Aspekte der interdisziplinär arbeitenden Zahnarztpraxis
- Case-Management und Patient compliance

www.team-im-fokus.de

Für weitere Informationen einfach anrufen: 06221 6499710*

*normale Festnetzgebühren aus d. dt. FN, MoFu ggf. abweichend

Schnell anmelden.
Die Teilnehmerzahl ist limitiert.

unterstützt von:



veranstaltet von:



Stiftungslife

Im burmesischen Delta

Der pensionierte Berliner Zahnarzt Dieter Buhtz (64) ist von November bis Dezember 2012 nach Myanmar in Südostasien gereist. Drei Wochen hat er an Bord einer schwimmenden Klinik die Menschen vor Ort behandelt. Die Hitze und krasse Zahnzustände waren die größten Herausforderungen.

Am 2. Mai 2008 fegte Zyklon Nargis mit unvorstellbarer Gewalt über das Ayeyarwady-Delta in Myanmar hinweg. Mehr als eine Million Menschen waren über Nacht obdachlos. Durchzogen von Flüssen und Kanälen ist das Delta ein von der Regierung weitgehend vernachlässigtes und abgeschiedenes Gebiet. Die Menschen leben vom Reisanbau und vom Fischen. Wer vorankommen will, fährt mit dem Boot. So entstand die Idee, mit den Swimming Doctors eine mobile medizinische Grundversorgung anzubieten. Finanziert wird das Projekt von der Stiftungslife (www.stiftungslife.de) und Hapag-Lloyd. Ein Einsatz dauert drei Wochen. Danach gibt es eine Woche Pause.



Fotos: D. Buhtz

Morgens ist der Kapitän der „Zawgyi“ meist der Erste, dem ich begegne. Ich bin als einziger Nicht-Burmeser an Bord unterwegs im Delta des Ayeyarwady. Die Zawgyi, zu Deutsch „Vieltausendfacher Glücksbringer“, trägt den Namen eines alten burmesischen Zauberers und Magiers. Und wie dieser bewirken auch die Swimming Doctors immer wieder kleine Wunder und bringen den Menschen ein wenig Glück.

Unsere „Kreuzfahrt“ ins Delta soll uns für jeweils zwei Tage in zehn verschiedene Dörfer im Gebiet zwischen Pyapon und Kyaiklat führen. Behandelt wird den ganzen Tag – sieben Tage die Woche. Manchmal geht es bis spät in die Nacht. An anderen Tagen ist

eher wenig zu tun. Die Notwendigkeit, den Lebensunterhalt zu verdienen bestimmt hier den Tagesablauf der Menschen und damit den Zeitpunkt, wann sie zum Arzt gehen.

Die Zawgyi ist ein umgebauter alter Reisfrachter. An Bord herrscht Enge. Es gibt aber sogar einen kleinen Operationsraum, in dem Pe Thej Aung, ein ehemaliger Militärarzt, assistiert von einer Schwester und einem Besatzungsmitglied Eingriffe durch-



oben: Der Behandlungsbedarf ist flächendeckend immens.

links: Wenn der umgebaute Reisfrachter einmal angelegt hat, dauert es nicht lang und die Patienten strömen auf die schwimmende Praxis.

führt und Geburten einleitet, nicht selten sogar per Kaiserschnitt. In der übrigen Zeit untersucht er die Patienten in der für die Zeit der Dorfaufenthalte umfunktionierten Kapitänskajüte der Zawgyi, die Koje des Kapitäns dient dabei als Untersuchungsfläche. In einem weiteren Raum werden Ultraschalluntersuchungen an Schwangeren durchgeführt. Schließlich gibt es noch ein kleines Labor und den zahnärztlichen Behandlungsraum mit Dr. Sith Thu und Khaing Kyaw, der eigentlich der Koch der Zawgyi ist, aber nebenher als zahnärztlicher Assistent fungiert. Bisweilen sind selbst die Gänge verstopft. Wenn ein Familienmitglied zur Behandlung muss, geht der Rest der Familie



mit, ob jung oder alt, teils aus Anteilnahme, als notwendige Begleitung oder auch nur aus Neugier. Sonst ist die Welt hinter der nächsten Flussbiegung zu Ende.

Karietherapie bedeutet im Delta des Ayeyarwady vorrangig und nahezu alternativlos Extraktion, sowohl im Seiten- als auch im Frontzahnbereich. Viele Patienten stellen sich mit Fisteln, Abszessen und Granulomen vor. Ist die Pulpa bereits eröffnet, ist das Urteil über den Zahn in der Regel schon gefällt. Man trägt hier Lücke, gezwungenermaßen und durchaus sozialkompatibel. Nach wenigen Tagen aber überzeuge ich Sith Thu, neben den notwendigen Extraktionen auch den einen oder anderen erkrankten, aber immerhin noch erhaltenswerten Zahn in derselben Sitzung zu reparieren, selbst wenn die Patienten eigentlich nur wegen der Schmerzen an den extraktionsreifen Zähnen gekommen sind.

Am Ende der Mission ist es Zeit, ein Fazit zu ziehen: Habe ich etwas bewirken können? Nachhaltigkeit? Einen Wandel von der Extraktion hin zu Reparatur und Erhaltung? Die dankbaren Augen der Kinder und Erwachsenen kommen mir in den Sinn, die wir behandelt haben, ihre Freundlichkeit und ihr Frohsinn trotz aller Armut. Und plötzlich merke ich, dass ich meine Entscheidung längst getroffen habe: Ja, ich werde zurückkehren.

Dr. Dieter Buhtz
Bayernallee 39a
14052 Berlin
dieterbuhtz@web.de

MEHR ZUM THEMA

Bericht auf [zm-online](http://zm-online.de)

Hier finden Sie den Direktlink zur Reise-reportage auf zm-online.de. Scannen Sie einfach den QR-Code mit einer



Smartphone-App oder geben Sie auf der Website oben rechts den zm-Code 61522 in die Suchmaske ein.

Zahnärzte ohne Grenzen

Im mongolischen Outback

Der Augsburger Zahnarzt Dr. Konrad Kiesewetter machte sich im Hochsommer 2012 mit zwei Helferinnen aus seiner Praxis und einem Kollegen aus Ulm im Namen von Zahnärzte ohne Grenzen (DWLF) auf in die Mongolei. Die Einsatzorte lagen über 500 Kilometer von der Hauptstadt Ulaanbaatar entfernt.

Die vier Deutschen wurden vor Ort von einem Dolmetscher und einer mongolischen Kollegin begleitet. Letztere sollte überwiegend Zahnstein entfernen und den anderen Helfern bei der Arbeit zuschauen.

Am Einsatzort angekommen, mussten die Behandlungsstühle sowie das gesamte Equipment ausgepackt und aufgebaut werden. Nach kleinen Anlaufschwierigkeiten funktionierte alles soweit. Das Team konnte mit der Arbeit beginnen. Eine Mischung verschiedener Bohrer (alle gebraucht) kamen von einer Kollegin aus Berlin.

Fließend Wasser – Fehlanzeige

Nach einer Woche voller Behandlungen musste alles wieder verpackt und zum zweiten Einsatzort transportiert werden. Autos waren wieder organisiert. Das Team verschlug es nun 100 Kilometer weiter west-

lich. Gearbeitet, gegessen und geschlafen wurde in Krankenhäusern. Problematisch: Es gab keinerlei fließend Wasser oder feste

INFO Kosten

Eine Reise ist nie umsonst. Folgende Kosten sind Dr. Konrad Kiesewetter bei seinem Hilfseinsatz entstanden:

- 65 Euro für einen Ausweis und zwei T-Shirts mit DWLF-Logo
- Kosten für ein amtliches Führungszeugnis und beglaubigte Zeugnisse
- Kosten für entsprechende Impfungen und eine Auslandsrankenversicherung
- eine Spende an DWLF (für Zahnärzte 500 Euro; für Helferinnen 350 Euro)
- 48 Euro für Visa
- 790 Euro für Flüge
- ein Teil der Kosten für Kost und Logis

Andere Umstände: Auch wenn die Räumlichkeiten gewöhnungsbedürftig sind – dank Lupenbrille und Licht kann Kiesewetter Patienten in der Mongolei auf hohem Niveau behandeln. Beim Standard werden keine Abstriche gemacht.



Foto: K. Kiesewetter

Q2-IMPLANT

Zweiphasiges Implantat mit externem Hexagon, geeignet zur Sofort- oder Spätversorgung, erhältlich im Durchmesser von Ø 3,5 bis Ø 4,5, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



Q3-IMPLANT

Einphasiges Implantat mit Kugelkopf und Matrize, bevorzugt genutzt zum Einarbeiten in Totalprothesen, erhältlich im Durchmesser Ø 3,5 und Ø 4,5, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



QK-IMPLANT

Zweiphasiges Implantat mit internem Oktagon, geeignet zur Sofort- oder Spätversorgung, erhältlich im Durchmesser Ø 4,0 und Ø 5,6, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



Q-IMPLANT®

Q-Implant-Standard oder Short, einphasiges Implantat mit Gingivadurchtrittshöhe von 2 mm oder 4 mm. Ideal geeignet zur Sofortimplantation und Sofortbelastung, erhältlich im Durchmesser von Ø 2,5 bis Ø 5,6, jeweils in den Längen 8 mm bis 14 mm.



GIP IMPLANT

Innovatives, einphasiges Hohlzylinderimplantat, geeignet für stark atrophierten breiten Ober- und Unterkiefer, erhältlich im Durchmesser Ø 7,0 und Ø 6,3, jeweils in den Längen 4 mm bis 7 mm.



TRINON TITANIUM GmbH

Augartenstr.1 76137 Karlsruhe
Tel: +49 (0) 721 932700, Fax: +49 (0) 721 24991
trinion@trinion.com, www.trinion.com



Krasse Spuren ungenügender Mundhygiene ...



Akut können die Helfer nur lindern, nicht heilen.

Toiletten. Dafür Plumpsklos vor beziehungsweise hinter dem Gebäude. Der jüngste Patient – zwei Jahre und drei Monate alt – wurde mit vollständig abgefallenen Schneidezähnen vorgestellt. Die Zahnkronen waren nicht mehr sichtbar. Er litt unter starken Schmerzen. Erst nach einem ausführlichem Gespräch mit dem Vater mittels Dolmetscher stimmte dieser einer Behandlung zu.

Die Menschen vor Ort waren unfassbar freundlich. Die Wünsche wurden den Helfern von den Augen abgelesen. Das Krankenhauspersonal organisierte mehrere Picknick-Ausflüge und brachte die deutschen Gäste zum Empfang zu Verwandten in deren Jurten.

Packen und behandeln

Nach einer Woche hieß es wieder alles zusammenpacken und zurück nach Ulaanbaatar. Etwa 730 Patienten wurden behandelt. Im Durchschnitt waren das etwa 120 Zähne pro Behandlungstag. Dabei wurden 1 277 Lokalanästhetika verbraucht und eine



... sind bei jedem Patienten ersichtlich.

Fotos: K. Kieseewetter

ungezählte Menge an Kompositfüllungen erstellt. All dies ohne ein einziges Röntgenbild. Folgende Instrumente werden vor Ort benötigt: scharfe Hebel nach Bein verschiedener Breite, dünne Lindemannfräsen, Zangen zur Wurzelentfernung und Blaupapier plus Halter.

40 andere Zahnärzte wurden zur gleichen Zeit über die Mongolei verteilt und konnten sich gegenseitig assistieren. Die Möglichkeiten für die Hilfe zur Selbsthilfe wurden somit nicht optimal ausgeschöpft.

Dr. Konrad Kieseewetter
Fuggerstr. 7
86150 Augsburg

INFO

Aufruf für Sambia

In Siavonga (Sambia) ist die zahnmedizinische Versorgung sehr verbesserungsbedürftig. DWLF will helfen, Standards für eine Basiszahnmedizin einzuführen. Tragen Sie als Einsatzteilnehmer dazu bei. Die gemischten Vierer-Gruppen (vorzugsweise eingespielte Praxisteams) arbeiten von Siavonga aus in fest eingerichteten oder auch mobilen Zahnkliniken. Jede Gruppe wird von einem erfahrenen Zahnarzt geleitet. Die Unterbringung ist günstig. Einheimische Helfer und Dolmetscher begleiten die Arbeit. Helfer werden ab März 2013 gesucht. ■

Kontakt: info@dwlf.org

INFO

Neue Einreisebestimmungen in Namibia

Seit Ende vergangenen Jahres gibt es eine Neuregelung im namibischen Einwanderungsrecht: Wie Anja Gänsler von der Deutschen Botschaft in Windhuk gegenüber den zm bestätigte, können Arbeitserlaubnisse (auch temporäre) generell nicht mehr nach der Einreise erteilt werden. Diese müssen nun vorher bei der jeweiligen namibischen Botschaft im Ursprungsland beantragt werden. Allerdings könnten die deutschen Auslandsvertretungen keine verbindliche Auskunft zu ausländischem Recht erteilen. Gänsler: „Einwanderungsfragen werden von jedem Land souverän entschieden.“ Ansprechpartner für Anliegen dieser Art sind die namibischen Behörden in Deutschland.

Ein vierköpfiges Team aus deutschen Zahnärztinnen und Helferinnen war im vergangenen Jahr in Namibia, um für Zahnärzte ohne Grenzen (DWLF) ehrenamtlich zu arbeiten. Die Frauen waren als Touristinnen eingereist. Vor Ort wurde dann allerdings von den Behörden keine Arbeitserlaubnis ausgestellt, woraufhin ihnen der Arbeitseinsatz verwehrt blieb.

Stefan Crusius, DWLF-Teamleiter in Namibia erklärte den zm: „Ich würde allen Kollegen, die an einem Einsatz interessiert sind, raten, sich im Vorfeld umfangreich zu informieren. Arbeitsgenehmigung und Visum sollten in den eigenen Händen sein.“ ■

Die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für den Praktiker

- **Praktische Beispiele aus dem Praxisalltag**
- **Mehr als 400 farbige Abbildungen**
- **Zahlreiche brillante 3D-Abbildung**
- **Mit 3D-Brille**

Die Adhäsivtechnik ist ein wesentlicher Bestandteil der restaurativen Zahnmedizin und aus der täglichen zahnärztlichen Arbeit nicht mehr wegzudenken. Ein neuer Ansatz zu diesem spannenden Thema ist die Vernetzung von Wissenschaftlern und Praktikern.

Dieses Expertenteam hat alle Facetten der Adhäsiven Zahnheilkunde beleuchtet, um daraus ein wissenschaftlich fundiertes, praxisnahes Buch zu erstellen.



2013, 385 Seiten, 410 Abbildungen in 461 Einzeldarstellungen, 16 Tabellen
 ISBN 978-3-7691-3427-8
 gebunden € 149,-



Weitere Informationen www.aerzteverlag.de
Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
 E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de
 Telefon: 02234 7011-314



Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger
 Direktor der Abteilung für Zahnerhaltungskunde des Medizinischen Zentrums für ZMK an der Philipps-Universität Marburg und am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

BESTELLSCHEIN



Ausfüllen und an Ihre Buchhandlung oder den Deutschen Ärzte-Verlag senden.

Fax und fertig: 02234 7011-476 oder per Post

Deutscher Ärzte-Verlag
 Kundenservice
 Postfach 400244
 50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Rückgaberecht

— Ex. Frankenberger, **Adhäsive Zahnheilkunde** € 149,-
 ISBN 978-3-7691-3427-8

Name, Vorname _____

Fachgebiet _____

Straße, Ort _____

E-Mail (für evtl. Rückfragen) _____ Telefon _____

X Datum _____ **X** Unterschrift _____

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten € 4,50. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Jürgen Führer, Norbert Froitzheim

Christlicher Missionsdienst

Im Doppelpack ins Waisendorf

Im Februar 2012 reiste der Zahnarzt Dr. Michael Drechsel (Chemnitz) mit der Studentin und ZFA Lydia Lange (Rostock) in ein Kinderdorf des Christlichen Missionsdienstes (CMS) in Indien, um die Waisen dort zahnmedizinisch zu versorgen.



Stimmung: Die Waisenkinder finden Gefallen am Zahnputztraining.



Üben in Geduld: Die Kinder warten auf ihre Behandlung.

Indien ist ein aufstrebendes Schwellenland, in dem die moderne medizinische sowie zahnmedizinische Versorgung in den ländlichen Gebieten kaum vorhanden ist. Für die wachsende Bevölkerung steht nicht genügend fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung. Zudem ist eine gute zahnmedizinische Behandlung nicht günstig und für mehr als 50 Prozent der Bevölkerung sogar unbezahlbar. Diese Menschen leben unter der Armutsgrenze und müssen mit weniger als einem Dollar pro Tag ihr Leben bestreiten. Um auch den Menschen der „unteren Kasten“ zu helfen, die es – nach Meinung der Politik – nur noch in den Köpfen der Bevölkerung gibt, reisen immer häufiger Zahnärzte und Fachangestellte aus Deutschland in dieses exotische Land in Asien.

Drechsel und Lange reisten zweieinhalb Wochen in den Südosten Indiens, nach Narakodurku. Der kleine Ort liegt in dem, von Touristen meist unbeachteten, Bundesstaat Andra Pradesh. In den Räumen der kleinen Krankenstation des Heimes wurden drei provisorische Patientenstühle und zwei mobile Dentaleinheiten aufgestellt. Da noch nie zuvor dort ein Zahnarzt praktiziert hatte, mussten alle – hauptsächlich von Herrn Drechsels Patienten gesponserte – Arbeits-

materialien aus Deutschland mitgenommen werden.

Mit viel Motivation begann die Arbeit mit den Befundaufnahmen von etwa 120 Kindern. Nach der Behandlung der Schmerzpatienten wurden in den zwei Wochen verbleibender Arbeitszeit, viele Milchzähne extrahiert, Karies exkaviert und Füllungen gelegt. „Die Entfernung von Zahnstein nahm die meiste Zeit in Anspruch“, so Drechsel.

In der unteren Kaste

Unterstützt wurde das kleine Team, von der indischen Krankenschwester Vetty. Um sprachliche Hürden zu meistern war Melba,



Fotos: Lydia Lange

Dringender Behandlungsbedarf

die Tochter des Heimleiters, meist mit in der Praxis. Gearbeitet wurde sechs Tage die Woche, acht Stunden am Tag. Nur häufige Stromausfälle und fünf indische Mahlzeiten konnten von der Arbeit abhalten.

Während des Aufenthalts in Indien haben die zwei Freiwilligen aus Deutschland noch weitere CMS-Kinderdörfer besucht. Auch dort wurden erneut Hunderte 01-Befunde aufgenommen, damit Drechsel samt Team bei seinem nächsten Besuch im Februar 2013, direkt mit der Behandlung durchstarten kann.

Um die allgemeine Dentalhygiene in den Kinderdörfern zu verbessern, wurden von ZFA Lydia Lange täglich gruppenprophylaktische Maßnahme durchgeführt. „Das hat bei den Kindern für viel Begeisterung gesorgt“, so Lange. Die zahnärztliche Hilfe vor Ort wurde dankend angenommen und das zweiköpfige Team konnte mit vielen neuen Eindrücken und einem guten Gefühl heimreisen. Ab sofort wird ein jährlicher Besuch in den Kinderdörfern angestrebt, um kontinuierlich eine gute zahnmedizinische Versorgung zu gewährleisten.

*Lydia Lange
ZFA aus Rostock-Warnemünde
lydifee@web.de*

DENTAL

MAGAZIN

Das neue DENTAL MAGAZIN erscheint am 12. März!

Erleben Sie professionellen, hochaktuellen und freien Journalismus mit Weitsicht.

Werden Sie Leser des DENTAL MAGAZINS. Bestellen Sie Ihr kostenloses Probeexemplar per Fax mit untenstehendem Coupon. Wir liefern es Ihnen umgehend auf Ihren Schreibtisch.

Es ist an der Zeit, sich über Hintergründe zu informieren.

Folgende Themen erwarten Sie in der neuen Ausgabe:

PraxisZahnmedizin

- Implantatbett aufbereiten
- Durchmesserreduzierte Implantate
- Endodontologie
- Prothetik
- Gingivarezessionen

PraxisManagement

- Zukunft der Niederlassung
- Abrechnung Implantologie
- Steuer-Tipps

Jetzt Probeheft bestellen: FAX an 02234 7011 6314

- Ja, ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Deutsche Ärzte-Verlag meine hier angegebenen personenbezogenen Daten nutzt, um mich über die neuesten Verlagsangebote, Neuigkeiten und Gewinnspiele zu informieren und beraten zu können. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name/Vorname

Straße/Hausnr.

PLZ/Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

A3106ZA3DNZMA

Special Olympics Deutschland (SOD)

Voller Erfolg in Garmisch

Mit einer Rekordbeteiligung und großer Zufriedenheit bei allen Mitwirkenden sind in Garmisch-Partenkirchen die Nationalen Special Olympics Winterspiele zu Ende gegangen. Zahnärzte aus vielen Teilen der Republik engagierten sich im Rahmen von Special Smiles. Dabei werden Athleten kostenlos untersucht.

„Wir hatten Winterspiele von hoher Qualität, es hat einfach alles gestimmt“, so der Präsident des Organisationskomitees, Hans-Georg Hauser. SOD-Geschäftsführer Sven Albrecht resümierte: „Ausstrahlung in die Gesellschaft, mediale Öffentlichkeit,

Bei einer eigenen Eröffnungsfeier von Healthy Athletes sprach BLZK-Präsident Prof. Christoph Benz das Grußwort. Wichtig sei, Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeiten zahnärztlicher Prävention in gleichem Maß zu eröffnen wie Menschen

auf immer stärker wachsendes öffentliches Interesse stößt“, sagte Dr. Christian Bolstorff, ehemaliger Berliner Kammerpräsident und seit vielen Jahren ehrenamtlich für Special Smiles bundesweit tätig. „In den Jahren hat sich die Mundgesundheits bei den Athleten sehr verbessert, man sieht die Erfolge der Fluoridierung.“ Dies stellte auch der Hildesheimer Zahnarzt und Clinical Director Special Smiles Dr. Christoph Hils fest: „Auch wenn es sicherlich eine Positivauswahl der



Die Schauspieler Bobby Brederlow und Erol Sander im Zahnputzdialog



Prof. Christoph Benz, Dr. Christoph Hils, Dr. Imke Kaschke, Roman Eichler, Bobby Brederlow



Screening-Team: Zahnmedizinstudentin Elisa Bernardi und Dr. Christian Bolstorff

Impulse für Inklusion zu setzen – das haben wir mit diesen Winterspielen erreicht. Nun kommt es darauf an, diese positive Energie in die Alltagsarbeit mitzunehmen.“

Mit 700 Athleten waren es die teilnehmerstärksten Winterspiele. Begleitet wurden die Sportler von 300 Betreuern, 300 Angehörigen und rund 700 ehrenamtlichen Helfern – 150 davon allein im Gesundheitsprogramm „Healthy Athletes“. Noch nie standen – aus Sicht der Veranstalter – die Special Olympics so sehr im Fokus der Öffentlichkeit. Entscheidend dazu beigetragen habe nicht zuletzt das Engagement von großen Sportlern wie Felix Neureuther oder Magdalena Neuner, aber auch von Vertretern der Politik sowie von der Bevölkerung vor Ort. An der Eröffnungsfeier mit viel Lokalkolorit nahmen mehr als 3 000 Besucher teil. Die Lebensgefährtin des Bundespräsidenten Joachim Gauck, Daniela Schadt, zeigte sich begeistert von den Spielen und der dahinter stehenden Philosophie. Sie übernimmt von nun an die Schirmherrschaft für Special Olympics.

ohne Behinderung. Die Bayerische Landeszahnärztekammer hatte – unterstützt von der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) – auch bei diesen Spielen wieder das zahnärztliche Untersuchungs- und Beratungsprogramm „Special Smiles“ als Teil des Gesundheitsprogramms Healthy Athletes organisiert. Finanziell gefördert und personell unterstützt wird Special Smiles in Deutschland maßgeblich durch die Firma Wrigley.

„Wir stehen vor großen Herausforderungen. Der Weg der Inklusion ist lang und voller Hindernisse, aber von nun an gehen wir ihn gemeinsam.“

Daniela Schadt,
Schirmherrin von Special Olympics

Drei zahnärztliche Teams, zwei Zahnärztinnen sowie drei Zahnmedizinstudenten der LMU und sechs weitere Helfer wirkten ehrenamtlich mit. Ihnen dankte die Leiterin des Healthy-Athletes-Programms, Dr. Imke Kaschke, ausdrücklich für ihr Engagement. „Es ist erfreulich, dass unser zahnärztliches Untersuchungs- und Beratungsprogramm

Menschen mit geistiger Behinderung ist und keineswegs repräsentativ für alle Menschen mit Behinderung, die wir im Rahmen von unserem Special-Smiles-Screening sehen, so ist doch der erfreulich gute Sanierungsgrad positiv festzustellen. Wir haben bei unseren Untersuchungen keine dramatischen Ausreißerbefunde festgestellt.“ Es wurden 254 Athleten untersucht, 600 von GABA gesponsorte Mundspülungen und 1 000 GABA-beziehungsweise Colgate-Zahnpasten sowie 6 000 Wrigley-Zahnpflegekaugummis und 400 Äpfel verteilt. sf/pm

MEHR ZUM THEMA Video auf zm-online

Hier finden Sie den Direktlink zum Video auf zm-online.de. Scannen Sie einfach den QR-Code mit einer Smartphone-App oder geben Sie auf der Website oben rechts den zm-Code 33296 in die Suchmaske ein.



Prof. Wolfgang Müller ist 80

Am 12. Januar 2013 feierte Universitäts-Professor Dr. Dr. med. habil. Wolfgang Müller seinen 80. Geburtstag. Müller wurde in Gröbzig geboren, machte dort Abitur und studierte von 1951 bis 1958 Zahnmedizin und Medizin in Halle-Wittenberg. 1956 absolvierte er die zahnärztliche, 1960 die ärztliche Approbation, mit fast zeitgleicher Promotion in beiden Fächern. Wissenschaftlich widmete er sich ab 1969 in Halle der Traumatologie der Zähne und des Gesichtsschädels. In sei-



Foto: privat

ner Habilitationsschrift, die 1973 an der Martin-Luther-Universität verteidigt wurde, befasste er sich mit der Analyse der Unterkieferfrakturversorgung und dem Entstehungsmechanismus der Gelenkfortsatzfrakturen. Neben der Traumatologie setzte sich der Jubilar in den 1960er- und 1970er-Jahren intensiv mit Verfahren der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie auseinander.

Seine Arbeiten belegen ein breit gefächertes Tätigkeitsspektrum und fanden unter anderem Niederschlag in dem Standardlehrbuch unseres Fachgebiets der 1970er- und 1980er-Jahre – dem „Schwenzer-Grimm“. 1975 wurde er dann Direktor an der „Klinik und Poliklinik für Chirurgische

Stomatologie und Kiefer-Gesichtschirurgie“ der Sektion Stomatologie in Erfurt. Hier baute er eine gut funktionierende kieferchirurgische Klinik auf. Wissenschaftliche Schwerpunkte waren die Behandlung pyogener Infektionen, Osteosyntheseverfahren, die Entwicklung keramischer Implantate und Beiträge über die rekonstruktive Chirurgie des Gesichts. Insgesamt blickt der Jubilar auf 93 Veröffentlichungen und etwa 250 wissenschaftliche Vorträge zurück. Eine Vielzahl junger Kollegen promovierte unter seinem Direktorat, fünf seiner Mitarbeiter habilitierten sich erfolgreich. Unter seinem Vorsitz wurde 1982 die „Gesellschaft für Stomatologie“ an der Medizinischen Akademie Erfurt gegründet, der er bis 1989 vorstand. Am 3. April 1990 strukturierte sich die Gesellschaft neu, als unabhängige wissenschaftliche „MGZMK zu Erfurt e. V.“.

1989 hat er als Vorsitzender die Führung der „Gesellschaft für Kieferchirurgie der DDR“ übernommen und bewirkte im Oktober 1990 den Zusammenschluss mit der „Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“. Erstmals in einem neuen Bundesland fanden unter seiner Leitung 1993 die Jahrestagung des Bundesverbands sowie der Kongress der DGMKG 1995 in Erfurt statt. Im Dezember 1998 beendete Wolfgang Müller seine aktive Tätigkeit als Arzt und Hochschullehrer.

Ehemalige Mitarbeiter der Klinik, Schüler, Kollegen und Freunde wünschen ihm auch weiterhin Schaffenskraft und viele Jahre voller Gesundheit.

PD Dr. Jörn-Uwe Piesold

Praxismöbel von Karl Baisch

Quality made in Germany

NEU: Behandlerzeile NEWLINE
erstmals zu sehen auf der IDS

12.03.-16.03.2013
Halle 10.2 R.020

IDS
2013

HYGENIUS MK2

sensorgesteuerter Spender für Seife und Desinfektion

NEU



NEU

Baisch MICROCLEAN

spezielle antimikrobielle Oberflächenbeschichtung
nur bei Baisch-Möbeln

Karl
Baisch
GMBH

Karl Baisch GmbH
Lagerhausstraße 17a
D-94447 Plattling

+49 (0) 9931 89007-0

www.baisch.de

Einrichtungen für Ärzte, Zahnärzte und Kliniken

Beihilfenerstattung in der Kieferorthopädie

Paradigmenwechsel beachten

Für die Erstattung von kieferorthopädischen Behandlungen bei Minderjährigen verzichtet das Beihilferecht auf eine Zusammenstellung erstattungsfähiger Behandlungsmethoden. Somit kann der Beihilfeberechtigte für seine mitversicherten Kinder frei wählen zwischen den verschiedenen Behandlungsansätzen.

Die erstattungsfähigen Befunde in der Beihilfe decken sich mit jenen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So sehen § 29 SGB V und § 5 Beihilfenverordnung Baden-Württemberg vor, dass kieferorthopädische Leistungen ausschließlich bei Minderjährigen und ansonsten nur in Fällen schwerer Kieferanomalien, die der kombinierten chirurgischen und kieferorthopädischen Behandlung bedürfen, erstattungsfähig sind. Die Abgrenzung der Leistungspflicht erfolgt in beiden Fällen also ausschließlich befundbezogen, sofern man das Alter eines Patienten noch als Befundmerkmal ansehen möchte.

Anders als die GKV verzichtet das Beihilferecht (so wie auch die Versicherungsbedingungen der Privaten Krankenversicherungen) jedoch darauf, die erstattungsfähigen Behandlungsmethoden zur Therapie dieser Befunde aufzulisten. Dies führt dazu, dass der Erstattungsrahmen der Beihilfenbewilligung weiter ist als der der gesetzlichen Krankenversicherung, da auch solche Behandlungsansätze von der Beihilfe zu bewilligen sind, die nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführt sind.

Aligner-Verfahren beihilfeberechtigt

So ist beispielsweise auch das Aligner-Verfahren von der Beihilfe des Bundes und der Länder zu erstatten (Bayerisches Verwaltungsgericht Würzburg, W 1 K 09.1157, und Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, 2 S 191/11, Beschluss vom 31.01.2011). Das Aligner-Verfahren ist zwar als Schulmedizin anerkannt, kann jedoch in der



Im Beihilferecht ist der Erstattungsrahmen etwas weiter gefasst; dies führt dazu, dass auch Behandlungen zu bewilligen sind, die nicht als GKV-Leistung gelistet sind.

Regel nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden. In der Vergangenheit waren häufig Behandlungsansätze, die nicht Gegenstand des GKV-Leistungskatalogs waren, von der Beihilfenbewilligung ausgeschlossen worden. Ihnen wurde entgegengehalten, sie seien teuer und damit unwirtschaftlich. Dies führte dazu, dass im Vorfeld einer kieferorthopädischen Behandlung solch ein Heil- und Kostenplan nicht bewilligt wurde.

Für die kieferorthopädische Behandlung haben nun diverse Beihilfestellen des Bundes und der Länder aus Anlass der Aligner-Behandlung zum Ausdruck gebracht, dass künftig in diesen Fällen jedenfalls eine Erstattung bis zu der Höhe erfolgen kann, bis zu der eine Behandlung bei traditionellem Behandlungsansatz wie Spange oder Multiband beihilfefähig ist (Bundesministerium des Innern, Stellungnahme vom

12.07.2012, D 6 –213 105 – 1/23 II, zu § 15 Abs. 2 BBhV; Baden-Württemberg, Ministerium für Finanzen und Wirtschaft, Stellungnahme vom 22.06.2012, 1–0374.2–03/104, zu § 5 Abs. 1 in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Nr. 1 BVO BW jeweils konkret zu „Invisalign-Teen“).

Dies führt dazu, dass der Beihilfeberechtigte für seine mitversicherten Kinder frei wählen kann zwischen den verschiedenen Behandlungsansätzen. In beiden Fällen ist die Erstattung der Höhe nach beschränkt auf die Kosten der herkömmlichen Behandlung. Dieser Erstattungsansatz ist bekannt aus § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V, der die Kostenerstattung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung regelt.

Danach kann eine vertragszahnärztliche Leistung auf Wunsch des Patienten auch als Privatbehandlung erbracht und abgerechnet werden. Die GKV hat dabei jenen

Kostenanteil zu erstatten, der bei einer vertragszahnärztlichen Ausführung angefallen wäre. Der gesetzlich versicherte Patient kann so nach entsprechender Kostenaufklärung eine aufwendigere Ausführung der Versorgung beanspruchen und teilweise auch erstattet bekommen. Den Versicherungsbedingungen der Privaten Kranken-

prothetischen Versorgung zunächst abgelehnt, weil sie auf angeblich nicht erprobten Keramik- statt auf bereits bewährten Titanimplantaten abgestützt worden war. Dies zu Unrecht, da Keramikimplantate heute als wissenschaftlich abgesichert gelten, so dass Implantate und Suprakonstruktion tariflich zu erstatten waren.



Foto: Christoph Hähnel – Fotolia.com

Der versorgungstechnischen Leistungsfreiheit steht in der KFO das Primat der wissenschaftlichen Absicherung eines Behandlungsansatzes gegenüber.

versicherung (PKV) lässt sich eine Beschränkung auf eine wirtschaftliche Behandlung nicht entnehmen. Der Bundesgerichtshof hatte im Gegenteil klargestellt, dass trotz erheblicher Kostenunterschiede der Versicherte in der Wahl der Behandlungsmethode frei ist (BGH, Urteil vom 12.03.2002, IV ZR 278/01). Die bis dahin geltende Rechtsprechung, wonach die gewählte Behandlung dann nicht mehr medizinisch notwendig sei, sofern sie nicht mehr als das 3,5-Fache koste wie eine verfügbare Behandlungsalternative, war damit aufgehoben.

Wissenschaftliche Begründung im Zentrum

Umso strenger wird heute die hinreichende wissenschaftliche Absicherung einer ausgeführten Behandlung durch die PKV beurteilt: So wurde die Erstattung einer

Das Argument der fehlenden Absicherung eines neuen Behandlungsansatzes verhilft der PKV meist nur zu einer bloß vorübergehenden Leistungsfreiheit (Keramikimplantate: LG Köln, Urteil vom 08.06.2011, 23 O 274/09; Lasik-Augenchirurgie: zm 96, Nr. 22, 16.11.2006, Seite 128; Sofortbelastung von Zahnimplantaten: LG Köln, Urteil vom 07.02.07, 23 O 458/04; Invisalign-Zahnschienen: LG Dortmund, Urteil vom 27.10.2011, 2 O 29/10).

*Kanzlei für Medizinrecht
Rechtsanwalt Michael Zach
Volksgartenstr. 222a
41065 Mönchengladbach
info@rechtsanwalt-zach.de*

MIXPAC™ T-Mischer Your Innovation for 2013



SULZER

MIXPAC™ T-Mischer Gutes wird noch besser!

Revolutionäre Verbesserung der bewährten MIXPAC™ Dentalmischer zum Vorteil der Anwender. Die neue Mischtechnologie ermöglicht bei geringem Materialverlust ein homogeneres Mischergebnis.

Die Umstellung ist vollkommen unkompliziert: Der neue T-Mischer ist 100% kompatibel mit den bestehenden MIXPAC Systemen – Original-Zubehör passt wie bisher. Für weitere Informationen und Bestellungen wenden Sie sich bitte an Ihren Dentalfachhandel.



Sulzer Mixpac AG
Rütistrasse 7
9469 Haag, Schweiz
www.sulzer.com

Pflegeimmobilien als Anlage

Den demografischen Wandel im Hintergrund

Der Run auf die Sachwerte schafft einen neuen Trend. Nach den institutionellen entdecken jetzt auch die privaten Anleger Pflegeheime als Investment. Der demografische Wandel spricht dafür. Der Bedarf zieht an, der Staat zahlt und der Anleger kassiert. Doch der schöne Schein kann trügen.

Die Nachfrage nach Pflegeheimen boomt. Die Beratungsgesellschaft Avivre Consult GmbH in Bad Homburg hat in einer Studie vom vergangenen Jahr festgestellt, dass Anleger bis 2017 fünf bis sieben Milliarden Euro in Pflegeheime investieren werden. Private und institutionelle Investoren erhalten dafür Renditen zwischen sieben und acht Prozent. Auf dem Markt tummeln sich börsennotierte Pflegeheimbetreiber wie Curanum, Marseille-Kliniken und Maternus-Kliniken. Aber auch Initiatoren geschlossener Fonds wie Immac, ILP oder INP. Auch spezialisierte Makler wie Seubert in Würzburg vertreiben mit wachsendem Erfolg über Volksbanken und Sparkassen Teileigentum an Pflegeheimen.

Sie alle setzen auf den demografischen Wandel. Das Statistische Bundesamt hat errechnet, dass sich die Zahl der über 80-jährigen bis 2050 verdreifachen wird. Automatisch steigen damit auch die Anzahl der Pflegebedürftigen und der Bedarf an Pflegeheimen. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernest & Young hat in einer Studie festgestellt, dass die Anzahl der stationär Pflegebedürftigen bis 2020 um 179 000 ansteigt. Um diese Menschen unterbringen zu können, müssen etwa 2 000 neue Heime gebaut werden. Jeder Pflegeplatz kostet rund 87 500 Euro, daraus ergibt sich ein Investitionsbedarf von 17,7 Milliarden Euro. Zusätzlich besteht bei den derzeit existierenden Heimen ein großer Renovierungstau. Wie Ernest & Young bemerkt, sind die deutschen Pflegeheime im Schnitt 25 Jahre und älter. Davon entsprechen 25 bis 30 Prozent schon nicht mehr den gesetzlichen Vorschriften und den branchenüblichen Qualitätsansprüchen. Um sie auf den neuesten Stand zu bringen, bedarf es auch Millioneninvestitionen.



Foto: Gina Sanders – Fotolia.com

Die zunehmende Alterung der Gesellschaft als Basis für die Investitionsform: Pflegeimmobilien als Anlagemodell stehen hoch im Kurs.

Pflegebereich ist nicht gleich Pflegebereich

Fondsinitiatoren und institutionelle Anleger haben die Chancen, mit Seniorenimmobilien Geld zu verdienen, schon länger erkannt. Dabei unterscheidet man Betreutes Wohnen und die Pflegeheime für Menschen, die sich zu Hause nicht mehr selbst versorgen können. Während für das Pflegeheim der Gesetzgeber die Bedingungen vorgibt, existiert für das Betreute Wohnen keine einheitliche Definition. Dr. Claudia Kaiser, Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), weiß aus ihrer Erfahrung: „Betreutes Wohnen hat viele Formen: Das kann eine normale Wohnung sein oder das bestens ausgestattete Appartement in einer Seniorenwohnanlage inklusive Pflegeheim. Für die Bewohner eine

teure Angelegenheit.“ Wer in diesen Bereich investieren will, sollte sich darüber im Klaren sein, dass er sich um die Vermietung und Verwaltung meistens selbst kümmern muss. Eine Mietgarantie gibt es nicht. Deshalb entscheiden sich die meisten Investoren für die Beteiligung an einer Pflegeimmobilie. Bei den Pflegeheimen ist der jeweilige Betreiber in der Verantwortung dafür, dass die Abläufe im Heim funktionieren und alle Zimmer belegt sind. Wenig Aufwand und viel Rendite also? Anlegern stehen zwei Alternativen für eine Beteiligung offen: Anteile an einem geschlossenen Fonds zu kaufen oder direkt Teileigentum an einem Pflegeheim zu erwerben.

Auf den ersten Blick mehr Sicherheit verspricht der direkte Kauf eines Appartements in einem Pflegeheim. Der Käufer wird ins Grundbuch eingetragen. Zusammen mit dem Zimmer erwirbt der Käufer auch einen

entsprechenden Anteil an den Gemeinschaftsräumen. Eine Einheit kostet zwischen 100 000 Euro fürs Einzelzimmer und 180 000 Euro fürs Doppelzimmer. Mit der Vermietung und der Verwaltung hat er meistens wenig oder gar nichts zu tun. Das ist Sache des Betreibers. Der Käufer braucht nur die monatliche Miete von etwa 500 Euro einzuziehen und eine Verwaltungsgebühr von rund 30 Euro zu zahlen. So beschreibt jedenfalls Carolin Seubert von Seubert Seniorenimmobilien in Würzburg das Prozedere. Um Eigentümerversammlungen und die Kommunikation mit dem Betreiber, die eigentlich auch zu den Aufgaben des Anlegers gehören, kümmert sich die Firma Seubert: „Das gehört zu unserem Service“, meint Seubert.

Relativ geringes Risiko des Mietausfalls

Die Maklerfirma setzt eigenem Kunden nach hohe Ansprüche an Lage, Gebäude und Betreiber: „Von zehn Objekten lehnen wir acht ab. Das Haus muss unter Dampf stehen und „warme Betten“ haben“, berichtet Seubert. Das heißt, es darf möglichst keine Leerstände geben, damit die Einrichtung sich rentiert. Bis jetzt hat es laut Seubert jedenfalls keinen Monat Mietausfall gegeben. Das kann aber auch ganz anders ausgehen. So ziehen zum Beispiel Bauträger Heime zu hohen Kaufpreisen hoch, versprechen eine hohe Miete und fünf Jahre später muss der Betreiber aufgeben, weil die vereinbarte Miete am Markt nicht mehr erzielt werden kann.

Gern lassen sich Käufer von den vermeintlich schlagenden Argumenten der Anbieter locken. Mietausfall kann es eigentlich nicht geben. Kann ein Bewohner seine Miete nicht mehr zahlen, springt der Staat in Form von Sozialhilfe ein. Nikolaos Tavidis, Inhaber der auf Seniorenimmobilien spezialisierten Beratungsfirma Axion-Consult in Hamburg, warnt: „Bei einem Pflegeheim kommen schon 60 Prozent der Einnahmen vom Staat. Ändert sich die Gesetzeslage, haben wir ein großes Problem.“ Für private Anleger ist seiner Meinung nach ein Teil-

eigentum an einer Pflegeimmobilie wenig geeignet. „Der Einzelne hat keine Regressmöglichkeit. Außerdem ist für jede Änderung ein Mehrheitsbeschluss nötig.“ Um diese Risiken zu tragen, müssten die Renditen nach Tavidis Meinung deutlich höher sein als fünf Prozent. Er geht davon aus, dass ein großer Teil der Erlöse aus dem Verkauf beim Vertrieb – Makler beziehungsweise Banken – hängen bleibt. Kaum Erfahrungen gibt es derzeit mit dem Wiederverkauf von Teileigentum. Das liegt vor allem daran, dass



Unterbelegung in Pflegeheimen kommt selten vor, bei Mietausfällen springt die öffentliche Hand ein.

Foto: Peter Atkins – Fotolia.com

diese Anlageform noch relativ jung ist. Außerdem sind die Einstiegsbeträge mit 100 000 Euro sehr hoch.

Geschlossene Fonds mit Anteilen an Immobilien

Für deutlich kleinere Beträge können Anleger Anteile an geschlossenen Fonds erwerben, die in Pflegeheime investieren. Zurzeit tummeln sich einige am deutschen Markt, vier oder fünf davon hält Experte Tavidis für akzeptabel. Neben ILP, INP gehört auch der größte Anbieter Immac dazu. Hier beträgt der Mindesteinsatz 10 000 Euro. Die Renditen liegen bei anfänglichen 6,5 Prozent und landen am Ende der Laufzeit bei acht Prozent. Den Unterschied zu den Erlösen aus dem Teileigentum erklärt Immac-Chef Thomas F. Roth so: „Ein Heimplatz kostet bei uns im Schnitt rund 82 000 Euro. Die Differenz zu den 100 000 Euro und mehr, die Direktkäufer zahlen, bleibt

beim Vertrieb.“ Die Beteiligung an einem geschlossenen Fonds birgt ein unternehmerisches Risiko. Dazu sagt Beatrix Hardering, Spezialistin für Seniorenimmobilien beim Frauenfinanzdienst in Köln: „Ich muss wissen, dass ich nicht aussteigen kann, wenn der Fonds mal nicht so gut läuft.“

Bei Immac hat es bislang keine Probleme gegeben. Die Gesellschaft hat bereits mehr als 60 Fonds aufgelegt. Selbst in dem Fall, als ein Betreiber versagte, konnte eine rasche hauseigene Lösung gefunden

werden. Als Anleger muss ich mich um nichts kümmern, habe allerdings auch keinen Einfluss auf die Abläufe. Roth hält wenig von luxuriösen Seniorenresidenzen: „Sie sind viel zu teuer. Als Anleger bekommt man nur fünf Prozent Rendite. Die Häuser kosten das 18-Fache der Jahresmiete. Unsere Heime sind für das 12,5-Fache zu haben.“ Immer häufiger setzt die Immac auf ältere Immobilien. 25 Prozent der Pflegeheime sind nicht mehr marktfähig. Sie kauft sie, um sie auf den neuesten Stand zu bringen. Aus einem 210-Betten-Haus wird ein Objekt mit 144 Zimmern. Roth glaubt, dass der derzeitige Stand bei der Ausstattung lange vorhalten wird: „Die Ansprüche, die heute gelten, lassen sich nicht mehr steigern, weil mehr nicht bezahlbar ist.“

Die Pflegekosten erreichen die Schallgrenze. Auch Experte Tavidis betrachtet die Entwicklung auf dem Pflegemarkt mit größerer Skepsis: „Es wird eine Bereinigung auf dem Markt geben und eine Reihe von Insolven-



Foto: Peter Maszlen – Fotolia.com

Privatanleger sollten nur in Heime investieren, die nicht überaltert, sondern zeitgemäß ausgestattet sind.

zen.“ Privaten Anlegern rät er zur Vorsicht. So sei die Werbung sehr irreführend, wenn von staatlichen Garantien die Rede ist: „Es gibt sie nicht.“ Als Beispiel nennt er die Pflegestufe 1. Allein 30 Prozent der Heimbewohner sind in Pflegestufe 1 eingeordnet. Hier zeigt der Staat sich großzügig. Gleichzeitig steht immer wieder die Abschaffung dieser Stufe in der Diskussion. Tavidis: „Die Pflege dieser Menschen könnte auch zu Hause stattfinden.“ Tatsächlich will der Gesetzgeber die ambulante Pflege mehr fördern. Als Konsequenz könnte er schnell die Pflegestufe 1 streichen. Die meisten Heime hätten dann ein Problem. Immachef Roth hält dagegen: „Es gibt immer mehr Demenzerkrankte. Die lassen sich nicht zu Hause pflegen.“

Anlageform als Teil eines Depots

Private Anleger, die sich in den derzeit boomenden Markt wagen wollen, sollten auf jeden Fall den Prospekt ausführlich studieren und sich fachlichen Rat einholen. Wie gut eine Fondsgesellschaft arbeitet, lässt sich am besten beim Studium der Leistungsbilanz erfahren. Hier kann man erkennen, ob die Gesellschaft ihre eigenen Prognosen erfüllen konnte. Tavidis jedenfalls zieht sein Fazit: „Ich halte die Pflegeimmobilien für ein interessantes Investment, allerdings für Profis. Für private Anleger scheint es nicht geeignet.“ Beatrix Hardering hält ein Enga-

INFO

Tipps für Anleger

Egal für welche Form die Entscheidung fällt, das Objekt sollte einige Voraussetzungen mitbringen, damit das Investment ein Erfolg wird. Dazu gehören:

■ Standort

Für den Erfolg der Anlage ist es wichtig zu klären, wie viele Heime es bereits in der näheren Umgebung gibt, wie sie belegt sind, wie hoch eigentlich der Bedarf in der Gemeinde ist und wie sich die Altersstruktur der Bewohner zusammensetzt. Laut Maklerin Seubert herrscht zum Beispiel in Würzburg schon ein Überangebot. Eine Investition dort kann leicht zum Verlust führen.

■ Betreibergesellschaft

Der Betreiber sorgt dafür, dass das Pflegeheim „funktioniert“. Er verwaltet, ist für die Vermietung zuständig und vor allem erstellt er das Konzept. Das muss stimmen, damit es genügend Pflegebedürftige beziehungsweise deren Angehörige anspricht. Von großem Vorteil ist, wenn der Betreiber sein Können schon in anderen Einrichtungen unter Beweis gestellt hat. Beatrix Hardering rät: „Am besten ist es, wenn ein Betreiber gleich mehrere Heime managt. Zum einen kann sich der Anleger ein Bild von seinen Fähigkeiten machen und zum anderen kann der Betreiber flexibel Personal einsetzen und kostengünstiger arbeiten.“

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung vergibt für die Heime Prüfnoten. Allerdings hält Expertin Kaiser die Aussagekraft für eingeschränkt: „So können Mängel durch andere Pluspunkte ausgeglichen werden. Im Ergebnis liegen die Noten

dann zwischen eins und 1,5 und sind wenig aussagekräftig. Der Teufel steckt auch hier im Detail.“

■ Vertrag

Im Idealfall trägt der Betreiber neben der Pacht alle Nebenkosten für die Instandhaltung. In einem Triple-Net-Vertrag trägt er alle Kosten. Üblich sind auch Double-Net-Verträge. In diesen Fällen trägt der Eigentümer die Kosten für Reparaturen.

■ Gebäude

Viele Heime sind veraltet. Investitionen lohnen sich aber nur in zeitgemäß ausgestattete Einrichtungen, deren Technik auf dem neuesten Stand ist. Zurzeit tendieren die Ansprüche in zwei entgegengesetzte Richtungen: Luxusklasse und Minimalausstattung. Wie Claudia Kaiser von der BAGSO beobachtet hat, „nimmt das kleine Segment der Luxusresidenzen vor allem in Großstädten zu. Es wird klein bleiben, weil es nur wenige Menschen gibt, die sich diesen Service leisten können.“ Stärker wächst ihrer Meinung nach aufgrund der Kostenexplosion im Pflegebereich der Anteil der niedrigpreisigen Heime. Wichtig ist, dass beispielsweise die Zimmergrößen flexibel verändert werden können.

■ Sicherheiten

Bankbürgschaften oder Patronatserklärungen der Muttergesellschaften schützen vor der Zahlungsunfähigkeit des Betreibers. Es sollte eine schnelle Regelung für den Fall geben, dass der Betreiber ausfällt. Außerdem sollte der Pächter dazu verpflichtet sein, die Eigentümer regelmäßig über seine wirtschaftliche Lage und die Auslastung des Heimes zu informieren. ■

gement für eine interessante Beimischung in einem umfangreichen Depot. Aber auch sie schränkt ein: „Ich empfehle mindestens eine Summe von 20 000 Euro und mehr, die ich dann auf mindestens drei verschiedene Fonds verteile.“

Außerdem weist sie noch auf zwei scheinbar verlockende Verkaufsargumente hin: Gern wirbt der Vertrieb damit, dass der Anleger mit dem Kauf des Teileigentums oder der Fondsanteile ein Vorrecht auf einen Heimplatz erwirbt: „Das ist ein Gimmick“, so Har-

dering, „wenn das Heim voll ist, bekomme ich keinen Platz.“ Ebenfalls sollte die rote Lampe angehen, wenn der Bankberater zur Finanzierung der Anlage rät, weil derzeit die Zinsen so günstig sind. Wenn das Heim nicht so gut läuft wie erwartet, muss der Anleger in der Lage sein, den Kredit jederzeit ablösen zu können.

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

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Behrenstraße 42
D-10117 Berlin
Tel: +49 30 280179-40
Fax: +49 30 280179-42
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
Chefredakteur, mn; E-Mail: e.maibach-nagel@zm-online.de
Gabriele Prchala, M.A., Stellvertretende Chefredakteurin/
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte), pr;
E-Mail: g.prchala@zm-online.de
Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d. L. (Wissenschaft,
Dentalmarkt), sp; E-Mail: s.priehn-kuepper@zm-online.de
Stefan Grande M.A. (Praxismanagement, Finanzen, Recht), sg;
E-Mail: s.grande@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A. (Politik, EDV, Technik, Leitung Online), ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Sara Friedrich, M.A. (Wissenschaftspolitik, Prophylaxe,
soziales Engagement), sf; E-Mail: s.friedrich@zm-online.de
Marius Gießmann, B.A. (Redakteur), mg;
E-Mail: m.giessmann@zm-online.de
Markus Brunner (Korrektorat, Veranstaltungen), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de
Eric Bauer (Volontär), eb; E-Mail: e.bauer@zm-online.de
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.



LA-MED
geprüft 2009

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

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, Fax: +49 2234 7011-224
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

Abonnementservice:

Tel.: 02234 7011-520, Fax.: 02234 7011-6314,
E-Mail: Abo-Service@aerzteverlag.de

Key Account Dental:

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

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:

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

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:

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

Leiter Service Center Geschäftskunden:

Michael Heinrich, Tel. +49 2234 7011-233
E-Mail: heinrich@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. 55, gültig ab 1.1.2013.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2012:

Druckauflage: 86.767 Ex.
Verbreitete Auflage: 85.779 Ex.

103. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Praxismanagement**Zahnärzte als Heiler und Unternehmer**

Im Praxisalltag von Zahnärzten bekommt die Rolle des Unternehmers immer mehr Gewicht, betont der Gesundheitsökonom Prof. Udo Steffens. Auf einer Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Ärzte- und Apothekerbank bezeichnete er kürzlich die Fähigkeit, als Zahnarzt wirtschaftspolitische Trends und Entwicklungen erkennen zu können und sie in die Praxisausrichtung zu integrie-

ren, als unerlässlich. Dies sei wichtig, weil so die Wirtschaftlichkeit der eigenen Praxis gesteuert werden könne.

Neben ihrer heilenden Tätigkeit als freiberufliche Mediziner hätten sich Zahnärzte auch – und zukünftig in immer stärkerem Maß – als Praxisbetreiber, Unternehmer und Arbeitgeber die Frage zu stellen, wie sie für die Erhaltung oder Steigerung der Praxiserlöse sorgen wollten. Als ein Beispiel nannte der Wirtschaftswissenschaftler den Trend der erkennbaren (Über-)Alterung der Gesellschaft. Denn dies bedeute ja,



Foto: DAK

dass auf Zahnärzte zukünftig immer mehr betagtere Patienten zukämen. Deshalb müssten sie sich als Praxisführer die Frage stellen, ob sie ausreichend darauf eingestellt seien. Denkbar wäre etwa, als unternehmerisch bewusste Entscheidung die Praxis schwerpunktmäßig auf die „Generation 55 Plus“ auszurichten und sie mit diesem Profil am Markt zu positionieren.

Ebenso müsse man entscheiden, wie man mit der allgegenwärtigen digitalen Vernetzung umgehen möchte. Soziale Netzwerke via Internet seien heutzutage nicht mehr wegzureden und gehörten ebenso zum Berufsalltag wie Arztbewertungsportale. Steffens appellierte daher an die Zahnärzte, sich als Führungskräfte diesem Fakt in irgendeiner Weise bewusst zu stellen. „Die Frage ist: Was machen Sie aus diesem Umstand. Beteiligen Sie sich proaktiv am Internetgeschehen oder ignorieren sie es?“ sg

Praxisumbau**Gründliche Prüfung empfohlen**

Wer einen Praxisumbau plant, sollte bauliche Veränderungen stets gründlich prüfen und mit den Behörden abstimmen, sonst kann er eine böse Überraschung erleben. Christian Huhn, Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht bei der Anwaltssozietät Eimer Heuschmid Mehle in Bonn rät umbauwilligen Bauherren: „Grundsätzlich ist jede bauliche Veränderung in einem Gebäude, selbst wenn sie genehmigungsfrei ist, vor ihrer Ausführung technisch und rechtlich zu überprüfen und gegebenenfalls mit den Baubehörden abzustimmen.“

Gerade ältere Gebäude genießen häufig Bestandsschutz. Dieser könne jedoch verloren gehen, wenn das äußere Erscheinungsbild des Gebäudes wesentlich verändert wird oder wenn Bauteile beseitigt werden. „Bereits das Entfernen einer tragenden

Wand kann dafür ausreichen, dass der Bestandsschutz entfällt“, warnt Huhn. Ein Verstoß gegen bauordnungsrechtliche Anforderungen müsse nicht einmal unbedingt das Gebäude selbst betreffen. Huhn: „Würde ein Gebäude beispielsweise mit drei Pkw-Stellplätzen genehmigt, könnte deren nachträgliche Umwandlung in zwei breitere Behindertenparkplätze die geforderte Stellplatzzahl unterschreiten und die Genehmigung infrage stellen oder ein bauordnungsrechtliches Verfahren in Gang setzen.“

Bedacht werden müsse zudem immer auch der Denkmalschutz. So könnten nicht nur das Gebäude selbst oder die durch dieses verlaufenden Sichtachsen geschützt sein, sondern die Ensembles mit der Umgebung könnten ebenfalls Denkmalschutz genießen. sg/pm

Arbeitsrecht**Kündigung persönlich übergeben**

Bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses muss der Arbeitgeber den Zugang der Kündigung beim Arbeitnehmer nachweisen. Gelingt ihm das nicht, kann die von ihm ausgesprochene Kündigung bereits aus diesem Grund wirkungslos sein. Der erforderliche Nachweis könne vom Arbeitgeber leicht geführt werden, so der Bremer Fachanwalt für Arbeitsrecht Klaus-Dieter Franzen, Landesregionalleiter „Bremen“ des VDAA Verband deutscher Arbeitsrechtsanwälte e. V., wenn die Kündi-

gung dem Arbeitnehmer direkt übergeben werde und dafür Zeugen zur Verfügung stünden. Oft werde die Kündigung auch mit der Post versandt aus dem Irrglauben heraus, dass die Versendung als Einschreiben mit Rückschein ausreicht. Dies sei jedoch nicht der Fall. Denn es könne sein, dass der Arbeitnehmer und auch sonst niemand zu Hause ist und das Einschreiben nicht von der Post abgeholt wird. Und: Selbst wenn das Kündigungsschreiben auf diesem Weg dem Arbeitnehmer zugegangen

sein sollte, beweise der Rückschein lediglich, dass ein Schreiben zugegangen ist, nicht aber, dass es sich dabei um das Kündigungsschreiben des Arbeitgebers handelte. sg/pm



Foto: Photo-K_Fotolia

Zahnersatz

Kostenvoranschlag auch bei der PKV

Steht eine Zahnersatzbehandlung an, sollten sich auch privat Krankenversicherte vorab von ihrem Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan erstellen lassen. Dazu rät der Versicherer Signal Iduna.

Während gesetzlich Versicherte dazu verpflichtet sind, einen Kostenvoranschlag einzureichen und genehmigen zu lassen, sei das bei PKV-Kunden nicht immer der Fall,

berichtet die „Ärzte Zeitung“ mit Verweis auf die Versicherung. Berücksichtigt werden müsse, dass Zahnlabors nicht an eine amtliche Gebührenordnung gebunden sind. Allerdings würden die festen Preise der GKV auch bei privat Versicherten veranschlagt.

Fallen die Kosten im Vergleich erheblich höher aus, sollten Kunden mit dem Zahnarzt überlegen, ob Leistungen nicht in einem preiswerteren Labor erfragt werden sollten.

Der PKV-Verband rät Versicherten überdies sich via Internet eine günstigere Alternative zu suchen. ck



Foto: Pitopia-khww

Gesetzesregelung

Urlaubsanspruch nach langer Krankheit

Wer auf der Arbeit langfristig ausfällt, hat anschließend ebenfalls Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub. „Das ist auch so, wenn der Arbeitnehmer ein ganzes Jahr krank war“, sagt Anja Girschik von der Magdeburger Beratungsstelle der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Nach der neuesten Recht-

sprechung des Bundesarbeitsgerichts (AZ: 9 AZR 353/10) müsse der Urlaub aber spätestens 15 Monate nach Ende des Kalenderjahres genommen werden. Urlaubsansprüche aus dem Jahr 2012 zum Beispiel verfallen bei Langzeitkranken also nach dem 31. März 2014.

Diese Regelung stelle Langzeitkranke zwar besser als normale Arbeitnehmer, die ihren Urlaub spätestens bis Ende März des nächsten Jahres nehmen müssen. Andererseits Sorge sie dafür, dass Kranke ihre Urlaubsansprüche nicht mehr unendlich ansammeln können. Diese Auffassung wurde vom Europäischen Gerichtshof bestätigt. sg/pm



Foto: MEV

APW - SELECT 2013

SAMSTAG, 16. MÄRZ 2013 · 9:00 – 17:00 UHR
Goethe Universität Frankfurt am Main

Update Restaurative und Ästhetische Zahnheilkunde

Begrüßung und Einführung in das Thema

PD Dr. Stefan Fickl und Dr. Markus Bechtold, Würzburg

Verbesserung der rosa Ästhetik um Zähne und Implantate

PD Dr. Stefan Fickl, Würzburg

Gute Frontzahnrekonstruktionen mit Komposit – Muss man dazu Künstler sein?

Dr. Markus Lenhard, Niederneunforn, Schweiz

Die Qual der Wahl: Welche Materialien brauchen wir für Kronen und Brücken auf natürlichen Pfeilern?

PD Dr. Florian Beuer, München

Minimalinvasive Rekonstruktionen mit Veneers/Onlays-Konzepten, die Zahnarzt und Patient glücklich machen

PD Dr. Irena Sailer, Zürich, Schweiz

Implantatgetragene Rekonstruktionen in der ästhetischen Zone

Dr. Sönke Harder, München

Adhäsive Zahnheilkunde – was gibt es Neues?

Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg

Kursgebühren

340,00 Euro
310,00 Euro DGZMK-Mitglieder
290,00 Euro APW-Mitglieder

Kursnummer: SE01

Alle Informationen unter

www.apw-online.de/apw-select-2013

Akademie Praxis und Wissenschaft der DGZMK
Monika Huppertz
Liesegangstraße 17a · 40211 Düsseldorf
Fon 0211.66 96 73 43 · Fax 0211.66 96 73 31



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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

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

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

Hersteller (Adresse)																																	
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z.B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																
Patienteninitialen	Geburtsjahr																																
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																																	
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten (bitte ggf. Ergänzungsblatt benutzen)																																	
Zahnbefund:	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">18</td><td style="padding: 0 5px;">17</td><td style="padding: 0 5px;">16</td><td style="padding: 0 5px;">15</td><td style="padding: 0 5px;">14</td><td style="padding: 0 5px;">13</td><td style="padding: 0 5px;">12</td><td style="padding: 0 5px;">11</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21</td><td style="padding: 0 5px;">22</td><td style="padding: 0 5px;">23</td><td style="padding: 0 5px;">24</td><td style="padding: 0 5px;">25</td><td style="padding: 0 5px;">26</td><td style="padding: 0 5px;">27</td><td style="padding: 0 5px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">48</td><td style="padding: 0 5px;">47</td><td style="padding: 0 5px;">46</td><td style="padding: 0 5px;">45</td><td style="padding: 0 5px;">44</td><td style="padding: 0 5px;">43</td><td style="padding: 0 5px;">42</td><td style="padding: 0 5px;">41</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">31</td><td style="padding: 0 5px;">32</td><td style="padding: 0 5px;">33</td><td style="padding: 0 5px;">34</td><td style="padding: 0 5px;">35</td><td style="padding: 0 5px;">36</td><td style="padding: 0 5px;">37</td><td style="padding: 0 5px;">38</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																	
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z.B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																	
Lokalisation des Vorkommnisses																																	
Beschreibung des Verlaufes																																	
Behandlungsmaßnahmen																																	
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																

Wenig Engagement

Politik und Politiker haben bei Jugendlichen derzeit nicht den besten Stand. Sie gelten als abgehoben und stehen im Ruf, zu wenig für die Jugend und ihre Interessen zu tun. „Zwar sehen auch heute viele Jugendliche politisches Engagement als wichtige Aufgabe eines guten Staatsbürgers an“, sagt Dr. Katharina Eckstein von der Friedrich-Schiller-Universität Jena. „Allerdings beteiligen sich immer weniger junge Menschen in den traditionellen Formen der Politik.“

Die Psychologin ist jetzt gemeinsam mit Fachkollegen der Frage nachgegangen, wie Jugendliche im Alter zwischen zwölf und 16 Jahren in ihre Rolle als „gute Staatsbürger“ hineinwachsen und ihre Einstellung zu politischem Engagement entwickeln. Die Wissenschaftler haben etwa 1 000 Jugendliche in Thüringen über einen Zeitraum von vier Jahren regelmäßig nach ihrer Einstellung zu Politik und nach ihrer Bereitschaft, sich politisch zu engagieren, gefragt.

„Wir hatten erwartet, dass das politische Engagement mit zunehmendem Alter wächst“, sagt Eckstein. Schließlich kommen die Jugendlichen in dieser Zeit immer häufiger mit politischen Themen in Berührung, und sie werden offener für äußere Einflüsse. Der Anteil derjenigen, die Politik wichtig finden und sich politisch engagieren wollen, bleibt aber über die vier Jahre weitgehend konstant. Auch geschlechtsspezifische Unterschiede konnten die Psychologen nicht ausmachen. Deutliche Unterschiede fanden die Psychologen der Universität Jena allerdings, als sie die Ergeb-

nisse getrennt nach Schulformen betrachteten. So besucht etwa die Hälfte der befragten Jugendlichen ein Gymnasium, die andere Hälfte eine Regelschule. „Bezieht man den Schultyp in unsere Analysen ein, so ergibt sich ein anderes Bild“, macht Noack deutlich. „Während die Gymnasiasten mit zunehmendem Alter eine positivere Einstellung zu politischem Engagement entwickeln und auch ihre Bereitschaft wächst, selbst politisch aktiv zu werden, sehen wir bei den Regelschülern diese Entwicklung nicht“, so der Professor für Pädagogische Psychologie der Universität Jena. Bei ihnen stagniere das Ansehen politischen Engagements mit dem Alter, ebenso die eigene Bereitschaft, sich politisch zu engagieren.

Für die Psychologen ist dieses Ergebnis ein Warnsignal. „Das Alter zwischen zwölf und 16 ist entwicklungspsychologisch eine wichtige Phase“, unterstreicht Eckstein. In dieser Zeit entwickle sich die eigene Identität heraus, suchen die Jugendlichen verstärkt nach Sinn und loten die eigenen Spielräume aus. Wenn sich bei der politischen Orientierung eine Schere zwischen Jugendlichen in unterschiedlichen Bildungsschichten aufmache, sei das problematisch. Von einer „Zweiklassengesellschaft“ des politischen Interesses könne man anhand der Befunde zwar nicht sprechen. Dennoch legten diese nahe, Schüler mit niedrigeren Bildungschancen auch in Sachen politischer Teilhabe besonders zu unterstützen, damit sie den Anschluss an ihre Altersgenossen nicht verpassen.

Petra Bühring

11⁰⁰ im Klassenzimmer:

Schloss Varenholz
Sel wer Du bist –
Deine Schule fürs
Leben

Lern- und Leistungsprobleme in der Schule?
Wir helfen Ihrem Kind mit Geduld, individueller
Zuwendung und viel Fachkompetenz.

Schloss Varenholz – Private Realschule
mit Internat für Mädchen und Jungen
32689 Kallert | Tel.: 0 57 55 - 962-0
www.schloss-varenholz.de

INFO-Tag:
Samstag, 2. März,
14.00-17.00 Uhr

Landschulheim Steinmühle

Ganzheitliche Bildung

- Lernen in naturnaher Umgebung
- Innovatives Lernbürokonzept, das Spaß am Lernen weckt
- strukturierter Tages- und Wochenplan
- Fördern des Gemeinsinns, sinnvolle und reichhaltige Freizeitangebote
- Profilerbestufe mit den Leistungskursen Kunst und Sport

Landschulheim Steinmühle • Staatlich anerkanntes Gymnasium und Internat
in freier Trägerschaft • mit FN-Reitstall, Ruder- und Tennisanlage • Mitglied in
Die Internate Vereinigung • Steinmühlenweg 21 • 35043 Marburg a.d. Lahn •
Cappel • Tel.: (06421) 408-0 • Fax: (06421) 408-40 • internat@steinmuehle.de
www.steinmuehle.de

Diese Sonderseite
„Bildung und Unterricht“

erscheint

redaktionell alleine in der Verantwortung

des Deutschen Ärzte-Verlages.

FÜHRENDE INTERNATE

in Deutschland und im Ausland. Wir informieren Sie kompetent und unabhängig. Wir sagen Ihnen, was Internate bieten, was sie kosten und unterstützen Sie, das Beste für Ihr Kind zu finden. Rufen Sie uns einfach unverbindlich an.

TÖCHTER und SÖHNE
EDUCATIONAL CONSULTANTS

Abeggstraße 2 • 65193 Wiesbaden • Tel 06 11 - 180 58 80 • www.internat.org

Ivoclar Vivadent

Verbessertes Befestigungskomposit

Das Unternehmen stellt die neue Generation des Multilink Automix-Systems für die adhäsive Befestigung vor. Das System ist nun um die Farbe Weiss, Try-In-Pasten und einen Air-Block Liquid

seinen hohen Haftkräften, die einen dauerhaft guten Verbund zwischen Restauration und Zahnschmelze herstellen. Seit dessen Einführung im Jahre 2004 wurden mit Multilink mehr als zehn Millionen indirekte Restaurationen erfolgreich eingesetzt.

In Studien zeigte sich eine Überlebensrate bezogen auf die Haftung der Restauration von 99 Prozent (neun Studien, 291 Restaurationen).

*Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 1152
73471 Ellwangen, Jagst
Tel.: 07961 889-0
info@ivoclarvivadent.de
www.ivoclarvivadent.de*

Strip reicher. Darüber hinaus wurde die Formel des Befestigungskomposits optimiert, was die Überschussentfernung zusätzlich erleichtert. Die Stärke des universell einsetzbaren und klinisch bewährten Systems liegt in



Roos Dental

Hygienisches Keyboard im Sparset

Der Dentalhändler bietet aktuell eine Sparaktion an: Beim Kauf einer wasserdichten Tastatur und der dazu passenden wasserdichten kabellosen Maus der Firma IC Medical gibt es einen Discount in Höhe von 20 Euro. Sowohl Tastatur als auch Maus können jederzeit mit Wasser und Reinigungsmitteln abgewischt sowie mit entsprechenden Produkten desinfiziert werden. Das Set ist in der Farbe weiß erhältlich und passt somit gut in das saubere Hygienebild einer Zahnarztpraxis. Zum Thema Hygiene bietet Roos Dental



zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen an. Mehr Informationen dazu gibt es an der Hotline sowie im Internet.

*Roos Dental
Friedensstr. 12-28
41236 Mönchengladbach
Tel.: 02166 99898-0
Fax: 02166 6115-49
info@roos-dental.de
www.roos-dental.de*

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

SHOFU

Fluoridaktiver Fissurenversiegler

Der Fissurenversiegler kommt ganz ohne die auf Phosphorsäureätzung basierende und zwangsläufig gesunde Zahnschmelze demineralisierende und dehydrierende Etch&Rinse-Technik aus, liefert dabei aber mit 19,5 MPa eine vergleichbare oder bessere Scherverbundfestigkeit.

Das Versiegelungssystem besteht aus dem BeautiSealant Primer, der zwei verschiedene Adhäsivmonomere enthält, die tief in Grübchen und Fissuren eindringen, so dass der Versiegler gut haftet, und der BeautiSealant Paste. Die hierin enthaltenen patentierten S-PRG-Füllerpartikel



sind fluoridaktiv, zeigen einen Anti-Plaque-Effekt, verringern die Säureproduktion kariogener Bakterien und fördern nachweislich den Remineralisationsprozess, so dass Versiegelungen auch bei kritischem Kariesrisiko erfolgen können.

*SHOFU Dental
Am Brüll 17
40878 Ratingen
Tel.: 02102 8664-36, Fax: -65
info@shofu.de
www.shofu.de*

Heraeus Kulzer

Fortbildung rund um die Prothetik



Mit einem breiten Fortbildungsangebot rund um die digitale und klassische Prothetik sowie Seminaren zur erfolgreichen Unternehmensführung machen die Heraeus Academies 2013 fit für die Zahntechnik von morgen. Die neue Kurs-Website, die zur IDS erreichbar ist, macht die Suche nach der richtigen Fortbildung noch einfacher. Renommiertere Referenten verraten auch 2013 wieder handwerkliche Kniffe und zeigen effiziente Wege zu ästhetischen Ergebnissen, ob mit klassischen Techniken oder mit

CAD/CAM. Das Angebot wird ergänzt durch betriebswirtschaftliche Seminare. Für jene, die individuelle Fortbildungen im eigenen Labor planen: Heraeus unterstützt mit einem Expertenpool bei der Referentensuche für eigene Kunden- oder Mitarbeiter-Workshops.

*Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 4372522
Fax: 0800 4372329
info.lab@heraeus.com
www.heraeus-dental.de
www.heraeus-dental.com/
kursprogramm*

BEYCODENT

Ökologischer Mehrweg-Spülbecher



Einweg-Mundspülbecher sind am Praxismüll in erheblichem Maß beteiligt. Beycodent bietet mit den neuen Mehrweg-Mundspülbechern im ansprechenden Design die preisgünstige Alternative. Die Becher sind speziell in Form und Material für die Thermodesinfektion konzipiert und können auch im Autoklav sterilisiert werden. Das robuste PC-Material ist bruchsicher, farb-

echt, geschmacks- und geruchsneutral.

Voll recycelbar ist das eingesetzte Material PC. Durch die professionelle Formgebung sind im Thermodesinfektor keine Tropfen oder Pfützen an den Mehrweg-Mundspülbechern zu erwarten. Die Spülbecher sind in Packungen von je sechs Stück in frischen Farben erhältlich: nachtblau, türkis, hellgelb, orange, purple, hellblau und weiß.

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 02744 9200-17
Fax: 02744 766
service@beycodent.de
www.beycodent.de

Sirona

Kabellose Bildübertragung

Sirona führt neue Intraoralsensoren ein, bei denen die Bildübertragung wahlweise via USB-Modul oder in Zukunft kabellos mittels WIFI-Technologie erfolgt. Dank neuer Sensortechnologie und dynamischem Schärferegler liefert die Supreme-Variante der Sensoren HD-Bildqualität (Foto). Der einfache Kabeltausch, der bei beiden Varianten möglich ist, sorgt für eine hohe Investitionssicherheit. Nach einmaliger Konfiguration an beliebig vielen Praxiscomputern erfolgt die Verbindung mit dem Sensor nach der Aufnahmebereitschaft des Rechners ebenso automatisch wie die Übertragung der Röntgenaufnahmen – diese werden unmittelbar nach dem Rönt-



genvorgang in SIDEXIS geladen und angezeigt. Interessantes Detail: Bei den XIOS XG Intraoral-Sensoren kann das Kabel nach einer Beschädigung schnell und selbstständig in der Praxis ausgetauscht werden.

Sirona Dental GmbH
Sirona Straße 1
A-5071 Wals bei Salzburg
Tel.: 0043 662 2450-0
Fax: 0043 662 2450-580
contact@sirona.de
www.sirona.de

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

Wir bringen Sie nach vorn!



... mit dem Master of Science für Parodontologie und Implantattherapie

Inklusive DVT-Röntgenkurs

Der Master of Science der **Deutschen Gesellschaft für Parodontologie** ist für jeden am Fach Parodontologie Interessierten eine wertvolle Weiterbildung und eine sinnvolle Investition in die **berufliche und fachliche Zukunft***.

- 1 **DVT-Röntgenkurs** als Modul im Studienkurs
- 2 **International führende Parodontologen** als Gastdozenten vor Ort
- 3 **Wissenschaft + Praxisnähe** Präsenzveranstaltungen in Klinik/Praxis der Dozenten
- 4 **Aufstiegsweiterbildung zum DGP-Spezialist für Parodontologie®**
6 der 8 PAR-Fälle werden bereits während des Master-Studiengangs vorbereitet
- 5 **DIU Dresden International University**
Die DIU ist als ProfessionalUniversity ein erfolgreicher und seriöser Kooperationspartner

In diesem Studiengang vermitteln international führende Parodontologen nicht nur **aktuellstes Fachwissen** sondern auch die **praktische Anwendung**. Hierbei bilden neben den ureigenen Bereichen der **Parodontologie** auch **Grundlagen und Klinik der Implantattherapie** unverzichtbare Bestandteile der Studienkurse. **Der Masterstudiengang ist akkreditiert (ZEvA).**

* gefördert durch das Stipendiaten-Programm der DGP

www.dgp-master.de



Studienbeginn **23. Mai 2013***



Anmeldung und Information:
Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.
Neufferstraße 1, 93055 Regensburg
Telefon 0941 942799-12
E-Mail: info@dgp-master.de

* vorbehaltlich

DENTSPLY DeTrey

Neue Studien zu Adhäsivpräparat



Unter den Etch&Rinse-Adhäsiven zeichnet sich XP Bond durch seine hohe Anwendungssicherheit aus. Nicht zuletzt aufgrund seines hier erstmals als Lösungsmittel verwendeten tertiären Butanols zeigt XP Bond auch dann eine zuverlässige Leistung, wenn die klinischen Bedingungen einmal nicht optimal sind. Es bietet so eine besondere Adhäsivleistung – bei deutlich reduziertem Risiko postoperativer Sensibilitäten. Die Leistungsbilanz von

XP Bond bestätigen auch zehn externe Studien. Diese sind im neuen Science Update zusammengefasst, das in deutscher Sprache erhältlich ist (auch online). Die im Science Update enthaltenen Arbeiten zeigen evidenzbasiert, dass sowohl auf über trockenem als auch auf zu feuchtem Dentin XP Bond gleichbleibend hohe Resultate erzielt und das Risiko für postoperative Sensibilitäten reduziert.

DENTSPLY DeTrey
De-Trey-Str. 1
78467 Konstanz
Tel.: 08000 735000
(gebührenfrei)
hotline@dentsply.com
www.dentsply.de

EVIDENT

Virtuelle Messe: Dental-Campus



Ob Gerätekauf oder Dienstleistung: Wer sucht, braucht Auswahl und Information. Die Lösung heißt „Der-Dental-Campus“ – die virtuelle Messe für Anbieter und potenzielle Kunden aus der Dentalbranche. Bereits jetzt herrscht reger Betrieb. Das Angebot orientiert sich an der Zahnarztpraxis, die für einen „Rundgang“ keinen Cent bezahlt – an 365 Tagen im Jahr. Das ist ei-

ne bequeme und zeitsparende Alternative zum Besuch einer realen Messe. Suchen lässt sich über Stichworte, Aussteller-ABC oder Postleitzahl. EVIDENT betreibt die Plattform als eigene Marke; Anbieten und Stöbern steht jedem offen. In den „Messehallen“ präsentieren sich die Anbieter – von A wie Abrechnung bis Z wie Zertifizierung. Mehr Informationen dazu gibt es online.

EVIDENT GmbH
Eberhard-Anheuser-Str. 3
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 2179-0
Fax: 0671 2179-100
info@der-dental-campus.de
www.der-dental-campus.de

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

GABA

Goldstandard in gutem Geschmack



Ab sofort ist meridol med CHX 0,2 Prozent wieder in Apotheken erhältlich. GABA bietet das Antiseptikum zur kurzzeitigen Keimzahlreduktion in der Mundhöhle mit seiner klinisch geprüften Wirksamkeit in der therapieadä-

quaten Packungsgröße für zwei Wochen (300 ml) an. Die alkoholfreie Chlorhexidin-Spülung überzeugt durch ihren guten Geschmack.

Die CHX-Mundspülung ist Bestandteil des meridol Systems für Gingivitis- und Parodontitis-Patienten. Sie sollte bei Parodontitis und schwerer Gingivitis über den kurzen Zeitraum von circa zwei Wochen vom Patienten angewandt werden. Ergänzend empfiehlt sich für die Betroffenen, in dem fraglichen Zeitraum eine besonders sanfte Zahnbürste zu verwenden.

GABA
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0, Fax: -499
info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de

IfzL

Lachgassedierung für mehr Komfort

Das Verfahren der inhalativen Sedierung mit Lachgas ist in den USA weit verbreitet: Dort verwenden es 60 Prozent aller Zahnärzte in ihrer Praxis, bei chirurgisch tätigen Kollegen beträgt der Anteil sogar 95 Prozent. In Deutschland arbeiten erst wenige Kollegen (ca. vier Prozent) damit. Dabei gibt es Vorteile: Im Gegensatz zur Vollnarkose bleibt der Patient ansprechbar und kooperativ. Die sanfte Sedation des Patienten erleichtert dem Behandlungsteam seine Arbeit erheblich: Durch Anxiolyse und Entspannung nimmt die Schmerzempfindlichkeit des Patienten deutlich ab, die Behandlung wird viel stressärmer. Die Sicherheit des Verfahrens wurde in den vergangenen Jahren mehrfach nach-



gewiesen. Unerwünschte Nebenwirkungen beschränken sich auf Übelkeit und Erbrechen und treten sehr selten auf.

IfzL – Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
Bad Trilsf-Str. 39
83080 Oberaudorf
Tel.: 08033 97996-20, Fax: -21
info@ifzl.de
www.ifzl.de

dentaltrade

Digital basierte Fertigung im Ausland



Mit einem erweiterten Angebotspektrum und zahlreichen Messehilfen ist dentaltrade auf der diesjährigen IDS vertreten.

Der Hersteller von Zahnersatz aus internationaler Produktion präsentiert sich gemeinsam mit dem eigenen Meisterlabor unter dem Motto „Besser dentaltrade – Exzellenz in Technik, Qualität & Service“. Vorgestellt wird das Konzept zur digital basierten Fertigung von Zahnersatz. Dahinter verbirgt sich die Herstellung von Kronen und Brücken nach Abformung über den intraoralen Scan.

Für den digitalen Auftragservice wurde extra eine neue Plattform aufgebaut, die unter der Adresse www.daten.dentaltrade.de erreichbar ist. Dort können sich Behandler kostenfrei registrieren, ihre digitalen Datensätze schnell und sicher platzieren und anschließend per Daten-Upload übermitteln.

dentaltrade GmbH & Co. KG
Grazer Str. 8
28359 Bremen
Kostenfreie Servicenummer:
Tel.: 0800 247147-1, Fax: -9
service@dentaltrade.de
www.dentaltrade.de

3M

Schluss mit Abformfehlern

Verformungen, Bläschen, Materialrisse – dies sind nur einige der zahlreichen Schwierigkeiten, die trotz langjähriger Erfahrung eines Zahnarztes bei der Abformung auftreten können und häufig zu Ungenauigkeiten in der finalen Versorgung führen. 3M ESPE hat dafür eine Unterstützung entwickelt: Mit dem neuen Espertise Leitfaden zur Vermeidung von Abformfehlern gibt das Unternehmen Zahnärzten ein Tool an die Hand, das hilft, Ursachen für Fehler aufzudecken und Strategien zur Fehlervermeidung zu entwickeln. So wird jeweils eine Schwierigkeit, beispielsweise das unvollständige Abbinden von Abformmaterial, beschrieben sowie an-



schaulich bildlich dargestellt. Der Leitfaden steht online gratis zum Download bereit.

3M Deutschland GmbH
ESPE Platz
82229 Seefeld
Tel.: 08152 700-0
Fax: 08152 700-1647
yfrisch@mmm.com
www.3MESPE.de

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

biodentis
Schulungszentrum



**Werden Sie
Zukunftssprecher.**

Die Zukunft der Zahnmedizin ist digital. biodentis setzt heute schon die Maßstäbe für morgen. Wir suchen Digitale Botschafter, die die neuen spannenden Chancen in die Welt der Zahnmedizin tragen. Offen für die Zukunft? Mehr unter www.biodentis.com/botschafter

biodentis GmbH · Weissenfeller Str. 84 · 04229 Leipzig
Telefonische Hotline: **0341. 35 52 73-52**

biodentis auf der IDS 2013 in Köln · Halle 11/3, Stand F8/G9

SCHMELZEN AUCH SIE IHR ALTGOLD IN DER SCHWEIZ EIN

Nutzen Sie die Vorteile einer Zusammenarbeit mit einem seriösen Schweizer Unternehmen: Wir kaufen Zahngold, Gold, Feilungen und sämtliche Edelmetalle, auch in kleinen Mengen. Ihre Ware wird fachmännisch geschmolzen und sofort nach der Scheidung bezahlt.

Verlangen Sie weitere Informationen oder rufen Sie uns an: Wir stehen Ihnen jederzeit zur Verfügung.

BAI-Edelmetall AG

Chesa Suder

CH-7503 Samerlan

Telefon (0041-81) 851 1305

Fax (0041-81) 851 1300

**STOPPT
SCHNARCHEN!**

www.schnarcherhilfe.de

**Alle
Zahnärzte
sind
gefragt**

*Zimmer Dental***Für individuelle Patientenzösungen**

Am 26. und 27. April 2013 finden im Steigenberger Airport Hotel in Frankfurt die 8. Zimmer Implantologie Tage statt. Der Kongress mit dem diesjährigen Motto „Personal Fit. Renewed Life.“ stellt individuelle Patientenzösungen und die Verbesserung der Lebensqualität in den Vordergrund. Die Highlights des diesjährigen Hauptprogramms sind die Vorträge „Prävention in der Implantologie“ von Prof. Dr. Dr. Wilfried

Wagner sowie „Hart- und Weichgewebsmanagement als Grundlage zur ästhetischen Implantatversorgung“ von Dr. Claudio Cacci. Bei den Pre-Kongress Workshops ist die Key Note Lecture von Prof. Dr. Daniel Edelhoff über digitale Technologien und der Hands-On Workshop am Humankadaverpräparat mit PD Dr. Dr. Klaus-Kristian Würzler und Dr. Torsten Kamm hervorzuheben. Weitere Informationen sowie eine Anmelde-möglichkeit gibt es online.

Zimmer Dental
Wentzger Str. 23
79106 Freiburg
Tel.: 0761 15647-0, Fax: -490
info@zimmerdental.de
www.zimmerdental.de

*Deppeler***Innovative Paro-Instrumente zur IDS**

Das Schweizer Unternehmen präsentiert zur IDS sein komplettes Angebot an Dentalinstrumenten, die vor Ort getestet werden können. Deppeler gilt als Erfinder des „Scaler M23“ und wird in Köln eine Innovation im Bereich Parodontologie vorstellen. Darüber hinaus erwarten

den Besucher die neuen „CLEANext“ Griffmodelle, doppelseitige Titan-Instrumente sowie das Schleifkonzept Easy-Sharp. Die Anwendung und Pflege der neuen Instrumente werden direkt auf der Messe vorgeführt.

Seit 1934 ist die Deppeler SA aus Rolle auf die Entwicklung und Herstellung von hochwertigen dentalen Handinstrumenten für Zahnerhaltung, Parodontologie und Chirurgie spezialisiert.

Deppeler SA
A-One Business Center
La Pièce 6
CH-1180 Rolle
Tel.: 0041 21 8251731
Fax: 0041 21 8253855
info@deppeler.ch
www.deppeler.ch



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

*Kuraray***Stressfreier Stumpfaufbau**

Clearfil DC Core Plus ist ein dualhärtendes Zweikomponenten-Stumpfaufbaumaterial in einer Automix-Spritze für ästhetische und zuverlässige Restaurationen. Die selbsthärtende Eigenschaft dieses neuen Stumpfaufbaumaterials bietet die perfekte Lösung für schwer zugängliche Regionen im Wurzelkanal, die nur bedingt mit Licht gehärtet werden können. Für alle anderen Bereiche kann die Aushärtung durch Licht beschleunigt werden.

Durch die vereinfachte Anwendung und die optimale Pastenhandhabung ist Clearfil DC CORE PLUS gut für stressfreie Restaurationen geeignet. Dank der Verarbeitungszeit von drei



Minuten können alle Schritte – vom Einbringen in den Wurzelkanal bis zum Stumpfaufbau – mit einer Mischkanüle durchgeführt werden.

Kuraray Europe GmbH
BU Medical Products
Philipp-Reis-Str. 4
65795 Hattersheim
Tel.: 069 305 35835
Fax: 069 305 98 35635
www.kuraray-dental.eu

*Carestream***Überzeugende Röntgenlösungen**

Carestream Dental ist das einzige Unternehmen im Röntgenbereich, das vom Film bis zum DVT die gesamte Palette der Bildgebungstechnologie bedient. Mit dem CS 9300 hat Carestream ein vielseitiges Multi-Modalitäten-Bildgebungssystem im Portfolio. Das neueste Mitglied der Carestream DVT-Familie ist das CS 9300 Select (Foto), das vier Volu-

mina (5 x 5 bis 10 x 10 cm) in einem Gerät bietet. Das erst kürzlich präsentierte digitale Panoramaröntgensystem CS 8100 ist geeignet für den täglichen Einsatz. Mit dessen 2D+-Funktion kann der Behandler 3D-ähnliche Darstellungen aufnehmen.

Auf der IDS 2013 präsentiert sich das Unternehmen am Messestand T040/U049/T043 in Halle 10.2 auf einer gegenüber der IDS 2011 um 50 Prozent vergrößerten Fläche. Modernste Präsentationstechnologien ermöglichen den Messebesuchern einen umfassenden Überblick über die Produktpalette.

Carestream Health Deutschland
Hedelfinger Str. 60
70327 Stuttgart
Tel.: 0711 207073-06
Fax: 0711 207073-33
europedental@carestream.com
www.carestreamdental.com

PAUL WUNDERLICH - GINKGO-COLLIER WEIBLICH - SINNLICH - ELEGANT

EDITION



Paul Wunderlich, Ginkgo-Collier

Ein Collier in Massiv-Sterlingsilber 925 mit einem Saphir in Silberfassung. Halsreif mit Hakenverschluss. Breite des Anhängers 4,5 cm. Durchmesser des Reifs 13 cm. Jedes Exemplar ist nummeriert und signiert und mit dem amtlichen Silberstempel und der Marke der Silberschmiede versehen. Ein vom Künstler signiertes Zertifikat liegt bei.

Preis 280 EUR

Kunst und Dichtung verschmelzen zu einem zauberhaften Schmuckobjekt: Als Hommage an Goethes Gedicht „Ginkgo biloba“ gestaltete Paul Wunderlich dieses elegante Collier. In kunstvoller Handarbeit wurde das Schmuckstück aus massivem Sterlingsilber gefertigt. An einem Reif schmückt ein stilisiertes Ginkgoblatt die Trägerin. Der Stiel des Blattes wölbt sich nach vorn und wird von einem tiefblauen Saphir geschmückt.

Auf der Rückseite des Blattes weist das Collier auf seine kulturelle Vermittlung durch Goethes Gedicht hin: die mittlere Strophe des Gedichts ist in Wunderlichs Handschrift eingeschrieben und schließt mit den Signaturen Goethes und Wunderlichs, als würden sie einen Vertrag zwischen Word und Bild besiegeln. Jeder Bestellung legen wir ein Exemplar des Buches „Goethe und der Ginkgo“ von Siegfried Unseld bei.



Bitte einsenden an: EDITION Deutscher Ärzte-Verlag GmbH,
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Rückgaberecht:
(nur als frankiertes Paket)

__ Ex. Paul Wunderlich, Ginkgo-Collier. 280 €

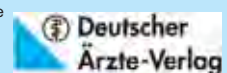
Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Telefon, Email

Datum, Unterschrift

Email: edition@aerzteverlag.de
Internet: www.aerzteverlag.de
Telefon: 0 22 34 / 70 11 - 324
Telefax: 0 22 34 / 70 11 - 476



Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten € 7.
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH · Sitz: Köln · HRB 106 Amtsgericht Köln
Geschäftsführung: Jürgen Fühner, Norbert Frotzheim.

- 3M Deutschland GmbH**
Seite 53
- APW Akademie Praxis & Wissenschaft**
Seite 105
- Bai Edelmetalle AG**
Seite 111
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 45
- biodentis GmbH / absolute Ceramics**
Seite 111
- Cézanne GmbH**
Seite 39
- Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH**
Seite 55
- Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG**
Seite 7 und 78
- CompuGroup Medical Dentalsysteme GmbH**
Seite 23
- DAMPSOFT Software-Vertriebs GmbH**
Seite 59
- Dental Magazin**
Seite 95
- Dental Online College GmbH**
Seite 67
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 11
- Dentaurum GmbH & Co. KG**
Seite 65
- Dentsply De Trey GmbH**
Seite 51
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH**
Seite 93
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/ Edition**
Seite 113 und 134
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 13
- DGP e.V.**
Seite 109
- Doctorseyes GmbH**
Seite 80
- Dreve Dentamid GmbH**
Seite 21
- Dux Dental BV**
Seite 35
- Evident GmbH**
Seite 81
- Gaba GmbH**
Seite 49
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG**
Seite 37
- Glidewell Europe GmbH**
Seite 69
- Hager & Werken GmbH & Co. KG**
Seite 77
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 33
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 31
- IDI-PARO Interdisziplinäre Diagnostik-Initiative für Parodontitisfrüherkennung Stiftungs GmbH**
Seite 89
- Karl Baisch GmbH**
Seite 97
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 27 und 57
- KölnMesse GmbH**
Seite 85
- Komet Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG**
2. Umschlagseite
- Kuraray Europe GmbH**
3. Umschlagseite
- Medentis Medical GmbH**
Seite 9
- Melag Medizintechnik OHG**
Seite 75
- Miele & Cie KG**
Seite 83
- Nobel Biocare Management AG**
4. Umschlagseite
- Permadental BV**
Seite 17 und 41
- PROTILAB**
Seite 15
- Sulzer Mixpac AG**
Seite 99
- teamwork media Verlags GmbH**
Seite 71 und 87
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 91
- Ultradent Products USA**
Seite 79
- VDZI Verband Deutscher Zahn-techniker-Innungen Bundesinnungsverband**
Seite 115
- Vita Zahnfabrik H.Rauter GmbH & Co. KG**
Seite 19
- Voco GmbH**
Seite 43
- W & H Deutschland GmbH**
Seite 61
- youvivo GmbH**
Seite 63
- ZA-Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG**
Seite 47
- Postkarte auf Anzeige, Seite 51**
Dentsply De Trey GmbH
- Vollbeilagen**
3M Deutschland GmbH
Dental-Union GmbH
Karl Baisch GmbH
Mey & Edlich GmbH
- Teilbeilage**
J. Morita Europe GmbH
in PLZ 2, 5, 6, 8, 9



GUSTAV KLIMT

Hochwertige Kunstdrucke



G. Klimt,
**Bauerngarten mit
Sonnenblumen**,
ca. 70 x 70 cm



G. Klimt, **Kuss**,
ca. 76 x 56 cm



Gustav Klimt: Ein Kuss verändert die Welt

Am 14. Juli 2012 jährte sich der Geburtstag von Gustav Klimt (1862–1918) zum 150. Mal. Lebenslanglich mit Wien verbunden, prägte Klimt entscheidend die Malerei der Moderne und verhalf dem Jugendstil zu Weltruhm.

Das Wiener Museum Belvedere besitzt die weltweit größte Sammlung von Gemälden Gustav Klimts, darunter das weltberühmte Bild „Der Kuss“. Die Ausstellung „150 Jahre Gustav Klimt“ will sich aber nicht mit stilistischen oder kunsthistorischen Zusammenhängen beschäftigen. Vielmehr soll es um Klimts Arbeit selbst gehen, um die Aussage, die jedes einzelne seiner Hauptwerke dem Betrachter vermitteln kann. Info: www.belvedere.at

Gustav Klimt (1862-1918)
Hochwertige Kunstdrucke,
veredelt mit Leinendruck,
gerahmt in 3 cm Holzleiste
mit Goldauflage: **275 Euro**.

Alternativ in 4 cm weißer
matter Holzleiste: **225 Euro**.

Zzgl. 15 Euro Versand-
kostenanteil.



G. Klimt, **Jungfrau**,
ca. 95 x 65 cm

Bitte einsenden an: EDITION Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Rückgaberecht:

G. Klimt, Bauerngarten... gerahmt (gold) 275 Euro gerahmt (weiß) 225 Euro

G. Klimt, Kuss gerahmt (gold) 275 Euro gerahmt (weiß) 225 Euro

G. Klimt, Jungfrau gerahmt (gold) 275 Euro gerahmt (weiß) 225 Euro

Zzgl. 15 Euro Versand und Versicherung. Angebot freibleibend, Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Eigentumsvorbehalt bis zur vollständigen Bezahlung.

Titel | Vorname | Name

Straße | PLZ | Ort

Telefon | Email

Datum | Unterschrift



Tag der Seltenen Erkrankungen**Diverse Veranstaltungen geplant**

Am 28. Februar 2013 findet zum sechsten Mal der Tag der Seltenen Erkrankungen statt. Um an diesem Tag kleine öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen ins Leben zu rufen, haben sich Mitgliedsorganisationen der Allianz

zum Tag der Seltenen Erkrankungen in Berlin ist die Eva-Luise-Köhler-Forschungspreisverleihung, bei der voraussichtlich Bundesminister Daniel Bahr sprechen wird.

Der Tag der Seltenen Erkrankungen bietet die Chance, gemeinschaftlich auf die Existenz Seltener Erkrankungen aufmerksam zu machen und so das Problembewusstsein in der Öffentlichkeit zu fördern. Die Bundeszahnärztekammer ist Partner im Nationalen Aktionsbündnis für Menschen mit seltenen Erkrankungen (NAMSE). Das Poster mit dem diesjährigen Slogan „Rare Disorder without borders“ wurde



Foto: www.rare-disease-day.org

chronischer seltener Erkrankungen (ACHSE) mit lokalen Kliniken, Ärzten, Krankenkassen, Einkaufszentren und anderen Einrichtungen zusammengeschlossen. Von der ACHSE koordiniert gibt es rund zehn Städteaktionen. Die zentrale Veranstaltung

durch die ACHSE übersetzt und umgestaltet (1.). Dieses kann als Druckdatei angefordert und für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden. sf/pm

*Kontakt: ACHSE
Rania von der Ropp
Tel.: 030/330070826*

Zahnärztekammer Berlin**Dr. Schmiedel wiedergewählt**

Im Rahmen der konstituierenden Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin vom 31. Januar wurde der bisherige Vorstand – bis auf eine Position – wiedergewählt. Dr. Wolfgang Schmiedel ist erneut Präsident, Dr. Michael Dreyer steht ihm erneut als Vizepräsident zur Seite. Der Bereich Schlichtung und Berufsrecht bleibt Aufgabengebiet von Dr. Dietmar Kuhn, für die GOZ zuständig bleibt Dr. Helmut

Kesler, die zahnärztliche Fort- und Weiterbildung leitet auch in der neuen Legislaturperiode ZÄ Juliane Gnoth und für das Referat Zahnärztliche Berufsausübung ist erneut Dr. Karsten Heege-waldt Ansprechpartner. Neu im Vorstand ist Dr. Detlef Förster, der die Aufgaben des ZFA-Referats von ZA Ingmar Dobberstein übernimmt, der für eine Wiederwahl nicht mehr zur Verfügung stand. sf/pm

Patientenrechte**Gesetz im Bundesrat verabschiedet**

Foto: Bundestag

Das Patientenrechtegesetz hat den Bundesrat passiert und wird damit wie geplant in Kraft treten. Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger wies darauf hin, dass Patienten künftig umfassend und verständlich durch den behandelnden Arzt informiert werden müssen. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr betonte, dass das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt weiter ausgebaut werde.

Bahr: „Unser Leitbild ist der mündige Patient, der informiert und aufgeklärt wird und so dem

Arzt auf Augenhöhe gegenüber-treten kann.“ Auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, begrüßte das Gesetz: „Endlich: mehr Transparenz und mehr Rechte für Patientinnen und Patienten. Bisher wissen Patienten und Ärzte oft nicht, welche Rechtsnorm gilt und wo sie zu finden ist. Mit dem neuen Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch sorgen wir deshalb dafür, dass Patienten und Ärzte ihre Rechte und Pflichten verständlich und im Zusammenhang nachlesen können.“ ck/pm

Revision der Berufsanererkennungsrichtlinie**Weitere Hürde genommen**

Die geplante Revision der EU-Berufsanererkennungsrichtlinie hat eine weitere Hürde genommen. Am 23. Januar 2013 stimmte der federführende Ausschuss für Binnenmarkt und Verbraucherschutz des Europäischen Parlaments (IMCO) über die Modernisierungsvorschläge der EU-Kommission ab. Die Europaabgeordneten bestätigten mit großer Mehrheit die Vorschläge in ihren Grundzügen.

Gleichzeitig nahm der IMCO wichtige Korrekturen vor: So wird es den umstrittenen partiellen Zugang nicht für Ärzte und Zahnärzte geben. Den Forderungen von CED und BZÄK folgend, votierte der IMCO zudem für eine zahnärztliche Mindestaus-

bildungsdauer von fünf Jahren Vollzeitstudium, bestehend aus mindestens 5 000 Fachstunden theoretischer und praktischer Ausbildung. Der IMCO nahm überdies einen Änderungsantrag an, der eine Definition des Begriffs „Freier Beruf“ vorsieht. Freie Berufe erbringen demnach „auf der Grundlage einschlägiger Berufsqualifikationen persönlich, in verantwortungsbewusster Weise und fachlich unabhängig geistige und planerische Dienstleistungen für ihre Auftraggeber und die Allgemeinheit“.

Mit der IMCO-Abstimmung ist der Weg für Kompromissverhandlungen zwischen Europäischem Parlament, Rat und Europäischer Kommission frei. pr/pm

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Steuergelder für betriebliche Prävention

Daniel Bahr (FDP) will die Gesundheitsvorsorge in den Betrieben stärken – doch die Arbeitgeber lehnen seinen Vorschlag ab. Wie die FAZ berichtet, wenden sich die Arbeitgeber gegen den von Bahr vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Prävention. Mit dem Gesetz sollen die Präventionsausgaben der Kassen von vier auf sechs Euro je Versicherten und Jahr erhöht werden. Im Entwurf sind Mehrausgaben von 150 bis 180 Millionen Euro auf dann 600 Millionen Euro angegeben. Das Geld soll unter anderem in die betriebliche Vorsorge investiert werden.

Gesundheitsförderung und Vorsorge seien wichtig, sagte der Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Dieter Hundt, der FAZ. „Aber die Kosten von zusätzlichen Präventionsleistungen dürfen



Foto: picture alliance

nicht einseitig auf die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen abgewälzt werden.“ Prävention sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die allen zugute komme und daher aus Steuermitteln bezahlt werden müsse. „Höchst bedenklich“ sei, wenn die Kassen auch für Leute Präventionsangebote zahlen sollten, die gar nicht bei ihnen versichert seien. „Das kann den Beitragszahlern dieser Kasse nicht zugemutet werden.“ sg

Gesetzgebung

Bahr in Eile

Angesichts der Bundestagswahl 2013 drückt Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) aufs Tempo: Bis zur Sommerpause will er verschiedene Gesetze durch den Bundesrat bringen. Die Notdienstpauschale, das Patientenrechte-, das Krebs- oder das Präventionsgesetz stünden zur Abstimmung, sagte der Minister jüngst beim gesundheitspolitischen Jahresauftakt der apoBank in Düsseldorf.

Wichtig sei, das deutsche Gesundheitssystem langfristig zu erhalten, betonte er. Einer aktuellen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Allensbach

zufolge, so Bahr, bewerten vier von fünf Deutschen das Gesundheitssystem mit gut oder mit sehr gut. Dieses Vertrauen müsse man trotz der aktuellen Herausforderungen, zu denen Bahr beispielsweise die demografische Entwicklung und auch die Veränderungen im Berufsbild der Heilberufler zählt, erhalten.

Herbert Pfennig, Sprecher des Vorstands der apoBank, forderte, dass die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung weiter für alle zugänglich bleiben müsse. sg/pm

KOMMENTAR

Zahlemann und Söhne

Dieter Hundt hat völlig recht: Die betriebliche Prävention sollte aus Steuergeldern finanziert werden. Denn von der Vorsorge profitieren die gesetzlichen und die privat Versicherten gleichermaßen. Wie wir wissen, ist Hundt freilich nicht ausschließlich um das materielle Wohl der GKV-Versicherten besorgt. Ihn verdrießen vielmehr die nominal steigenden Arbeitgeberbeiträge, die damit einhergehen.

Allerdings besteht betriebliche Prävention nicht nur aus

VHS-Rückenkursen und Anti-Raucherseminaren. Sie ist keine Bringschuld der Arbeitnehmer. Genau: Gesunde Mitarbeiter nutzen auch den Unternehmen. Und deshalb sind sie auch in der Verantwortung, etwa, wenn es darum geht, das Betriebsklima zu verbessern oder die Arbeitszeiten zu flexibilisieren. Nicht nur, was die Planung und die Umsetzung betrifft: auch die Bezahlung ist – teils – Chefsache.

Claudia Kluckhuhn

EU-Richtlinie

Tabakbranche sammelt Unterschriften

Die deutsche Zigarettenbranche macht weiter Front gegen die EU-Pläne zur Eindämmung des Tabakkonsums. Sie will Unterschriften gegen die geplante Richtlinie sammeln. Ein Branchenbündnis aus Herstellern, Gewerkschaft sowie Tabak-Einzelhandel und -Anbau kündigte in Berlin eine bundesweite Kampagne an, um die seit Wochen andauernden Proteste gegen die

EU-Tabakrichtlinie auszuweiten. Die Pläne bevormundeten Bürger, gefährdeten bis zu 25 000 Arbeitsplätze und führten zur Überregulierung eines legalen Konsumprodukts, kritisierte das Bündnis erneut. Zudem ginge die Vielfalt von Tabakerzeugnissen verloren. Und der Regulierungsdrang der EU könne sich bald auch auf andere Branchen ausweiten. eb/dpa

Erratum

Im Beitrag „Annäherung an den virtuellen Patienten“ in zm Nr. 1/2013 (S. 24-29) sind leider Fehler aufgetreten: Der korrekte Preis für die neue Intraoralkamera von Sirona Dental beträgt circa 40 000 Euro (einschließlich Aufnahme-einheit und Software). Weiterhin wurde die Bildschirmansicht auf Seite 27 (Ausgabe A) oben mit dem Vorläufermodell aufgenommen.



Foto: Sirona

men. Die neue Kamera liefert annähernd fotorealistische Bilder (korrekte Darstellung siehe zm-online). zm

Amalgam

UN fördert Alternativen

Das Umweltprogramm der Vereinten Nationen hat mit 140 Staaten einen Vertrag erarbeitet, der die Verwendung von Quecksilber neu regelt – mit Folgen für die Amalgamverwendung. Der Beschluss soll ab Oktober 2013 zur Unterzeichnung und Ratifizierung vorliegen. 2020 soll danach die Verwendung von Quecksilber unter anderem in Batterien, Energiesparlampen, elektronischen Bauteilen, Seifen und Kosmetika verboten sein, ebenso der Handel mit diesen Produkten. Auch bestimmte nicht-elektronische Medizinprodukte wie Thermometer und Blutdruckmessgeräte dürfen dann kein Quecksilber mehr



enthalten. Nach Einschätzungen von Experten wird mit dem Abkommen auch der langsame Abschied vom Amalgam als zahnmedizinischem Basisfüllungsmaterial eingeläutet. Das Abkommen sorgt dafür, dass orale Gesundheit und Umwelt gleichzeitig geschützt werden, befindet etwa die internationale Zahnärztervereinigung FDI in einer Stellungnahme. Die FDI hatte sich dafür stark gemacht, den Einsatz von Amalgam zu reduzieren, statt es ganz zu verbieten, da es im Kampf gegen die weltweite Volkskrankheit Karies nach wie vor das Schlüsselmaterial für die Kavitätenversorgung sei. mg

Robert Koch-Institut

Männer immer noch Gesundheitsmuffel

Männer sterben deutlich häufiger als Frauen bei Unfällen – und durch Selbstmord. Das bestätigen erste Zahlen aus dem neuen Staatlichen Männergesundheitsbericht, den das Robert Koch-Institut in Berlin in Auszügen vorstellte. „Drei Viertel aller Suizide werden von Männern begangen“, ergänzte Elisabeth Pott von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die den 1. Männergesundheitskongress eröffnete. In Sachen spezialisierter Prävention sei noch viel zu tun – auch wenn die Gesundheitsbranche langsam auf das Thema einsteige. Aber immer noch trinken Männer mehr Alkohol, rauchen häufiger und gehen bei Beschwerden später zum Arzt als Frauen. Zwar hat sich die Schere bei der

Lebenserwartung von zeitweise sechseinhalb auf nun fünf Jahre leicht geschlossen – 2011 geborene Mädchen können mit einem Lebensalter von fast 83 Jahren, Jungen mit knapp 78 rechnen. Doch auch mittelfristig wird laut Prognosen eine Lücke zwischen den Geschlechtern klaffen. Die Lebenserwartung bei Männern sei stark durch das sozioökonomische Umfeld bestimmt, betonten die Experten. Präventionsangebote müssten deshalb genau auf die Zielgruppe zugeschnitten werden: Denn während das Gros der Mittelschichtler bereits viel für seine Gesundheit tue, würden vor allem bildungsferne Männer, Ältere und auch ein Teil der Migranten von den bisherigen Präventionsangeboten kaum erreicht. eb/dpa

Wissenschaftliches Symposium der GRPG

G-BA im Brennpunkt

„Der Gemeinsame Bundesausschuss im Brennpunkt gesundheitspolitischer Entscheidungen“ – so lautete der Titel eines Symposiums in Berlin, organisiert von der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). Der Gesetzgeber habe mit dem G-BA eine sektorenübergreifende Rechtssetzungsinstitution geschaffen, die nicht nur für die GKV, sondern indirekt auch für die PKV untergesetzliche Normen mit beträchtlicher Auswirkung auf Patienten und Leistungserbringer erlasse, so Gerhard Schulte, Moderator der Veranstaltung und GRPG-Schatzmeister. Dennoch würden die Entscheidungen des G-BA in der Öffentlichkeit zu wenig beachtet. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, zog ein Resümee der Entscheidungen des vergangenen Jahres und verwies auf die jüngsten Beschlüsse. Er ging unter anderem auf die Reform der ambulanten ärztlichen



Versorgung ein, „eine wichtige und richtige Weichenstellung“, wie er betonte.

Prof. Dr. Eberhard Wille, Mitglied im Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, analysierte die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Hier sei der Wettbewerb noch nicht ganz gelungen, bilanzierte er. Der Sachverständigenrat empfehle eine Erweiterung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung unter anderem um ambulante Operationen, stationärsersetzende Eingriffe und stationäre Kurzzeitfälle. Auch sollte eine selektivvertragliche Gestaltung dieses Versorgungsbereichs erfolgen und die Eigentumsverhältnisse sollten geringer reguliert werden. pr

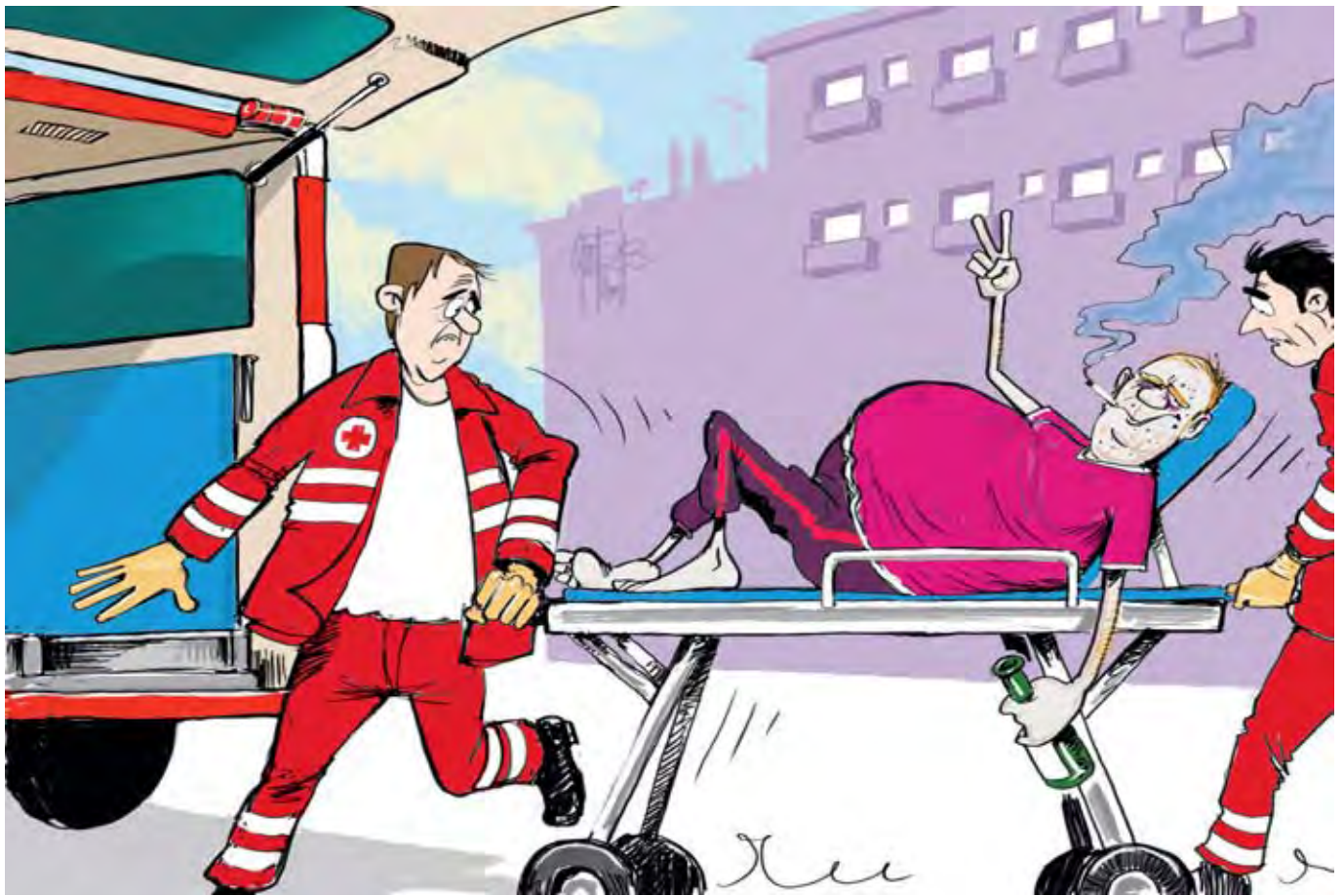
KZBV zu Schäuble-Plänen

Jojo-Effekte verhindern

Laut aktuellen Presseberichten plant Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds drastisch zu kürzen. Dazu erklärt Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung: „Wir brauchen Verlässlichkeit bei der Finanzierung des GKV-Systems. Dazu zählt auch, dass die Höhe des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds langfristig klar ist. Nur so lässt sich Verlässlichkeit in der Versorgung gewährleisten. Wird

der Zuschuss kurzfristig gekürzt, um den Bundeshaushalt zu konsolidieren, ist diese Verlässlichkeit dahin. Der Gesundheitsfonds ist kein Säckel, in das man einfach greifen kann. Ohne eine kontinuierlich stabile Finanzbasis kann man keine dauerhafte, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung planen und garantieren.

Erratische Änderungen an der Finanzbasis führen nur zu Jojo-Effekten – sowohl beim Beitragsatz als auch bei den Leistungen.“ pr/pm



Gesundheitsmuffel – gerade noch geschafft

Kolumne

Schluss mit logisch

Ein Loblied auf die deutschen Finanzbehörden! Wer je gedacht hat, da wiehere nur der Amtsschimmel – weit gefehlt! Bestes Beispiel: die Steuergesetze. Die sind so durchdacht, dass sie nur einige Auserwählte verstehen. Anderes Beispiel: Ärzte, die für das Finanzamt ein Fahrtenbuch führen, müssen jede Fahrt dokumentieren. Ein ordnungsgemäß geführtes Fahrtenbuch enthält in der Regel Adressen und Namen der besuchten Personen. Da dies jedoch mit der Schweigepflicht nicht zu vereinbaren ist, empfiehlt das Bundesfinanzministerium: Statt der Patientennamen sollen die Ärzte fortlaufende Nummern verwenden und Namen sowie Anschrift in einem getrennten Verzeichnis führen. Kein Witz. Vielleicht nummeriert man auch die Patienten einfach durch und zieht aus jedem zweiten Patientennamen die

■ *Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de*

Wurzel. Das Ergebnis fasst man in einer Tabelle zusammen, vorzugsweise mit Excel erstellt, und kombiniert dies in einer access-Datenbank mit dem jeweiligen zweiten Buchstaben nach einem Konsonanten des Patientennamens. Aber Vorsicht: So weit wie der Direktor des Berliner Tierparks sollte man nicht gehen: Der gab weiblichen Angestellten Kürzel, die im Tierreich verwandt werden. Hat ihm 'ne Menge Ärger eingebracht. Fin ist hierzulande oft die Abkürzung für Monetäres, in Frankreich macht man sich auf das Wort einen eigenen Reim: Dort heißt fin Schluss, aus, Ende. Wohl auch der Sinnhaftigkeit von Empfehlungen deutscher Finanzbeamten.

Ihr vollkommener Ernst

Perfekte Teamarbeit für einen zuverlässigen Aufbau.



SCAN MICH!

Informationen rund um
CLEARFIL™ DC CORE PLUS
auf www.kuraray-dental.eu

QR-Code einfach mit dem
Smartphone scannen.



CLEARFIL™ DC CORE PLUS KIT

**Stressfreier und einfacher Stumpfaufbau –
für höchste klinische Anforderungen und zuverlässige Versorgungen.**

Das neue CLEARFIL™ DC CORE PLUS KIT verbindet das hochleistungsfähige, lichthärtende Stumpfaufbaumaterial CLEARFIL™ DC CORE PLUS mit CLEARFIL™ S³ BOND PLUS, dem herausragenden Ein-Schritt-Adhäsiv, von dem Sie mehr erwarten können.

CLEARFIL™ DC CORE PLUS ist durch seine vereinfachte Anwendung und optimalen Viskosität bestens für den stressfreien Aufbau geeignet. Dank der ausreichenden Verarbeitungszeit von 3 Minuten können alle Schritte – vom Einbringen in den Wurzelkanal bis zum Stumpfaufbau – praktischerweise mit nur einer Mischkanüle durchgeführt werden.

Die perfekte Ergänzung zu CLEARFIL™ DC CORE PLUS bietet Ihnen das Adhäsiv CLEARFIL™ S³ BOND PLUS. Mit seiner effektiven, selbstätzenden Technologie sorgt es für einen zuverlässigen Halt an Dentin. Zusammen mit CLEARFIL™ DC CORE PLUS werden exzellente klinische Langzeitergebnisse ermöglicht.

**CLEARFIL™ DC CORE PLUS –
Ihre Wahl für höchste klinische Anforderungen
und zuverlässige Restaurationen!**



Nobel Biocare Global Symposium 2013 – New York.

JUNE 20-23, WALDORF ASTORIA NEW YORK.



Gain further insights on how to treat more patients better.

Experience the best in implant dentistry.

Learn from over 100 world-renowned experts.

Enjoy the fascinating city of New York.



Designing for Life: Today and in the future. Join the leading experts in implant dentistry at the event not to be missed in 2013. This exciting four-day Nobel Biocare Global Symposium 2013 in New York is your number one opportunity to gain the full 360-degree perspective on how you can treat more patients better. Benefit from an innovative and insightful program format designed to maximize your learning experience. Update yourself on the key factors for successful oral rehabilitation such

as diagnostics and treatment planning, surgical and restorative treatments and patient follow-up. Understand how to effectively restore missing single teeth, multiple teeth and edentulous jaws. Learn more about important clinical themes such as minimally invasive, graftless solutions, immediate replacement and function, soft tissue health and esthetics. Find out how you can utilize this knowledge to achieve even better results.

Register now!



nobelbiocare.com/newyork2013

Official Partners:

