

Hygiene in der Zahnarztpraxis

**Thesen für ein
gesundes System**

**Viren finden
über das Geld**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Verhandlungen waren aufwändig, langwierig und so kompliziert, wie die Thematik es vermuten ließ. Jetzt, wo die neuen Hygiene-Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI) veröffentlicht sind, die Ergebnisse diskutiert werden, kristallisiert sich heraus, dass sich die Strategie der Schadensvermeidung in vielen Bereichen als der richtige Weg herausgestellt hat.

Die Befürchtungen, dass sich auch das RKI auf die anfänglich diskutierten Standards der Krankenhaushygiene und deren konkrete Übertragung auf die zahnärztliche Praxis einlasse, sind nicht eingetroffen. Ein Erfolg der Intervention und kontinuierlichen Begleitung und Mitgestaltung des Verhandlungsprozesses durch die Zahnärzteschaft. Dieses Vorgehen half, schiere Unmöglichkeiten zu verhindern. Ganz klar: Auch die jetzt vorliegenden Empfehlungen, so wird von Fachleuten nach erster Einschätzung gewertet, bringen zusätzlichen Aufwand für die Praxis und verlangen mehr ab, als bisher üblich war.

■ *Die neuen Hygiene-Empfehlungen des Robert Koch-Institutes basieren auf den wissenschaftlichen Grundlagen des Fachs. Wie sie umgesetzt werden, ist letztlich aber Sache der Länder. Was hätte Robert Koch wohl dazu gedacht?*

Und mit der RKI-Empfehlung sind letztlich auch die Irrealitäten mancher länderspezifischen Sichtweise nicht per se vom Tisch. Aber das, was das RKI vorgibt, schafft den wissenschaftlich fundierten Rahmen, an dem sich alle Beteiligten, vor allem auch die Länderregierungen, denen die Umsetzung obliegt, künftig orientieren können.

Zu hoffen bleibt, dass auch die ausgemachten Hardliner unter den Bundesländern sich an der Politik des Machbaren orientieren. Und die liegt nicht bei Maßgaben, die über die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes hinausgehen.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



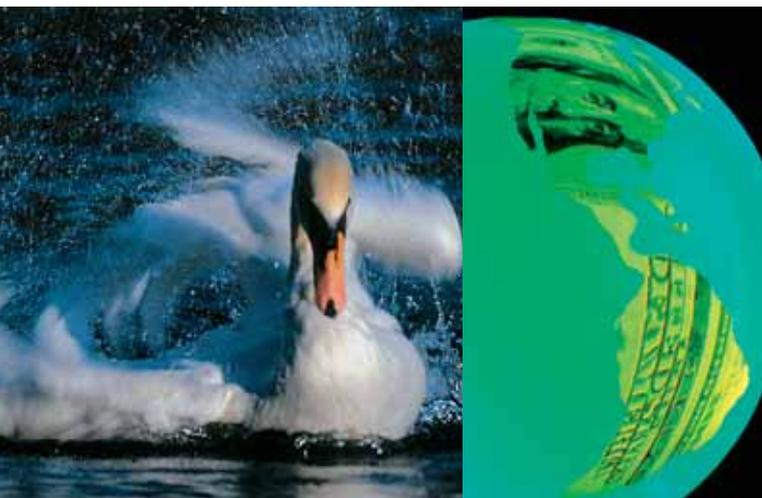


Titelfoto und Foto: Hilger

Zum Titel

Die neue zahnärztliche Hygiene-Empfehlung des Robert Koch-Instituts liegt vor. Entsprechend ist der Muster-Hygieneplan von BZÄK und DAHZ aktualisiert worden.

Seite 32



Fotos: MEV/PD/pp

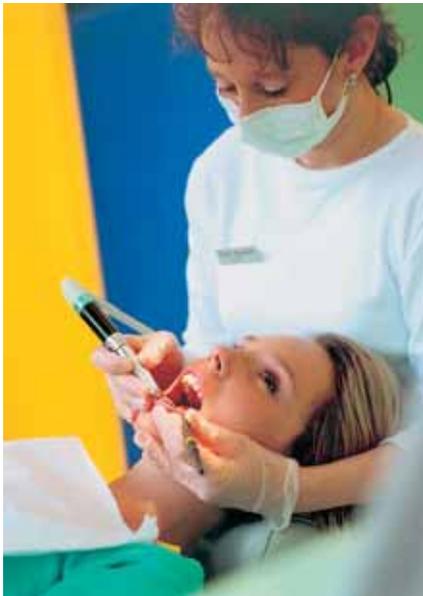
Die Vogelgrippe ist in Deutschland angekommen. Dass sich Viren nach demselben Muster verbreiten wie unser Geld, hat jetzt ein deutscher Physiker festgestellt.

Seiten 64 und 68



Die privaten Versicherer nehmen zunehmend Liquidationen ins Visier. Dabei beginnen sie oft ein Tauziehen um das Vertrauen des Patienten. Gut, wenn der Zahnarzt hier die Knackpunkte kennt.

Seite 104



Die Freiburger Agenda fordert laut Prof. Bernd Raffelhüschen, die Zahnbehandlung stufenweise aus der GKV zu nehmen.

Seite 12



Angst, Mundgeruch zu haben, kann psychogener Natur sein.

Seite 52



Editorial 1

Leitartikel

Dr. Joachim Lüddecke, Vorsitzender des BZÄK-Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung, zur Hygiene 6

Nachrichten 8, 14

Gastkommentar

Martin Eberspächer, Bayerischer Rundfunk, über Interessenskonflikte bei der Gesundheitsreform. 10

Das aktuelle Thema

Thesen für das Gesundheitswesen: Wer selber zahlt, spart 12

Politik und Beruf

Klausurtagung der BZÄK in Brüssel: EU-Wirren um Binnenmarkt für Gesundheit 20

RSA-Ausgleich: PKV-Versicherte sollen die GKV sanieren 24

Aus den Ländern

14. Zahnärztetag in Sachsen-Anhalt: Die GKV ist keine Kuschelecke mehr 26

20. Zahnärztetag in der Hauptstadt: Jubiläum in Berlin 28

Gesundheit und Soziales

Transparenzmängel im Gesundheitswesen: Das Recht auf „saubere Verhältnisse“ 30

Titelstory

Hygiene in der Zahnarztpraxis: Wider eine willkürliche Regelungswut 32

Der neue Hygieneplan 39

Zahnmedizin

Der besondere Fall: Beidseitige submandibuläre Schwellung 42

Der psychosomatisch kranke Patient: Wenn Probleme auftauchen 44

Der aktuelle klinische Fall: Aneurysmatisch erweiterte Vene des Unterkiefers 50

Das große Tabuthema in der Praxis: Halitophobie 52

Medizin

Repetitorium: Narkolepsie – ständig vom Schlaf übermannt 60

Viren-Tracking: Bewegte Bazillen 64

Infektionskrankheiten: Vogelgrippe nun auch in Deutschland 68

Rezensionen 72

Veranstaltungen 74

Praxismanagement

Leistungsfähigkeit der Praxis steigern: Heiß auf Erfolg 96

Trends 98

Finanzen

Nervöse Anleger bei offenen Immobilienfonds: Risse in der Fassade 100

Recht

Der Zahnarztbesuch als Versicherungsfall: Tauziehen um das Vertrauen 104

Urteile 110

Prophylaxe

Oralprophylaxe: STOPP – eine neue Studie 112

Internationales

EU-Mahnverfahren: Warum umständlich, wenn's auch einfacher geht 114

Persönliches 116

Neuheiten 118

Bekanntmachungen

Vergütungen der KZV-Vorstände 126

BZÄK/DAHZ-Hygieneplan 131

Impressum 145

Letzte Nachrichten 165

Zu guter Letzt 168



Foto: Kirsch

Mehr als eine Empfehlung

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

bei einer Empfehlung kam es immer schon darauf an, von wem sie ausgesprochen wird. Die Palette reicht von unverbindlich bis hin zu fast verpflichtend. Das Robert Koch-Institut (RKI) spricht selbst in seiner aktuellen, zunächst im Internet veröffentlichten Empfehlung „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ davon, dass diese Empfehlungen keine unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit besitzen. Das RKI führt jedoch weiter aus, dass diese Aussagen grundsätzlich medizinischer Standard sind und den Stand von Wissenschaft und Technik wiedergeben. Ein Abweichen davon sei daher nur mit guter Begründung angeraten. Insofern hat sich an der Bedeutung im Vergleich zu der uns allen bekannten 98er-Empfehlung nichts Grundsätzliches geändert. Auch im Aufbau hat man auf bereits Bekanntes zurückgegriffen. Doch in der Gewichtung und Intensität der Abhandlung einzelner Themenbereiche ergeben sich zum Teil gravierende Änderungen beziehungsweise Verschärfungen.

Dennoch kann der zahnärztliche Berufsstand froh sein, dass die Neuauflage endlich veröffentlicht ist. Es bleibt zu hoffen, dass sich zukünftig Praxisbegehungen – sofern sie denn nach Ansicht der Behörden wirklich

erforderlich sein sollten – auf zahnärztlich relevante Regelungen stützen können. Bisher hat man zumindest in Nordrhein-Westfalen die wesentlich weiter gehenden Anforderungen zur Medizinprodukteaufbereitung, die im Jahre 2001 von RKI und BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) gemeinsam veröffentlicht wurden, als Maß aller Dinge herangezogen. Hierbei werden Klinikstandards praktisch 1:1 auf die Praxis übertragen, ohne auf die speziellen Belange einer Zahnarztpraxis

auch nur im Ansatz einzugehen. Berichte über derartiges Vorgehen der Behörden führen zwangsläufig zu teils erheblicher Verunsicherung in der Kollegenschaft und bereiten den Boden für Geschäftemacher und Abzocker.

An manchen Stellen sind die Aussagen des RKI nicht eindeutig. So zum Beispiel beim Thema Sterilgutassistentin oder in der Frage der so genannten Rückflussverhinderung. Letzteres ist besonders ärgerlich, da das RKI ursprünglich die Auffassung unseres Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung unterstützt hatte, wonach die in der Norm EN 1717 für zahnärztliche Behandlungseinheiten geforderten Rückflussverhinderungen nicht nur unnötig und damit überflüssig sind, sondern darüber hinaus sogar ein zusätzliches Gefahrenpotenzial im Hinblick auf Verkeimung der Wasser führenden Systeme in sich tragen.

„Wir müssen verhindern, dass fachlich kompetente Angehörige eines (noch) freien Berufsstandes immer mehr ersetzt werden durch pseudo-qualitätsgesicherte Behandlungsmarionetten, die mit Arbeits-, Dienst-, Betriebs- und sonstigen Anweisungen förmlich zugeschüttet werden.“

Wir als freier Berufsstand sollten mutig genug sein, auf Grund unseres Fachwissens eigene Interpretationen vorzunehmen. Achten wir darauf, uns und unsere qualifizierten Mitarbeiter nicht von dubiosen Geschäftemachern in die Ecke von Unwissenheit und fachlicher Inkompetenz drängen zu lassen. Obwohl sie es eigentlich nicht verdient haben, sollten wir diese zum Teil selbsternannten Experten vor sich selbst und den Folgen ihres Handelns schützen. Wir müssen verhindern, dass fachlich kompetente Angehörige eines (noch) freien Berufsstandes immer mehr ersetzt werden durch pseudo-qualitätsgesicherte Behandlungsmarionetten, die mit Arbeits-, Dienst-, Betriebs- und sonstigen Anweisungen förmlich zugeschütteten werden.

In diesem Sinne sollten wir nicht in den Chor derer eintreten, die voreilige Kritik an den zahnärztlichen Vertretern üben, die sich in teils zähem Ringen für die Belange der Zahnärzteschaft eingesetzt haben. Ergreifen wir vielmehr die Chance, die uns durch diese Kollegen eröffnet wurde. Wuchern wir mit diesem Pfund, auch und gerade im Bereich der Hygiene, und lassen wir uns unseren einstmals schönen Beruf nicht von zweifelhaften Kontrollorgien, die ihren Ursprung – und das möchte ich an dieser Stelle mit allem Nachdruck betonen – nicht im Robert Koch-Institut haben, vermiesen. Sozusagen als gelebter und nicht nur propagierter Patientenschutz.

Ich möchte mich bei allen Kollegen für die aktive Mitarbeit an der RKI-Empfehlung bedanken, insbesondere bei Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf, Dr. Dieter Buhtz, Berlin, und Dr. Richard Hilger, Kürten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Joachim Lüddecke

Vorsitzender des Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung der Bundeszahnärztekammer

Aufbruch zum Steinbruch

Die Stimmung in der deutschen Wirtschaft ist so gut wie im Boomjahr 2000. Unternehmer zeigen Mut zu Investitionen, Verbraucher Vertrauen trotz stagnierender Einkommen. Angela Merkel hat den Aufbruch geschafft – rein psychologisch betrachtet. Bei der Sanierung von Arbeitsmarkt und Haushalt verfolgen die beiden Volksparteien in der großen Koalition einige Ziele gemeinsam. Sozialminister Franz Müntefering hat die unvermeidliche Anhebung des Rentenalters ab 2012 beschleunigt. Gegen Widerstand aus der eigenen Partei zeigte er Mut zu einer unpopulären Reform vor den Landtagswahlen. Doch stehen konkrete Erfolge der neuen Regierung noch aus.

Offen bleibt, wohin die Reise geht. Neben Ulla Schmidt werden die Chefs der Fraktionen mitentscheiden. Volker Kauder sieht den Sektor als Wachstumsmarkt. Technischer Fortschritt soll für Patienten schneller nutzbar gemacht werden. Gleichzeitig müsse die Finanzierung von den Lohnkosten abgekoppelt werden.

Finanzpolitiker sehen die Krankenversicherung als einen Steinbruch, aus dem sie „Subventionen“ herausbrechen wollen. Der Bundeszuschuss für gesetzliche Krankenkassen von 4,2 Milliarden Euro soll ab 2007 wegfallen. Hinzu käme eine neue Last von 800 Millionen durch die um drei Prozent höhere Mehrwertsteuer für Arzneimittel. Die Summe entspricht einem Beitragspunkt. Dagegen spricht, dass der Fehler, den Staatshaushalt über die Sozialversicherung zu sanieren, bei der Finanzierung der Deutschen Einheit schon einmal gemacht wurde. Er gilt als wesentliche Ursache der Misere auf dem Arbeitsmarkt. Familienpolitiker der

Koalition wollen die bisher aus Beiträgen finanzierte Versicherung der Kinder künftig aus Steuermitteln begleichen. Das würde 14 Milliarden Euro pro Jahr kosten. Im Gegenzug wäre eine spürbare Senkung der Beiträge möglich. Bravo! Doch wie der Finanzminister das finanzieren soll, sagen sie nicht.

Ein heißes Eisen haben die Familienpolitiker in der Öffentlichkeit noch nicht angepackt: Wer soll künftig den Beitrag für nicht berufstätige, bisher mitversicherte Ehegatten bezahlen? Bei der Suche nach einer gerechten Lösung für unterschiedliche Familien und andere Partnerschaften kommt es auf die Summe der Lasten an. Kinderbetreuungskosten, Steuern und Sozialabgaben für nicht Berufstätige

und so genannte „Doppelverdiener“ müssen als Paket bewertet werden.

Aus Sicht der Krankenversicherung ist eine klare und sachgerechte Trennung zu wünschen. Der Ausgleich von Familienlasten sollte künftig möglichst transparent im Steuersystem geregelt werden.

Im Interessenkonflikt zwischen Finanz- und Familienpolitik sind auch Vorschläge, die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt für Ende März in Aussicht gestellt hat, am Ende als „Chefsache“ zu entscheiden. Die Schlagwörter „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitspauschale“ stehen sich dagegen nicht mehr wie Feuer und Wasser gegenüber. Das erleichtert die Zusammenarbeit im

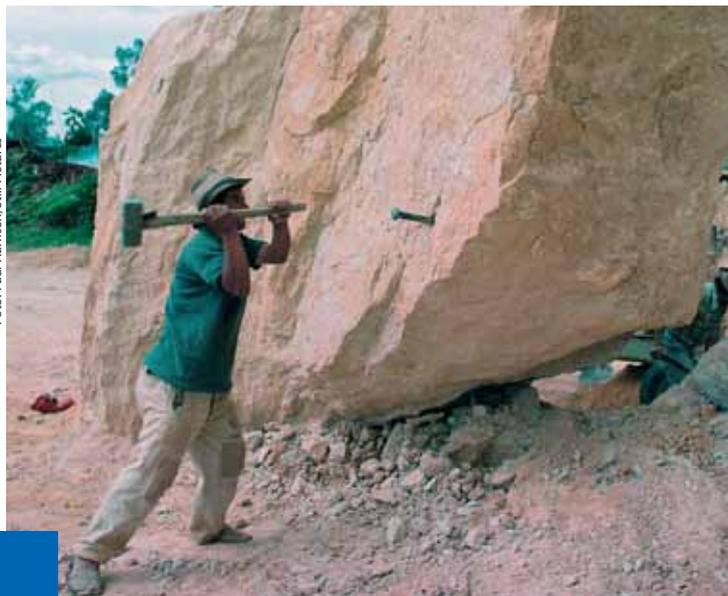


Foto: Paul Harrison/Still Pictures



Foto: privat

Im Konflikt mit Finanz- und Familienpolitik wird der Rahmen für die nächste Gesundheitsreform gesetzt. Das niederländische Modell zeigt einen Weg zum Kompromiss. Bleibt es beim Sparen ohne Fantasie oder schafft die Koalition den Aufbruch zu neuen Strukturen?
Martin Eberspächer,
Leiter der Abteilung
Wirtschaft und Soziales im
Bayerischen Rundfunk

schwarzen und roten Lager. Bei der Suche nach neuen Wegen kann der Blick zu den Nachbarn hilfreich sein. Besonderes Interesse findet das Reformmodell der Niederlande. Dort werden ein Arbeitgeberbeitrag von 6,5 Prozent des Einkommens und eine Pauschale von rund 1 000 Euro pro Person und Jahr erhoben.

Auf deutsche Verhältnisse übertragen wäre die gemischte Finanzierung durch sozial verträgliche Prämie und prozentuale Gesundheitssteuer vom Einkommen eine Variante, die den Koalitionspartnern entgegen kommt. Der Beitrag der Arbeitgeber könnte eingefroren, durch ein vereinfachtes Verfahren über die Finanzämter eingezogen und an die Krankenkassen weitergeleitet werden.

Offen bliebe die Frage der Zukunft privater Kassen. Als Vollversicherung für eine Minderheit passen sie nicht zu derartigen Modellen. Weil aber der Leistungs-

katalog bei der gesetzlichen Grundversorgung mit knappen Finanzen kaum zu halten wäre, könnte Spielraum für private Zusatzversicherungen entstehen – für spezielle Heilmethoden, Komfortleistungen und Innovationen. Durch private Zuzahlung ließe sich das Spektrum nach Wahl erweitern.

Mit vereinter Kraft können große Koalitionen große Probleme anpacken. Es besteht aber die Gefahr, dass faule Kompromisse geschlossen werden. Das müssen vor allem kleine Gruppen fürchten, die in den Volksparteien keine große Lobby haben: Zum Beispiel Selbständige und freie Berufe, die sich in eine neue Volksversicherung nicht ohne Weiteres einordnen lassen.

Thesen für das Gesundheitswesen

Wer selber zahlt, spart – durch Prophylaxe

Nachhaltigkeit muss her, sonst geht das Gesundheitssystem zugrunde. So lautet die Quintessenz aus dem Vortrag des Ökonomen Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen auf einer Veranstaltung der GenoGyn Rheinland am 7. Februar 2006 in der Universität zu Köln. Und der Referent stellte seinen Weg zu diesem Ziel gleich vor: Kostenerstattung mit Selbstbeteiligung.



Für Risiken, die der Versicherte beeinflussen kann, solle die GKV nicht länger die Kosten tragen, fordert Raffelhüschen am Beispiel Prophylaxe in der Zahnmedizin.

wartungen. Kostenerstattung mit Selbstbeteiligung halte er für die einzige Lösung aus dem Dilemma der fehlenden Nachhaltigkeit.

Raffelhüschen gab erst einmal Nachhilfe in Deutsch und Mathematik. „Vergangenheit“, „Gegenwart“ und „Zukunft“ – diese Grundbegriffe deutscher Grammatik würden bei gesundheitspolitischen Diskussionen derzeit beliebig gegeneinander ausgetauscht. „Demographische Turbulenzen werden auf uns zu kommen? Die sind schon da!“, und zwar hausgemacht von den heute kinderlosen (oder kinderarmen)

Mittdreißigern bis Endvierzigern. Und da ein Beitragszahler 22 Jahre bis zur vollen Leistungsreife brauche – sprich: bis er so viel einzahlt, dass er die Kosten anderer mitträgt – lasse sich diese Lücke nicht mehr schließen, auch nicht mit nachträglichem Aktionismus.

Die Berechnungen ergäben für 2044 einen klaren Überhang bei den 80-Jährigen. „Und wo lebt der Mensch länger? Im Zweifelsfall

Mit dem Motto „Gesundheitssystem in Deutschland am Abgrund! – Ist die Kostenerstattung eine Lösung?“ ihrer Info-Veranstaltung lockte die GenoGyn Rheinland zahlreiche Ärzte in die Aula der Kölner Universität, die sich von dem Ökonomen Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen eine Antwort darauf erhofften. Der Finanzwissenschaftler der Universitäten Freiburg und Bergen/Norwegen erfüllte die hoch gesteckten Er-

zm-Info

Pro Kostenerstattung

Dr. Jürgen Klinghammer, Vorstand der GenoGyn plädierte für eine praktikable, EU-konforme Kostenerstattung (KE), denn sie:

- führe zu nachhaltigem Bürokratieabbau bei Kassenärztlichen Vereinigungen,
- fördere fairen Wettbewerb unter den Krankenkassen und bei den Ärzten,
- stärke Eigenverantwortung der Patienten,
- ermögliche eine leistungsgerechte Bezahlung für ärztliche Leistungen,
- zeige Transparenz und Wirtschaftlichkeit der abgerechneten ärztlichen Leistungen,
- mache Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen überflüssig.

hinten im Leben! Und dort ist der Mensch am ehesten kränker!“, skizzierte Raffelhüschen eine düstere Perspektive für die nächsten 40 Jahre.

Raffelhüschen's Mathestunde räumte ebenfalls mit populären Irrtümern auf. Ein Versicherter koste in seinem Leben mehr als er einzahle, seine Rücklagen würden für ältere Jahrgänge zeitnah aufgebraucht. Fatalerweise falle bei den teuren Versicherten ab 60 Jahren zeitgleich die Einzahlung niedriger aus, weil sie dann häufiger anteiligen Lohnersatz erhalten als ihr Gehalt.

Der Haken mit dem Pilz

Ein weiterer Haken: „Von den teuren Älteren gibt es halt viel mehr als von den Geld bringenden Jungen“, kommentierte der Ökonom die völlig veränderte einstige Alterspyramide: Die ist mittlerweile zu einem Tannenbaum mit schlankem Stamm mutiert und werde bis 2032 eine Pilz- und 2044 eine Urnenform annehmen. Ein per se unterfinanzierter Generationenvertrag also, der aufgrund eines längst verzerrten Mengenverhältnisses von stützenden und fordernden Versicherten vor dem Abgrund stehe. Retten lasse sich dieser mit der Bür-

EU will Füllwerkstoff verbieten

Alarm wegen Amalgam

Der EP-Fachausschuss für Umweltfragen, Volksgesundheit und Lebensmittelsicherheit hat entschieden, Amalgam EU-weit zu verbieten. BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp hat deshalb die 13 deutschen Mitglieder aufgefordert, „sich dringend gegen ein generelles Verbot von Amalgam einzusetzen“.



Foto: zm

Mit seinem Brief folgt Weitkamp dem DGZMK-Präsidenten Prof. Dr. Georg Meyer, der in einem wissenschaftlichen Statement an die Ausschuss-Mitglieder darauf verweist, dass eine solche Entscheidung nach internationalem Stand der zahnärztlichen Wis-

senschaft „absolut nicht nachvollziehbar“ sei.

Der BZÄK-Präsident bezieht sich auf die von Meyer geäußerten Bedenken, wonach es unter anderem „entgegen anderslautenden Behauptungen immer noch nicht gelungen“ ist, „einen plastischen Füllwerkstoff zu entwickeln, der in der Lage ist, Amalgam vollständig und in allen Bereichen zu ersetzen“. Er weist außerdem hin auf die strengen Bestimmungen zum Umweltschutz, nach denen die Installation so genannter Amalgam-Abscheider seit gut zehn Jahren in deutschen Zahnarztpraxen Pflicht geworden ist.

Neben der Verpflichtung für die Umwelt müsse man auch der Verantwortung für die Zahngesundheit der Bevölkerung gerecht werden. Weitkamp: „Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann dies nur eine Ablehnung eines generellen Amalgam-Verbots bedeuten.“ ck/BZÄK

Ärzte-Echo zu Schmidts Plänen

Unerfüllbare Auflagen an KVen

Die Ärzte haben Pläne von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) begrüßt, Medizinern die Anstellung von Kollegen in ihren Praxen zu ermöglichen. Sie warnten aber vor einer Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), wertete es als positiv, wenn Ärzte künftig ihren Beruf ohne größere Investitionen in eine Praxis ausüben könnten. Er zeigte sich im Deutschlandradio Kultur zudem offen dafür, dass Ärzte künftig wohl an mehreren

Orten Praxen unterhalten dürfen.

Der Vorsitzende des Hartmannbundes Kuno Winn erklärte, nach der Planung sei es möglich, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, aber die Vergütung ärztlicher Leistung an den Selbstverwaltungsorganen vorbeizuregeln, sei ein Schritt in Richtung Staatsmedizin. Hoppe kritisierte, die KVen sollten entmachtet werden. Ihnen würden Vorschriften gemacht, „mit denen sie gar nicht fertig werden können“. pit/dpa

Deutsch-Schweizer Abkommen

Über die Grenze hinweg

Deutschland und die Schweiz haben die letzten Hindernisse, die einer verstärkten Zusammenarbeit im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung noch im Wege standen, ausgeräumt. Nach den jüngsten Gesprächen Mitte Februar in Bern

Foto: Wenger/swissworld



erklärte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Marion Caspers-Merk, die Bundesregierung wolle eine entsprechende Gesetzesänderung vornehmen, um die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Schweiz analog zu der heutigen EU-Regelung zu erleichtern (Paragraf 140e und 13 (Absatz 4 und 5) im SGB V).

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung könnten dann Leistungserbringer in der

Schweiz ebenso in Anspruch nehmen wie heute in der EU und im Europäischen Wirtschaftsraum. Die Schweiz würde damit rechtlich insoweit den 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie den drei Unterzeichnerstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum – Norwegen, Island und Lichtenstein – gleichgestellt. Die Schweiz wird im Gegenzug das Territorialprinzip in ihrem Krankenversicherungsrecht lockern. pit/pm

Kassenchef gegen weitere Entlastung von Arbeitgebern

Weg vom Katastrophengedanken

Gegen eine weitere Entlastung der Arbeitgeber bei den Krankenversicherungskosten hat sich der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse, Norbert Klusen, gewandt. „Der Arbeitgeber ist ständig entlastet worden, und weiter sind Arbeitsplätze gestrichen worden“, sagte er in einem dpa-Gespräch in Kassel. Lohnnebenkosten zu senken sei generell richtig, habe die bisherige Entlastung der Wirtschaft keine neuen Jobs gebracht, warum also die Menschen zusätzlich belasten? Statt ein Sparvorhaben nach dem an-

deren aufzulegen, gelte es, „sich um eine marktwirtschaftlichere Gestaltung zu kümmern“, sagte der Kassenchef und plädierte für mehr Vertagsfreiheiten zum Beispiel mit Krankenhäusern. Und moderne Medizintechnik müsse überholte Verfahren mehr ersetzen als ergänzen. „Wenn man moderne Medizin mit ihrem Fortschritt will, muss man akzeptieren, dass das Geld kostet“, sagte Klusen. Das gehe aber nicht, „wenn eine Beitragserhöhung in den Rang einer nationalen Katastrophe gestellt wird.“ pit/dpa

Kassen-Fusionen

Kritik von der SPD

Der Bundesrat will die Zusammenschlüsse gesetzlicher Krankenkassen erschweren. Der Antrag für ein entsprechendes Gesetz der Länder Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Sachsen pasierte mit Unionsmehrheit den Rat.

Die Länder fordern erheblich mehr Befugnisse bei Kassenfusionen. Länderübergreifende Zusammenschlüsse sollen nur noch mit entsprechenden Staatsverträgen zwischen den beteiligten Ländern erfolgen können. Fusionswillige Kassen sollten detailliert Einschätzungen der Auswirkungen auf die Beitragszahler er-

möglichen. Die Länder wollen vermeiden, dass es nur noch wenige Großkassen gibt.

Kritik an dem Vorstoß kam von der SPD. Das Bundesgesundheitsministerium bekräftigte frühere Aussagen von Ministerin Ulla Schmidt (SDP), nach der die Zahl der Kassen in Deutschland zu hoch sei.

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen wies darauf hin, dass die Zahl der Kassen seit dem Beschluss der Freiheit der Kassenwahl 1994 bereits von 1146 auf 253 zurückgegangen sei. Darunter sind mehr als 200 Betriebskrankenkassen.

pit/dpa

Zweithirn für Fusionen

Kassen-Fusionen über Landesgrenzen sollen her. Damit ihre Zahl schmilzt! Elefantenhochzeiten als Wunderheilmittel gegen hohe Kosten im Konzern hatte die freie Wirtschaft schon Ende der 90er entdeckt – und inzwischen zu großen Teilen diese Einschätzung wieder revidiert. Nicht erst, seit der Zusammenschluss von Mercedes Benz und Chrysler auch dem letzten Fan obligatorische Verschmelzungsprobleme drastisch vor Augen führte.

Der Einspruch der Länder wirkt berechtigt, befürchten sie doch starre Kassengiganten, falls sich zum Beispiel die 200 Betriebskrankenkassen künftig auf drei, vier zentrale konzentrierten oder sich etwa Techniker und Kauf-

männische mit Innungskassen liefern. Wie soll bei solchen Monstern der Kopf noch wissen, wohin der Schwanz gerade wedelt, und das geforderte Gleichgewicht zwischen Leistungen und Beitragssätzen halten.

Dinosaurier brauchten dafür ja wohl extra ein Zweithirn. Aber das scheint in der Tat wieder in Mode zu kommen, das Bundesministerium für Gesundheit macht es vor: Ulla vorne denkt, Horst hinten lenkt – dagegen ... Aber: Bei einer solchen (Dys-)Koordination wird die Zahl der Kassen bestimmt schmelzen! Denn seit wann schützt das Nachahmen schlechter Mode vor dem Aussterben?

Marion Pitzken

Über zwei Millionen DMP-Patienten

Mehr Chronikerprogramme

2005 nahmen über zwei Millionen chronisch Kranke an einem qualitätsgesicherten strukturierten Behandlungsprogramm (Dis-



Foto: Eye Wire

ease Management Programm, kurz DMP) teil, teilte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit.

6 000 Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs und koronare Herzkrankheit sind zugelassen. Für zwei weitere Krankheiten –

Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen – sind die Zulassungsvoraussetzungen in Rechtsverordnungen bereits festgelegt; die Kassen wollen die Programme in Kürze anbieten.

Ulla Schmidt hält laut BMG die Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung nach eigenen Angaben für „ein wichtiges Ziel meiner Gesundheitspolitik. Besonders bei chronischen

Erkrankungen ist es wichtig, dass die Betroffenen eine Behandlung erhalten, die gut abgestimmt ist und dem neuesten Stand der Medizin entspricht.“ Sie begrüße, dass sich die DMPs „zum festen Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Versorgung entwickelt haben“. pit/pm

Bundeszahnärztekammer

Hintergrundgespräch mit Kauder

Aufschlussreich war ein Termin des Präsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, mit dem CDU/CSU-Fraktionsvorsitzenden, Volker Kauder. Kauder, der zu dem Gespräch auch die gesundheitspolitische Sprecherin, Annette Widmann-Mauz, sowie den stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden, Wolfgang Zöllner, geladen hatte, konnte einige der größten Bedenken über den anstehenden Gesundheits-Kompromiss ausräumen. Obwohl für die Inhalte der Unterredung Vertraulichkeit vereinbart wurde, konnte der BZÄK-Präsident in drei zentralen Punkten positive Ergebnisse verkünden: 1. Die Union will das gegliederte Sys-

tem von PKV und GKV (für PKV als Vollversicherer) erhalten. 2. Die Differenzierung zwischen den Gebührenordnungen von GKV und PKV soll beibehalten werden. 3. Bei einem Gesetzgebungsverfahren soll nicht nur die Einnahmenseite, sondern auch die Ausgabenseite reformiert werden. Als Resümee stellte der BZÄK-Präsident fest: „Herr Kauder hinterließ einen sehr selbstbewussten und entschlossenen Eindruck, so dass ich überzeugt davon bin, dass er sich nicht so leicht wird umstimmen lassen. Wir können für den Berufsstand festhalten, dass wir unsere Strategie im Hinblick auf die GOZ nicht zu verändern brauchen.“ BZÄK



Restauration einer Silbermann-Orgel in Freiberg

Aufruf zur Unterstützung

Für viele Musikliebhaber aus aller Welt ist die Silbermann-Orgel der Petrikirche in Freiberg (Sachsen) ein Begriff und „die“ Bachorgel schlechthin. Das Instrument ist vom berühmten Orgelbaumeister Gottfried Silbermann (1683 - 1753) erbaut und 1735 zum Reformationsfest geweiht worden. Das Konzept entspricht der spätbarocken Vorliebe für einen monumentalen, pompösen Klang. Zur gleichen Zeit baute Silbermann auch die Orgel der Dresdner Frauenkirche.

Das Werk von hohem Kulturwert ist aber dringend restaurierungsbedürftig. Eine Rekonstruktion des Originalzustandes nach dem derzeitigen Kenntnisstand wird angestrebt, gerechnet wird mit Kosten in Höhe von rund

400 000 Euro, die maßgeblich auch von (privaten) Spenden getragen werden sollen. Es ist geplant, dass die Orgel im Jahre 2007 in die Gestaltung der Silbermann-Tage und des Bach-Festes mit einbezogen wird.

Manfred Lohmann, Zahnarzt aus Freiberg, engagiert sich für den Erhalt der Orgel und bittet die Kollegenschaft um Unterstützung. pr

■ Bankverbindung: KSK Freiberg, BLZ: 87052000, Konto: 3140000552, Verwendungszweck (bitte unbedingt angeben): Silbermannorgel Petrikirche, zm. Notwendig ist die Angabe einer Adresse, an die die Spendenquittung gehen soll.

Manfred Lohmann steht gern für Rückfragen und Auskünfte zur Verfügung: Tel. (Praxis): 03731/31639. E-Mail: lohmann@klick-auf-freiberg.de

GRPG will mehr Austausch

Preis fördert Auseinandersetzung

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat zum 10. Mal ihren Wissenschaftspreis verliehen. In Hamburg wurden Dr. Markus M. Grabka für seine Arbeit „Alternatives Finanzierungsmodell einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimu-

lationsstudie“ und Dr. Jens Andreas Sickor für seine Arbeit „Normenhierarchie im Arztrecht“ ausgezeichnet. Der von Pharmafirmen gesponserte Preis ist mit 5 000 Euro dotiert. Die GRPG fördert mit ihm den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung im Bereich Gesundheits- und Sozialrecht. pit/pm

EU-Förderung

Medizinthemen in TV und Radio

Die Europäische Kommission will insgesamt 1,4 Millionen Euro bereitstellen, um die Ausstrahlung von Fernsehdokumentationen und Hörfunksendungen zu Gesundheitsthemen in ganz Europa zu fördern. Die Mittel stammen aus dem Aktionsprogramm für öffentliche Gesundheit. Das multimediale Netzwerk wird von der Union der Europäischen Rundfunkorganisationen (UER) verwaltet. Einziges deutsches Mitglied ist bisher die ARD. Laut EU-Kommission ist das Ziel des Projekts, über Aspekte der öffentlichen Gesundheit zu informieren, die nicht nur für einzelne Länder, sondern für ganz Europa relevant sind. Darunter fällt beispielsweise die Zunahme von Fettleibigkeit oder Diabetes.

ck/ÄZ

Ski-Worldcup der Mediziner

Ab auf die Piste

Slalom, Riesentorlauf und Super G – Das sind die drei Disziplinen, in denen sich Mediziner und Pharmazeuten bei ihrer 33. Ski-Weltmeisterschaft messen können. Die Wettkämpfe werden vom 22. bis 25. März im österreichischen Schladming ausgetragen. Anmeldungen sind noch bis zum 20. März möglich.

sth/pm

■ Weitere Infos unter www.med-skiworldcup.com.



Foto: MfV

Ärztepräsident Hoppe

Mehr Vorsorge an den Schulen

Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen an Schulen fordert der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Als Vorbild könne die verpflichtende Karies-Prophylaxe dienen. „Nur wenn wir die Kinder in Schulen und Kindertagesstätten regelmäßig untersuchen können, werden wir auch frühzeitig Vernachlässigungen und Missbrauch erkennen. Dazu brauchen wir aber einen funktionierenden Gesundheitsdienst, der ausreichend öffentliche Mittel erhält“, so der BÄK-Chef. Darüber hinaus seien Anreizsysteme nötig, um vor allem Kinder aus so genannten Risikofamilien für die Untersuchung zu gewinnen. Hoppe: „Der Vorschlag des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, die Zahlung des Kindergeldes an eine regelmäßige Vorsorgebetreuung der Kinder zu knüpfen, findet unsere Zustimmung.“ Ein unmittelbarer Zwang zur ärztlichen Untersuchung sei dagegen aus rechtlichen Gründen fragwürdig.

ck/pm

Skilanglauf-Weltmeisterschaft

Ein Traum in weiß

Ein traumhaftes Ergebnis erzielte die Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgin Barbara Alber bei der elften Weltmeisterschaft im Skilanglauf für Ärzte und Apotheker. In der mittleren Altersklasse der Frauen (31 bis 36 Jahre) kam die Schwäbin in der Disziplin freie Technik als erste ins Ziel. Sie legte die 50 Kilometer in zwei Stunden und vierzig Minuten zurück und sicherte sich auch den Gesamtsieg.

sth/pm

Geburtsfehler**Weltweit ist jedes 17. Kind betroffen**

Acht Millionen Neugeborene pro Jahr kommen einer neuen Studie zufolge mit Geburtsfehlern zur Welt. Das entspricht einem Anteil von sechs Prozent aller Geburten weltweit, heißt es im aktuell veröffentlichten Bericht der Hilfsorganisation „March of Dimes“. Ihren Untersuchungen zufolge erreichen mindestens 3,3 Millionen der acht Millionen Kinder das fünfte Lebensjahr nicht. Weitere 3,2



Foto: ImageSource

Millionen bleiben zwar am Leben, sind aber lebenslang geistig und körperlich behindert. Dazu kommen dem Bericht zufolge hunderttausende Neugeborene, die durch äußere Einflüsse während der Schwangerschaft teils schwer geschädigt werden. Die meisten von ihnen leiden unter dem Alkohol- sowie Nikotinkonsum ihrer Mutter, andere etwa unter den Erregern von Syphilis und Röteln (Rubella). Mit einfachen Mitteln ließe sich ein großer Teil der Geburtsfehler vermeiden, betont die Organisation. Die neue Untersuchung stützt sich auf Daten aus 193 Ländern und berücksichtigt Krankheiten, die auf Mutationen einzelner Gene beruhen sowie

auf Chromosomenschäden und körperlichen Fehlbildungen. Von ihnen sind ärmere Länder weitestgehend stärker betroffen als Industriestaaten. So kommen in den ärmsten Ländern bis zu 82 von 1000 lebend geborenen Babys mit schweren Erbschäden zur Welt, in reicheren Regionen dagegen lediglich etwa 39,7 pro 1000. Als Gründe nennt der Bericht unter anderem, dass Frauen in den ärmeren Ländern häufig noch im fortgeschrittenen Alter Nachwuchs bekommen, und dass der Vater öfter ein Blutsverwandter ist. In Ländern des so genannten Malaria-Gürtels leben außerdem viele Menschen mit einem Gen im Erbgut, das ihnen einen gewissen Schutz vor Malaria bietet, sie dafür aber für

eine Blutarmut wie die Sichelzellanämie oder die Thalassämie prädestiniert. Wenn beide Elternteile Träger dieses Gens sind, liegt das Risiko ihres Kindes bei etwa 25 Prozent, an einem Folgeleiden zu erkranken. Allerdings könnten werdende Mütter Schädigungen ihrer Babys mit oftmals einfachen Mitteln weitgehend verhindern. So schütze etwa die zusätzliche Gabe von Folsäure vor Neuralrohrdefekten wie dem so genannten offenen Rücken. Als Vorbeugung gegen eine angeborene Schilddrüsenunterfunktion helfe jodiertes Salz. Die Autoren empfehlen außerdem vor Beginn der Schwangerschaft eine abgeschlossene Impfung gegen Röteln. sp/dpa

Bedroht und verfolgt**Psychiaterinnen häufig Stalking-Opfer**

Stalking als pathologische Verhaltensweise gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Wegen der vielfältigen psychischen Störungen ihrer Patienten scheinen Psychiater(innen) besonders gefährdet, Stalking-Opfer zu werden. Eine Untersuchung aus den USA zeigte, dass 92 Prozent der in der Psychiatrie tätigen Personen schon einmal verbal bedroht, 64 Prozent tödlich angegriffen worden waren. Eine Kasuistik aus der psychiatrischen Klinik der LMU machte deutlich, dass Stalking im Rahmen paranoider Schizophrenien auftreten kann. Als Teil dieser Erkrankung kam es bei einem 33-jährigen Patienten, möglicherweise durch die als romantisches Interesse fehlgedeutete therapeutische Zuneigung und Empathie, zur Ausbildung eines so genannten Liebeswahns. Er war überzeugt,

dass die behandelnde Ärztin „etwas von ihm wolle“. Er schrieb ihr wiederholt Briefe mit seinen ausführlichen sexuellen Fantasien, machte ihr Geschenke und versuchte, sie immer wieder in der Klinik zu treffen.



Foto: pp

Erst nach mehreren Interventionen und Planung einer realistischen Zukunftsperspektive hörten seine Belästigungen auf. Forciert wird Stalking-Verhalten durch Einsamkeit, soziales Versagen und Mangel an anderen Bezugspersonen, die bei psychiatrischen Erkrankungen häufig sind und auch bei diesem Patienten auftraten.

sp/pd

Internationale Studie belegt**Pflanzenproteine senken Blutdruck**

Foto: pp

Niedriger Blutdruck ist mit einem hohen Anteil an Pflanzenproteinen in der Ernährung assoziiert. Das geht aus der Querschnittstudie INTERMAP hervor (Arch Intern Med 166, 2006, 79). Die Analyse ergab, dass der systolische

Blutdruck um etwa 2,7 mmHg niedriger lag, wenn der Kilokalorienanteil aus pflanzlichen Proteinen um 2,8 Prozent stieg. Der diastolische Wert sank dabei um 1,67 mmHg. Wurden Körpergröße und -gewicht berücksichtigt, lagen die Werte um 1,95 mmHg und 1,22 mmHg niedriger. An der Studie waren 4700 Normotoniker zwischen 40 und 59 Jahren in Großbritannien, USA, China und Japan beteiligt, schreibt die Ärzte-Zeitung. sth

Herzfrequenz bei Belastung

Infarkt Tod vorhersagen

Veränderungen der Herzfrequenz während körperlicher Belastung und Erholung hängen von der Balance der sympathischen und vagalen Aktivität ab. Nun fand man, dass bei klinisch Herzgesunden das Frequenzmuster vor, während und nach Belastung ein Prädiktor des plötzlichen Todes durch Herzinfarkt ist, wie jetzt die Praxis-Depesche schreibt. Eine Imbalance des autonomen Nervensystems (relative oder absolute Abnahme der vagalen Aktivität oder Zunahme der sympathischen) ist mit erhöhtem Risiko von Herzbeziehungsweise Arrhythmietod assoziiert. Studien mit diversen

Parametern der autonomen Funktion fanden aber bisher nur bei Personen mit bekannter Herzerkrankung statt. Nun wurden 5 713 asymptomatische Pariser Beamte von 42 bis 53 Jahren untersucht. Ausgeschlossen wurden a priori unter anderem Männer mit V. a. Herzerkrankung und verändertem Ruhe-EKG sowie nach dem Test diejenigen mit Ischämie-Zeichen oder eingeschränkter chronotroper Response (Nichterreichen von 80 Prozent der erwarteten Maximalfrequenz). Belastet wurde (so weit wie möglich) zwei Minuten mit 82 Watt, sechs Minuten mit 164 Watt und zwei Minuten



Foto: pp

mit 191 Watt. Während 23 Jahren Nachbeobachtung verstarben 81 Männer plötzlich.

Probanden mit einer Ruhefrequenz über 75/Minute hatten ein fast vierfach erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Tod durch Infarkt (in der ersten Stunde nach Symptom-Beginn). blieb der Frequenzanstieg während der Belastung unter 89/Minute, war das Risiko etwa sechsfach erhöht. Sank die Frequenz nach Belastung um weniger als 25/Mi-

nute, fand sich eine zirka zweifache Erhöhung. Nach Korrektur um diverse Faktoren waren die Assoziationen mit plötzlichem Tod weiterhin stark ausgeprägt, die mit der Gesamtmortalität mäßig, aber signifikant.

Kein Zusammenhang bestand mit dem Risiko, ohne plötzlichen Tod an einem Herzinfarkt zu versterben. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die veränderten Frequenzprofile direkt mit einer besonderen Arrhythmie-Neigung zusammenhängen. Dabei spielten eine verminderte Fähigkeit, nicht nur die Vagus-, sondern auch die Sympathikus-Aktivität zu steigern, eine Rolle. Risikopatienten ist regelmäßiges körperliches Training zu empfehlen. sp/pd

Sjögren-Syndrom

Die Hornhaut feucht halten

Bei der beim Sjögren-Syndrom auftretenden Keratoconjunctivitis sicca sind Tränendrüse und Bindehaut entzündlich infiltriert. Es kommt zu Hornhautkomplikationen bis hin zum Visusverlust. Die Lebensqualität ist beträchtlich eingeschränkt. Da es keine kausale Therapie gibt, können die „trockenen Augen“ nur mit symptomatischen Maßnahmen behandelt werden, wie die Praxis-Depesche schreibt. Neben der Beseitigung von Lidfehlstellungen, Störfaktoren, wie trockene Luft oder Bildschirmarbeit, sowie Absetzen bestimmter Medikamente ist die Applikation künstli-



Foto: pp

cher Tränen erste und wichtigste medikamentöse Therapie. Dazu steht eine Vielzahl von Tränenersatzpräparaten mit verschiedenen Filmbildnern zur Verfügung. Bei häufiger Anwendung müssen dabei unkonservierte Produkte angewendet werden. Wegen der günstigen Zusammensetzung hat sich auch autologes Serum bewährt. Zusätzlich können die Symptome durch lokale Steroide, lokales Ciclosporin oder Pilocarpin gemildert werden. Da neben der entzündlichen Komponente auch neuronale und hormonale

Störungen bei der Pathogenese eine Rolle spielen sollen, sind zur kausalen Therapie des trockenen Auges lokale Androgene, Sekretoga und Interferon α in klinischer Erprobung. sp/pd

Flugangst

Weitere Phobien wahrscheinlich

Jeder zehnte Teilnehmer von Flugangst-Seminaren ist oder war aufgrund einer Angststörung bereits in psychotherapeutischer Behandlung. Das ist das Ergebnis einer Studie des Deutschen Flugangst-Zentrums in Nieder-Wiesen. Die meisten Patienten litten an Agora- oder Klaustrophobie. sth/ÄZ

Einstiegsdroge Cannabis

Sechsfach höheres Suchtrisiko

Jugendliche, die Cannabis rauchen, haben ein sechsfach höheres Risiko, später zu harten Drogen zu greifen. Das haben Wissenschaftler der Universität in Amsterdam nachgewiesen (BMJ 332, 2006, 197). Dem Ergebnis liegen Daten einer laufenden Zwillingstudie mit über 6000 Teilnehmern zugrunde. Darunter haben sie 219 gleichgeschlechtliche Paare ausfindig gemacht, von denen einer vor seinem 18. Lebensjahr Cannabis geraucht hat. Aus dieser Gruppe nahmen später 6,4 Prozent regelmäßig Ecstasy und 5,1 Prozent harte Drogen. sth/ÄZ

Klausurtagung der BZÄK in Brüssel

EU-Wirren um Binnenmarkt für Gesundheit

Die EU-Richtlinien zur Berufsqualifikation und zur freien Dienstleistung sind aktuelle Beispiele für Brüssels Einflüsse auf die nationalen Gesundheits-„Märkte“ der EU-Mitglieder. Für Deutschlands Heilberufe sind die Folgen – trotz Subsidiaritätsgebot – erheblich. Mit dicht bepacktem Terminkalender führte der Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) am 7. und 8. Februar in der EU-Politik-Metropole mit Politikern, Botschaftern, Kommissionsbeamten und Lobbyisten eine Reihe intensiver Gespräche zu diesen aktuellen Themen.



Fotos: M. van Driel

Im Diskurs zur Dienstleistungsrichtlinie: RA Arno Metzler (BFB), Frank Wetzel (BRD-Vertretung), Dr. Thomas Ulmer (EVP/CDU), Hajo Friedrich (Mod.), Dr. Margot Fröhlinger (Kommission) ...

Klausurtagung in Brüssel – und das eine Woche vor erster Lesung der politisch hart umkämpften EU-Dienstleistungsrichtlinie im Europa-Parlament. Insbesondere die noch offenen Fragen um die Konsequenzen für die 454 Millionen EU-Bürger und die Beschäftigten im Gesundheits-„Markt“ – jeder zehnte in der Union Erwerbstätige arbeitet im Bereich Gesundheit und Soziales – waren Hauptthema der mit Gesprächsterminen dicht bepackten zwei Tage der BZÄK in Europas Richtlinien-Schmiede.

„Die Heilberufe in Deutschland sind gut beraten, ihren Blick auf Brüssel zu richten“,

kommentierte Bundeskammer-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp in seiner Begrüßung der Länderpräsidenten im Brüsseler Büro die aktuelle Lage. Gleichzeitig verwies er auf die kontinuierliche Arbeit des Brüsseler Büros der BZÄK seit 1993. „A & O“ der unter Leitung von BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels agierenden Brüsseler Vertretung sei es, so BZÄK-Vertreterin Claudia Ritter, „Kräfte zu bündeln und strategische Allianzen zu bilden“. Nur auf diese Art könne man sich bei den rund 25 000 Beamten und über 700 EU-Abgeordneten erfolgreich Gehör verschaffen.

So geschehen bei den Beratungen zu den jüngsten für das Gesundheitswesen folgenreicheren Projekten, der Berufsanerkennungsrichtlinie und der jetzt im gesetzgeberischen Endspurt befindlichen Dienstleistungsrichtlinie. Hier galt es, die Implikationen für Zahnärzte und Patienten zu verdeutlichen – beispielsweise die Nachteile für die Qualität und die Kostenstruktur zahnmedizinischer Versorgung in den nach wie vor abgeschotteten nationalen Versorgungsstrukturen.

Schranken abbauen

Eine kritische Bilanz zur Entwicklung des europäischen Gesundheitswesens zog der EU-Journalist Hajo Friedrich auf der Klausurtagung in seiner einführenden Moderation zu einer „Fachdiskussion über die Dynamik des EU-Binnenmarktes für Gesundheitsdienstleistungen“. Letztlich seien, so Friedrich in der Vertretung des Freistaates Bayern bei der EU, die durch gesellschaftliche Überalterung zu erwartenden Probleme im Gesundheitswesen ein in den westeuropäischen Industriestaaten durchgängig existentes Problem. Und: Im Gesundheitsbereich existiere ein zunehmend harter Wettbewerb um Nachwuchskräfte, der grenzüberschreitende Dienstleistungsverkehr im Gesundheitssektor sei für einige EU-Nationen, zum Beispiel die Bundesrepublik, bereits Alltagsrealität. Auch die Bürger selbst sähen die EU als wichtigen Ansprechpartner für Gesundheitsthemen: Zehn Prozent aller im EU-Bereich anstehenden Fragen betreffen schon heute, so die Zahlen der Euro-Info-Verbraucherzentrale Kehl in Straßburg, den Bereich Gesundheit.

Entsprechend umfangreich ist die Liste der gesundheitspezifischen Themen auch im Europäischen Parlament, betonte Dr. med. Thomas Ulmer (EVP/CDU), einer der wenigen Ärzte im Straßburger Parlament, in der Podiumsdiskussion: Prävention, Arbeitsschutz und -sicherheit, Maßnahmen gegen Adipositas oder Alkoholismus, aber auch die



... Dr. Heinz Koller (Vertretung des Freistaates Bayern bei der EU), Renate Lürssen, Leiterin der Arbeitsgruppe Gesundheitspolitik der deutschen Ländervertretungen in Brüssel, Bundeszahnärztekammer-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (v.l.n.r.).



Kritische Beobachter der Fachdiskussion zu den EU-Richtlinien: Mitglieder aus Vorstand, Ausschüssen und Verwaltung der Bundeszahnärztekammer

Schaffung eines Weißbuches, das die Wirtschaftlichkeit und Effizienz der subsidiär gestalteten Systeme vergleicht, sind Gegenstand der parlamentarischen Debatten. Ein besonders wichtiger nächster Schritt sei es, eine gemeinsame Preisbildung bei Arzneimitteln zu erreichen.



Dr. Franz Terwey (Verband der Europäischen Sozialversicherer) im Gespräch mit Korrespondentin Petra Spielberg und BZÄK-Präsident Dr. Dr. Weitkamp (v.l.n.r.)

Aktuell wohl wichtigstes Unterfangen war auf der Brüsseler Klausurtagung aber die für den 14. und 16. Februar angesetzte erste Lesung und Diskussion der Dienstleistungsrichtlinie. Ziel dieser von der EU-Kommission erarbeiteten Maßgabe ist, dass Dienstleistungen in der EU auf Basis einheitlicher Mindeststandards angeboten werden. Verbraucher und Patienten sollen Dienste auch jenseits nationaler Grenzen im gemeinsamen Binnenmarkt leichter in Anspruch neh-



In der EU-Vertretung Deutschlands: BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Sprekels, Botschafter Dr. Schönfelder, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Weitkamp (v.l.n.r.)

men können. Damit würde, so die Argumentation der Europäischen Kommission, die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in Sachen Patientenmobilität und Kostenerstattung auf rechtssichere Füße gestellt. Dr. Margot Fröhlinger, bei der Kommission zuständig für die Dienstleistungsrichtlinie: „Hier gilt es, noch vorhandene Schranken abzubauen.“

Herkunft oder Bestimmung

Aber sollte das Gesundheitswesen Bestandteil der Richtlinie bleiben? Die Diskussions Teilnehmer hatten ihre – vom EU-Parlament letztlich auch bestätigten – Zweifel. Frank Wetzel von der Ständigen Vertretung Deutschlands bei der EU in Brüssel warnte vor falschen Kompromissen. Man könne nicht nur über Ausnahmen reden, schließlich gebe es den gemeinsamen Dienstleistungsmarkt. Scheitere die Union in dieser Frage, dann erweise sie sich „als partiell handlungsunfähig“.

Arno Metzler vom Bundesverband der Freien Berufe (BFB) versicherte, dass nach Beseitigung der Unsicherheiten in der Berufsqualifikationsrichtlinie, die inzwischen nicht mehr das Herkunftslandprinzip zur Maßgabe für die Berufsausübung mache, andere Voraussetzungen für den gemeinsamen Dienstleistungsmarkt geschaffen wurden. Da nach derzeitigem Diskussionsstand das EU-Parlament für die Herausnahme von Gesundheitsleistungen aus der Dienstleistungsrichtlinie plädiere, sei aus Sicht der Freiberufler eine weitere Initiative erforderlich, die einen gemeinsamen Markt für Gesundheitsleistungen in der EU ermöglicht.

Für eine weit moderatere Vorgehensweise sprach sich hingegen der Direktor des Europäischen Sozialversicherungsverbandes, Dr. Franz Terwey, aus. Seit der Ausweitung der EU-Mitglieder um zehn weitere Staaten entwickelten sich derzeit die nationalen Sozialsysteme eher auseinander. „Die Zeit ist noch nicht reif“, argumentierte Terwey in seinem Plädoyer gegen einen gemeinsamen Gesundheitsmarkt. Komme es zur

Der Richtlinien-Kompromiss

Ähnlich wie die EU-Berufsqualifikationsrichtlinie wird auch die jetzt im Gesetzgebungsverfahren befindliche Dienstleistungsrichtlinie sehr divers diskutiert. Was bleibt nach dem Marsch durch die EU-Instanzen? Letztlich haben die massiven Widerstände unterschiedlicher Prägung eine große Kompromissbereitschaft – zumindest im EU-Parlament – bewirkt und dazu beigetragen, dass nach erster Lesung der gesamte Bereich Gesundheit aus der Richtlinie herausgenommen wurde. Immer deutlicher wurde im Laufe der Parlamentsdebatte, dass das Herkunftslandprinzip – lange Zeit der Grund für eine Ablehnung der Richtlinie durch die Bundeszahnärztekammer – auch von den EU-Politikern abgelehnt wird. Letztlich wurde es (das Herkunftslandprinzip) ersatzlos aus der Richtlinie gestrichen. Jeder Dienstleistungserbringer, der in einem Mitgliedstaat niedergelassen ist, soll künftig seinen Beruf in allen anderen EU-Ländern ausüben können. Dabei muss er sich aber an die jeweiligen nationalen Regeln halten. Diese dürfen allerdings nicht diskriminierend sein und keine unverhältnismäßigen Einschränkungen der Dienstleistungsfreiheit vorsehen. mn



Fotos: M. van Driel

Austausch zur aktuellen Lage in Brüssel und Straßburg: MdEP Dr. Klaus-Heiner Lehne und Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (v.l.n.r.)

Schaffung einer eigens auf das Gesundheitswesen abzustimmenden sektoralen Richtlinie, müsse es darum gehen, die nationalen Systeme zu erhalten.

Deutschlands Zahnärzteschaft, so betonte BZÄK-Präsident Weitkamp, habe hingegen kein Verständnis dafür, dass die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes zur freizügigen Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen innerhalb der EU mit der Dienstleistungsrichtlinie nicht umgesetzt werde. Auch BZÄK-Vizepräsident Sprekels beklagte sich über die Verunsicherung, dass der Entwurf der Kommission – anders als in der Berufsqualifikationsrichtlinie – ursprünglich das Herkunftslandprinzip als Maßgabe für grenzüberschreitende Dienstleistungen angesetzt habe. Diese Vorgehensweise war, so Sprekels, für Ärzte- und Zahnärzteschaft nicht akzeptabel und habe zur ablehnenden Haltung der deutschen Zahnärzteschaft geführt. Sprekels: „Wir wollen in der Richtlinie drinbleiben – aber ohne Herkunftslandprinzip.“

Nicht wie im Supermarkt

Dass die EU-Erweiterung nicht nur im Bereich der Abstimmung von Binnenmarkt-richtlinien den Einigungsprozess schwierig gestaltet, bestätigte auch der Botschafter der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU, Dr. Wilhelm Schönfelder. Die EU müsse grundlegende Fragen beantworten. Die ehemals für die Gemeinschaft zu Grunde gelegten Motive reichten den EU-Bürgern von heute nicht

mehr aus. Die großen Aufgaben der EU seien zurzeit die Verabschiedung einer gemeinsamen Verfassung und die Klärung der EU-Erweiterung. Für eine Harmonisierung der nationalen Sozialsysteme sieht der Botschafter der deutschen Vertretung derzeit keine Chance.

Vorab müssten sich die Mitgliedsstaaten einig werden, wie weit eine europäische Integration gehen soll.

Wahrscheinlich bleibt es also bei einer Politik der kleinen, aber für das wirtschaftliche Überleben eines Berufsstandes folgen-schweren Schritte. Eine vernünftige Interessensvertretung, so EU-Parlamentsmitglied Dr. Klaus-Heiner Lehne (EVP/CDU) im fachpolitischen Gespräch mit dem BZÄK-Vorstand, sei heute jedenfalls ohne Brüssel nicht mehr zu machen. Lehne skizzierte vorab den aus seiner Sicht zu erwartenden Stand der Entwicklung nach der parlamentarischen Debatte um die Dienstleistungsrichtlinie. Auch hier sei eine Entwicklung weg vom Herkunftslandprinzip möglich. Lehne: „Freie Berufe sind nicht so behandelbar wie ein Supermarkt.“ Weniger zuversichtlich zeigte sich der CDU-Politiker, dass die absehbare Entscheidung, die Gesundheitsdienste außen vor zu lassen, derzeit noch revidiert wird. Erkennbar sei, dass die EU-Kommission nach anfänglich radikalen Positio-



Reguläre Sitzung des BZÄK-Vorstandes, diesmal im Rahmen der zweitägigen Klausur in der Brüsseler Vertretung Hamburgs und Schleswig-Holsteins

nen inzwischen eine merklich gemäßigte Politik führe. Selbst in der Frage der Gebührenordnungen sei es inzwischen gelungen, eine größere Sensibilität bei der Kommission zu erreichen. Auch der EuGH habe inzwischen in einem Urteil die Rechtmäßigkeit der nationalen Gebührenordnung von Anwälten bestätigt. Was das Gesundheitswesen angehe, so habe die EU zwar keine

Richtlinienkompetenz. Wohl aber würden Gesundheitsdienstleistungen als wirtschaftliche Tätigkeiten von der EU-Binnenmarktgesetzgebung erfasst. Und diese stünde unter anderem aufgrund der Lissabon-Strategie im Zeichen der Öffnung der Dienstleistungsmärkte. Lehne betonte, dass die Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen in Zukunft

wachsen müssten. Denkbar sei, dass schon in wenigen Jahren gut 20 Prozent des Bruttoinlandsproduktes im Gesundheitsbereich ausgegeben werden. Wer das wolle, dürfe diese Entwicklung aber auch nicht einschränken. Bleibe es bei der derzeitigen Politik, sei absehbar, dass die „Halbwertzeiten der Gesundheitsreformen immer kürzer werden“. mn

RSA-Ausgleich

PKV-Versicherte sollen die GKV sanieren

Karl Lauterbach (SPD) will die PKV am Risikostrukturausgleich der Kassen beteiligen. Zehn Milliarden Euro sollen die Privaten pro Jahr dort einbezahlen. Politik und PKV protestieren. Nur Ulla Schmidt hält sich bedeckt. Und nutzt indes die Gunst der Stunde, um durch die kalte Küche ihre Bürgerversicherung einzuführen.

Erst wirft er der PKV vor, sie entzöge den gesetzlichen Kassen mehr als 1,3 Milliarden Euro, weil sie Gutverdiener und Gesunde abwerbe – jetzt legt Lauterbach ein Konzept vor, wie sie diesen Aderlass künftig auszugleichen hat.

Nach einer Studie des Kölner Instituts für Gesundheitsökonomie (IGKE), das Lauterbach leitet, sind die PKV-Beiträge nämlich deshalb so niedrig, weil Privatversicherte über ihre Policen die Beiträge für geringverdiener, Ehefrauen und Kinder nicht mitbezahlen. Vom GKV-Höchstbetrag strömten hingegen 250 Euro pro Monat in den Sozialausgleich. Ein Unterschied, der ordnungspolitisch nicht zu rechtfertigen sei.

„PKV pickt die Rosinen“

Weil die PKV nicht in den Ausgleich einbezogen wird, richte sie ihre Tarife gezielt auf Gesunde aus. Sie picke sich die Rosinen aus dem Kuchen und verschaffe sich dadurch Marktvorteile. Bei höheren Preisen und mit größerer Ineffizienz könne sie dennoch ausgewählten Versicherten günstigere Konditionen anbieten als die GKV. Das aber widerspreche dem Wettbewerbskonzept. Und darum müsste die PKV für den RSA rund zehn Milliarden Euro pro Jahr auf den Tisch legen. Das würde heißen, rechnet Lauterbach, dass die monatlichen Sätze um 100 Euro pro PKV-Patient nach oben klettern. Selbst wenn die PKV nur auf der Einnahmenseite in den RSA integriert würde, also Versicherte mit geringen und keinen Beiträgen, wie Ehepartner und Kinder, aufnimmt, spüle dies 9,9 Milliarden Euro in die GKV. Eine vollständige Eingliederung der Privaten in den RSA würde dem Institut zufolge noch höhere Transfers aus-

lösen, weil die PKV-Patienten „eher eine unterdurchschnittliche Morbidität aufweisen“.

Bei der PKV stoßen Lauterbachs Pläne auf harte Kritik: „Eine Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in den RSA lehnen wir kategorisch ab“, erklärt PKV-Chef Dr. Volker Leienbach. Der RSA sei schon heute ein „bürokratisches Monster“. Lauterbachs Berechnungen seien falsch, seine Vor-



Sie sollen die GKV-Kassen füllen – aber nicht alle Beamte sind Spitzenverdiener.

Foto: vep

schläge lösten kein einziges strukturelles Problem der GKV. Erstens hätte er nicht berücksichtigt, dass Beamte – mehr als die Hälfte der PKV-Versicherten – aufgrund der Beihilfe nur anteilig und nicht voll in der PKV versichert sind. Viele davon haben ein Einkommen, das deutlich unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Leienbach: „Das sind nicht alles Ministerialdirigenten“.

Sinnloser Vergleich

Zweitens fehle die sachgerechte Berücksichtigung von Angehörigen in der PKV: Sind Frau und Kind in der GKV kostenfrei mitversichert, zahlt in der PKV jeder Versicherte seinen eigenen Anteil. Die Privaten stärkten das Gesundheitssystem durch höhere Honorare jedes Jahr mit 9,5 Milliar-

den Euro zusätzlich. „Die Forderung nach einer Einbeziehung von PKV-Versicherten in den RSA liegt auf gleicher Linie mit der Forderung nach gleichen Honoraren in GKV und PKV und bedeutet nichts anderes als Bürgerversicherung!“

Auch die Union reagiert schroff: Jens Spahn, für die Union im Gesundheitsausschuss, sagte den Medien, das sei „Quatsch“. Er halte es für sinnlos, ständig die Strukturen von GKV und PKV zu vergleichen, obwohl sie nicht vergleichbar seien.

Bei den Kassen rennt Lauterbach indes offene Türen ein. Und Ulla Schmidt sucht schon lange einen Weg, die PKV bei der Finanzierung der GKV heranzuziehen. Eine

Argumentationshilfe erhielt sie jüngst von der SPD-nahen Hans-Böckler-Stiftung. In deren Auftrag berechneten das Internationale Institut für Empirische Sozialökonomie (INI-FES), das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) und die Prognos AG die Konsequenzen der Reformideen für die GKV.

Das Ergebnis ist keine Überraschung: Der GKV-Satz sinke,

wenn ein „integriertes Krankenversicherungssystem“ geschaffen wird. Die Versicherten müssten offenen Zugang zur gesetzlichen wie privaten Kasse haben und zwischen beiden wechseln können. Die Grundversorgung werde dann per Leistungskatalog für alle abgedeckt. Was darüber hinaus geht, privat versichert. Neben Arbeitern und Angestellten sollen auch Beamte, Pensionäre und Selbstständige, Zivis, Wehrdienstler und Sozialhilfeempfänger zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden – egal, ob einkommensabhängig oder pauschal. Letzteres koste jeden Erwachsenen monatlich 189 Euro, über Steuern sei eine Spritze von 39 Milliarden Euro pro Jahr von Nöten. Dass dieses Modell eindeutig auf die Bürgerkasse abzielt, dürfte nicht nur Experten auffallen. ck

14. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt

Die GKV ist keine Kuschelecke mehr

Politik und Standespolitik waren sich auf dem Zahnärztetag in Magdeburg einig: Im Gesundheitswesen kann es nicht so weitergehen wie bisher. Und wer künftig Erfolg in seiner Praxis haben will, sollte dafür entsprechende Voraussetzungen schaffen.

Sachsen-Anhalts Gesundheitsminister Gerry Kley (FDP) konnte sich des Beifalls seiner Zuhörer sicher sein, als er beim 14. Zahnärztetag in Magdeburg forderte, es sei an der Zeit, im deutschen Gesundheitswesen mehr Vertrauen an den Tag zu legen anstatt diverse Kontrollmechanismen immer noch auszuweiten. Auch für die zahnärztliche Berufsausübung müsse deutlich mehr Freiheit geschaffen werden, und für die Praxen tue mehr Planungssicherheit Not. Im Festzuschuss-System für Zahnersatzleistungen sah er „ein kleines bisschen Freiheit“, das ausgebaut werden müsse. Sein Credo: „Wir müssen das Gesundheitswesen revolutionieren, damit sich die Ärzte und Zahnärzte künftig an erster Stelle ihren Patienten widmen können und erst in zweiter Linie deren Akten und Unterlagen für die Krankenkassen und sonstige Bürokratie.“

Damit hatte er den knapp 200 Zahnärzten und ihren Gästen, die sich am 28. Januar 2006 zu der traditionellen Fortbildungsveranstaltung in der sachsen-anhaltischen Landeshauptstadt zusammgefunden hatten, acht Wochen vor der Landtagswahl und angesichts der kritischen Situation des Gesundheitswesens aus dem Herzen gesprochen.

Platt geführte Neiddebatte

Das bestätigte auch Dr. Dietmar Oesterreich, als Vizepräsident der BZÄK häufiger und herzlich begrüßter Gast. Er kritisierte die „platt geführte Neiddebatte“, die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit ihrem Plan, GKV und PKV in Leistungsumfang und Honorierung anzugleichen, begonnen habe. Die Standespolitik sehe ihre Aufgabe jetzt darin, mit den Parteien geduldig und beharrlich im Gespräch zu bleiben

und ihnen die Konsequenzen einer solchen Entwicklung aufzuzeigen. Die präventionsorientierte Neubeschreibung der Zahnheilkunde, die im Herbst beim Deutschen Zahnärztetag vorgestellt worden war, sei die angemessene wissenschaftliche Basis, auf der die neue Leistungsbeschreibung der GOZ fußen müsse. Die BZÄK sei dabei, dies zu erarbeiten und dem Bundesgesundheitsministerium vorzulegen. Allerdings sei man



leider nicht an der Verhandlung über die GOZ beteiligt, sondern lediglich als externer Berater dabei, dämpfte er

Preisträger Dr. Gernhardt (I.)

Im Gespräch: Dr. Dreihaupt,



Prof. Korte, Dr. Oesterreich und Prof. Gerlach (v.l.n.r.)

Preisträgerin Dr. Szentpetery



Fotos: Fiedler

allzu große Erwartungen auf Erfolg. Der nötige Wandel im Gesundheitssystem war für Kammerpräsident Dr. Frank Dreihaupt Schwerpunkt seiner Ausführungen. Er mahnte, jeder Zahnarzt solle sein Praxiskonzept überdenken und die Voraussetzungen schaffen, dass sich mit den Rahmenbedingungen auch die Praxen verändern können. Kommunikation innerhalb des Teams und Kommunikation mit den Patienten, in die das gesamte Team einbezogen ist, sei ein Dreh- und Angelpunkt für künftigen Erfolg. Die GKV biete keine „Kuschelecke“ mehr,

und um die Existenz der Praxis zu sichern, sei in immer größerem Maße die private Zuzahlung auch von GKV-Patienten nötig. Das setze voraus, Leistungen anzubieten, die über den Katalog der GKV hinausreichen.

Als Festredner untersuchte der Duisburger Politikwissenschaftler Prof. Dr. Dr. Karl-Rudolf Korte die „Regierungskunst in der Aufregungsdemokratie“. Er stellte fest, dass sich seit der Bundestagswahl die „Aufregung“ auf interessante Weise gelegt habe, was er nicht nur der Kanzlerin Angela Merkel zuschrieb, sondern auch einer gewissen Erschöpfung und Ratlosigkeit innerhalb der Parteien, die selbst „Pflegefälle“ geworden seien. Die Wähler hätten sich bei der Bundestagswahl 2005 mehrheitlich gegen eine weitere Ökonomisierung der Lebenswelten entschieden, konstatierte er und riet der Bundesregierung zu nüchterner Ehrlichkeit sowie zu Wertorientierung und Stilsicherheit in Führung und Reformkommunikation.

Im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Programms stand die bildgebende Diagnostik für den Zahnarzt. Als wissenschaftlicher Leiter hatte Prof. Dr. Dr. Klaus Louis Gerlach den Hamburger Prof. Dr. Uwe Rother und den Dortmunder Prof. Dr. Dr. Stefan Haßfeld für zwei sehr praxisnahe und interessante Vorträge gewonnen. Sie vermittelten

wertvolle Hinweise für die bildgebende Diagnostik mit konventionellen Mitteln und machten deutlich, welche Chancen die neuen Techniken für die Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung schaffen.

Zum fünften Mal wurde der mit 2500 Euro dotierte Erwin-Reichenbach-Förderpreis der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt verliehen. Ihn teilten sich zwei Mitarbeiter der Hallenser Universitätszahnklinik: Dr. Viola Szentpetery (für ihre Pilotstudie zur Bewährung von Friktionsteleskopen im stark reduzierten Restgebiss) und OA Dr. Christian Gernhardt (für die Untersuchung der klinischen Wirksamkeit von Hyposen auf hypersensible Dentinoberflächen).

Sabine Fiedler
Große Diesdorfer Str. 162
39110 Magdeburg

20. Zahnärztetag in der Hauptstadt

Jubiläum in Berlin

Eine Wissenschaft, die an die Wurzel geht, Medaillenregen und Neuigkeiten aus der Dentalbranche – der 20. Berliner Zahnärztetag bot all das und mehr. Vor allem deutliche Worte in Richtung Politik.

Zum Jubiläum kamen 1 500 Besucher ins Berliner ICC, wo gleichzeitig der 35. Helferrinnen- und der 16. Zahntechnikerkongress stattfanden. Auf der Suche nach dem Neuesten aus der Industrie war man an den Ständen der insgesamt 70 Aussteller aus der Dentalbranche gut aufgehoben. Unter den Nägeln brannte den Zahnärzten aber vor allem ein Thema: die Politik.

Kein Kostentreiber

„Die Bemühungen der Regierung, die Zahnmedizin weiter zu regulieren und zu bürokratisieren, sind unsinnig und dumm“, sagte Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer (ZÄK) Berlin, auf der gemeinsamen Pressekonferenz mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV). Gleiches gelte für die Überlegung, die KZVen abzuschaffen. „Die Politiker versuchen, Ärzte und Zahnärzte für die finanzielle Misere im Gesundheitswesen verantwortlich zu ma-

chen“, monierte Schmiedel in seiner Eröffnungsrede. Auf die KZVen könne jedoch nicht verzichtet werden, erklärte ihr Vorsitzender für Berlin, Dr. Jörg-Peter Husemann. Begründung: „Sie garantieren die Einlösung des Sicherstellungsauftrags – und zwar mit einem geringeren Kostenaufwand als es den Krankenkassen möglich ist.“ Er kritisierte außerdem die Fülle gesetzlicher Bestimmungen zum Beispiel zur Qualitätssicherung. Hygienerichtlinien und Medizinproduktegesetz kosteten die Praxen dabei eben soviel Zeit wie die politisch gewollte Einführung der e-Card. „Weitere Regulierungen machen uns nicht besser. Im Gegenteil, es wird dann noch mehr Zeit für Schreibkram und Praxisorganisation draufgehen. Zeit, die letztlich bei der Behandlung des Patienten fehlt“, warnte Husemann. Das Gesundheitswesen immer nur als Kostentreiber abzustrafen, lehnten sowohl Kammer als auch KZV ab. Das greife zu kurz,

sagte Husemann: „Schon heute bieten die niedergelassenen Mediziner mehr Arbeitsplätze als jeder andere Industriezweig in Deutschland. Die Politik hat nicht zur Kenntnis genommen, dass das Gesundheitswesen, insbesondere das mittelständische, Deutschlands beste 'Jobmaschine' der letzten zwei Jahrzehnte war.“ Das „Unternehmen Zahnmedizin“ in der Hauptstadt laufe ausgezeichnet, freute sich Schmiedel. Laut „Berliner Morgenpost“ seien Zahnmediziner und -techniker mit rund 17 000 Beschäftigten das zweitgrößte Unternehmen Berlins.

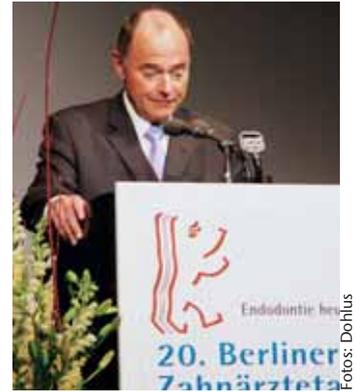
Zu Unrecht im Abseits

Im wissenschaftlichen Teil der Veranstaltung ging es auf Wunsch der Berliner Zahnärzte um die Endodontie. Oft führe dieses Fach ein „Mauerblümchendasein“, sagte Prof. Dr. Claus Löst, neben Prof. Dr. Michael Hülsmann wissenschaftlicher Leiter der Fortbildung. „Das finde ich unverständlich, denn die Erfolgsquote bei Wurzelbehandlungen liegt zwischen 80 und 90 Prozent“, so Löst.

Auch der ZÄK-Präsident lobte die Möglichkeiten der Endodontie. Sie sei ein „gutes Beispiel für die moderne Zahnheilkunde, die den Erhalt des natürlichen Zahns in den Mittelpunkt stellt.“

Das Interesse an der Fortbildung war groß: Über 800 Zahnärzte frischten in Work-

shops und Vorträgen ihr Wissen über vitalerhaltende Maßnahmen, die Bestimmung der Arbeitslänge oder Techniken und Materialien zur Wurzelkanalfüllung auf. sth



Begrüßten die Gäste: ZÄK-Präsident Dr. Wolfgang Schmiedel (li.) und KZV-Vorsitzender Dr. Jörg-Peter Husemann (re.)

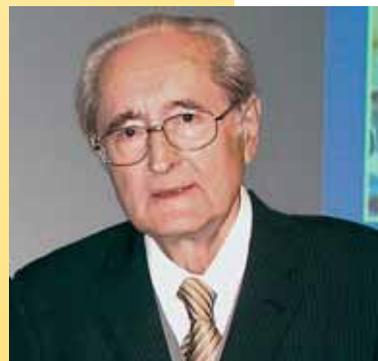
Fotos: Dohlius

zm-Info

Ewald-Harndt-Medaille verliehen



Die Auszeichnung der ZÄK Berlin ging in diesem Jahr an Prof. Dr. Helmut Schmidt und Tobias Bauer. Schmidt (rechts) wurde für die Erfindung des Fluoridlacks „Duraphat“ geehrt. Außerdem habe er entscheidend dazu beigetragen, den Prophylaxegedanken in der Zahnmedizin zu verankern, sagte ZÄK-Präsident Dr. Wolfgang Schmiedel. Bauer (links), Mit-



gründer des „Kollegiums junger Zahnärzte“, erhielt die Medaille für sein langjähriges – insbesondere internationales – Engagement für junge Kollegen. Er nehme sich ihrer Sorgen an und erleichtere ihnen den Start ins Berufsleben, lobte Schmiedel. sth

Tansparenzmängel im Gesundheitswesen

Das Recht auf „saubere Verhältnisse“

Anfang Februar lenkte Transparency International (TI) mit einer Pressekonferenz über das neue Jahrbuch in London die Aufmerksamkeit auf ein öffentlichkeitswirksames Thema: Korruption im Gesundheitswesen.



Philippe Noiret und Thierry Lhermitte gingen als „Die Bestechlichen“ im gleichnamigen Film auf jeden Handel, auf jede Wette ein, setzten auf „Korrumpel“, und doch wirken sie sympathisch. Doch Korruption ist längst kein Kavaliersdelikt mehr.

Foto: cinetext

„Der Preis für Korruption im Gesundheitsbereich bemisst sich in Menschenleben.“

TI-Chefin Huguette Labelle

„Im Gesundheitswesen entscheidet Korruption über Leben und Tod.“ TI legte mit dieser dramatischen Formulierung zu Beginn des Jahres publikumswirksam wiederholt den Finger auf eine Wunde, die bereits 2000 im letzten Jahrbuch offengelegt wurde: die Anfälligkeit dieses öffentlichen Sektors für Korruption aufgrund seiner Komplexität. Aber im Gesundheitsmarkt seien Millionen von Menschen beschäftigt und noch viel mehr Menschen als Patienten betroffen; alle haben ein Recht auf „saubere Verhältnisse“ lautet eine bekannte Forderung von TI. Dazu bedürfe es dringend stärkerer Transparenz.

Seit 13 Jahren bemüht sich die – wie sie sich selbst beschreibt – „einzige internationale Nichtregierungsorganisation, die sich ausschließlich dem Kampf gegen Korruption und für Transparenz in Politik und Wirtschaft verschrieben hat“, diese komplexen Systeme durchschaubar zu machen, um vorrangig die Beitragszahler vor korrupti-

ven Machenschaften marktstarker Anbieter besser zu schützen. Laut „Global Corruption Report 2006“ leidet die medizinische Versorgung der Menschen weltweit – in führenden Industrienationen ebenso wie in Entwicklungsländern – unter Missbrauch, weil Beamte oder Ärzte sich kostenfreie Leistungen bezahlen lassen, gefälschte Medikamente das Leben kosten, todbringende Keime durch Lücken im Impfschutz neue Resistenzen entwickeln. „Die Auswirkungen der Korruption treffen immer den Endverbraucher – den kranken Menschen, der gezwungen wird, mehr zu zahlen als nötig wäre, oder der unsichere, gefälschte Medizin erhält,“ fokussierte TI den Schaden auf die Patienten, überwiegend in gesetzlichen Versicherungssystemen. Doch, ergänzt die Organisation, geschädigt werde auch die Vielzahl derer, die in diesem Sektor redlich und verantwortungsbewusst agieren. Nur mehr Transparenz der Abläufe, der Strukturen und der

Kosten könne den Missbrauch eindämmen; ein klares Votum etwa für die Rechnungsstellung direkt an den Patienten gab TI bereits im letzten Jahrbuch ab. Zugleich werden Patienten unter den schwarzen Schafen keineswegs ausgeklammert: Gestohlene, gefälschte, verhökerte Rezepte oder Versichertennachweise seien ebenso zu finden wie das Erschleichen von Lohnfortzahlung oder Heilbehandlungen. Die Antikorruptions-Organisation geht von einem Schaden von jährlich 20 Milliarden Euro aus; eine nach Ansicht einer Hamburger Beraterfirma allerdings überhöhte Schätzung, weil sie Daten aus den USA und Großbritannien auf Deutschland übertrage.

Immer mehr Fälle von Korruption werden jedenfalls hierzulande aufgedeckt, weil sich in Deutschland die Sensitivität für Missbrauch im Medizinsektor erhöht hat. Auch bei den Fahndern: In Hessen ermittelt die „Arbeitsgruppe Ärzte“ von der Frankfurter Generalstaatsanwaltschaft und dem Lan-

deskriminalamt seit fünf Jahren gegen anfällige Mediziner. In Hamburg jagt Frank Keller, Chefermittler der Techniker Krankenkasse, eine neue, offenbar „vernetzte Kriminalität“, die bundesweit Milliarden-

der bewege. Ärzte und Apotheker würden mitunter zwar unwissentlich zu Komplizen der Korrupteure, weil sie in Treu und Glauben davon ausgehen, dass dem Patienten die Karte tatsächlich gehört. Die Hamburger Apotheker, Ärzte, Kassenärztliche Vereinigung und Kassen wehrten sich mit einer gemeinsamen Task Force gegen den Betrug. Laut Keller ein Pionierprojekt, das schnellen Info-Austausch ermögliche, auch mit den staatlichen Ermittlern. pit/pm/dpa

zm-Info

Aktueller Jahrband

Ab Mai wird das Jahrbuch „Korruption 2006. Schwerpunkt: Korruption im Gesundheitssektor“ von Transparency International erhältlich sein. Parthas Verlag, 29,80 Euro, ISBN 978-3-86601-866-2.

Wider eine willkürliche Regelungswut

Gabriele Prchala

Praxisbegehungen in Nordrhein-Westfalen haben in den letzten Monaten das Thema Hygiene in der Zahnarztpraxis in den Mittelpunkt gerückt. Zwar ist Hygiene wichtig, aber die Zahnärzte wehren sich gegen eine überbordende Bürokratie und Regelungswut. Mehr Klarheit liegt jetzt vor: Seit 30. Januar 2006 ist die neue zahnärztliche Hygiene-Empfehlung des Robert Koch-Instituts in Kraft. Fazit: Die bürokratische Gängelung geht weiter, aber viel Unsinniges konnte für den Berufsstand abgewendet werden. Die Bundeszahnärztekammer und der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis haben ihren Hygieneplan umfassend aktualisiert und jetzt veröffentlicht.

Abstrus: Da müssen Thermo-desinfektoren validiert werden, obwohl sie laut Auskunft des Herstellers nicht mehr validierbar sind, obwohl sie gerade drei Jahre alt sind. Wenn jedoch der Desinfektor stillgelegt ist und die Instrumente auf herkömmliche Weise im Tauchbad desinfiziert werden, dann ist das genehmigt. So will es die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Noch abstruser: Da wird laut Checklisten von Bürokraten verlangt, dass Aufbereitungsräume mit Fliegengittern zu bestücken sind, oder dass aqua destillata aus der Apotheke vor Gebrauch bakteriologisch untersucht werden soll.

Dies sind nur einige Vorgaben, mit denen sich derzeit Zahnärzte herumschlagen müssen, die mit Praxisbegehungen zu rechnen haben. Praxisbegehungen – das sind kostenpflichtige Inspektionen von Zahnarztpraxen, durchgeführt von Mitarbeitern von Bezirksregierungen, um die Einhaltung von



Die hygienische Händedesinfektion ist vor jeder Behandlung, bei Behandlungsunterbrechung und bei Behandlungsende erforderlich, auch wenn Handschuhe getragen werden beziehungsweise getragen wurden. Das Mittel wird aus einem Direktspender ohne Handberührung in die Hohlhand gegeben, über beide Hände verteilt und für 30 Sekunden gründlich eingerieben.

Hygienevorschriften abzuführen. Seit einigen Monaten müssen in Nordrhein-Westfalen vornehmlich Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen mit solchen Inspektionen rechnen. Auch in anderen Kammerbereichen beginnen entsprechende Aktivitäten. Mit der Durchführung betraut sind Mitarbeiter der Bezirksregierungen, Rechtsgrundlage ist das Medizinproduktegesetz (§ 26 MPG).

Auf Veranlassung des Bundesgesundheitsministeriums sollen die Bundesländer die Umsetzung von MPG und Betreiberverord-

nung in Einrichtungen des Gesundheitswesens kontrollieren. In Nordrhein-Westfalen läuft derzeit ein Pilotprojekt. Obwohl Auslöser für dieses Vorgehen vor allem Vorkommnisse in Alten- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern waren, sollen auch Zahnarztpraxen mit in diese Kontrollen einbezogen werden.

Was den Zahnarzt hierbei quält, ist vor allem die überbordende Regelungswut und die bürokratische Fleißarbeit, die mit dem Ganzen einhergeht. „Es geht uns nicht darum, Hygienevorschriften auf die leichte



Fotos: Hilger

Handschuhe sind zwischen der Behandlung verschiedener Patienten zu wechseln. Ein Weiterverwenden des Handschuhs beim nächsten Patienten ist nur akzeptabel, wenn das Handschuhmaterial Waschen, Trocknen und Desinfizieren aushält, keine Perforationen bestehen (oft nicht erkennbar) und nur Speichelkontakt bestanden hat. Bei Blutkontakt ist der Handschuh vor der nächsten Behandlung unbedingt zu wechseln.

Schulter zu nehmen, sondern wir wollen den bürokratischen Aufwand für die Kollegen in diesem Zusammenhang in Grenzen halten“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (siehe dazu auch zm 10/2005, Seite 14 f). Der Regelungsumfang ist enorm. So gibt es eine Checkliste mit mehr als 20 Positionen, die der Zahnarzt dem Inspektor binnen kürzester Zeit vorlegen soll – wobei er die verlangten Informationen nicht mal eben so aus dem Ärmel schütteln kann. Dazu gehört zum Beispiel der Nachweis der notwendi-

gen Sachkenntnis eines Technikers, erworben durch Berufserfahrung und Ausbildung. Dazu gehören weiterhin Listen mit den angewendeten Reinigungs-, Desinfektions- oder Sterilisationsverfahren, Listen mit sämtlichen Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Listen mit sämtlichen in der Praxis angewendeten Normen und vieles mehr. Neben der Fleißarbeit innerhalb einer Frist von oftmals nur zehn Tagen kostet das den Zahnarzt auch noch Geld: Die erhobenen Gebühren für die Kontrollen betragen bisher zwischen 600 und 2.500 Euro.

Komplexes Thema

Hygiene-Paranoia oder nicht? Das Thema ist komplex und äußerst vielschichtig. Zum Hintergrund: Das MPG ist nicht etwa eingeführt worden, weil in Deutschland einiges im Argen lag. Vielmehr steckt dahinter die europäische Medizinprodukterichtlinie. Ziel dieser Vorschrift ist es, einen großen europäischen Medizinproduktmarkt aufzubauen, wobei freier Warenverkehr und Patientenschutz in einem ausgewogenen Verhältnis stehen sollen. Das MPG stellt die nationale Umsetzung der europäischen Richtlinie dar.

Neue RKI-Empfehlung

1998 wurde die Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-

zm-Info

RKI-Empfehlung

Die neue Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut „Infektionsprävention in der Zahnmedizin – Anforderungen an die Hygiene“ liegt jetzt vor. Es handelt sich um eine Vorveröffentlichung im Internet, die endgültige Veröffentlichung erfolgt im April im Bundesgesundheitsblatt (4/2006). Sie ersetzt die Empfehlung aus dem Jahr 1998. Hier die wichtigsten Änderungen in Stichworten:

- Eine neue Einteilung der Instrumente in Risikogruppen: unkritisch, semikritisch und kritisch, mit entsprechenden Untergruppierungen
- Eine Verpflichtung zur Freigabe aufbereiteter Medizinprodukte
- Eine ausführliche Beschäftigung mit Wasser führenden Systemen
- Allgemein gesteigerte Dokumentationsanforderungen
- Eine Ausweitung der Qualitätssicherung
- Die Einführung evidenzbasierter Kriterien (Kategorien) pr

Der ausführliche Wortlaut der Empfehlung befindet sich unter: <http://www.rki.de>



Foto: Hilger

Handschuhe sind zu tragen, wenn die Hände mit Blut, Speichel oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt kommen können, sowie wenn eine Infektionsgefährdung vorliegt. Verletzungen an den Händen bedeuten auch beim Tragen von Handschuhen ein erhöhtes Infektionsrisiko. Die Handschuhe müssen ungepudert und allergiearm sein.

Institut (RKI) veröffentlicht. Diese RKI-Empfehlung ist seinerzeit eigens für die Zahnmedizin erarbeitet worden, weil man festgestellt hatte, dass die existierende RKI-Empfehlung über ambulantes Operieren aus dem Krankenhaussektor nicht eins zu eins auf die Zahnmedizin übertragbar ist. Das auch nicht zuletzt deshalb, weil es sich bei der Mundhöhle um ein anderes Operationsgebiet handelt als beispielsweise in der Bauch-, Gelenks- oder Augen Chirurgie. Deshalb wurde eine Regelung erstellt, die auf die Besonderheiten des Fachgebiets Zahnmedizin eingeht.

Diese Empfehlung ist in den letzten Jahren grundlegend überarbeitet und dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst worden. Seit dem 30. Januar 2006 liegt die neue Version „Infektionsprävention in der Zahnmedizin – Anforderungen an die Hygiene“ vor. Es handelt sich um eine Vorveröffentlichung im Internet, die endgültige Veröffentlichung erfolgt im April im Bundesgesundheitsblatt (4/2006). Basierend auf einem Erlass des Bundesgesundheitsministeriums von 2003 ist vor allem eine umfangreiche Neuregelung des Bereichs über Wasser führende Systeme

vorgenommen worden (mehr dazu siehe Kasten).

Die Empfehlungen wurden ehrenamtlich und ohne Einflussnahme kommerzieller Interessengruppen im Auftrag der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention bearbeitet von Prof. Dr. Jürgen Becker (Leiter der Arbeitsgruppe), Düsseldorf, Dr. Dieter Buhtz, Berlin, Prof. Dr. Martin Exner, Bonn, Dr. Richard Hilger, Kürten, Prof. Dr. Heike Martiny, Berlin, sowie für das RKI Prof. Dr. Martin Mielke, Dr. Alfred Nassauer und Dr. Götz Unger.

Hartes Ringen um Vernunft

Trotz aller Bedenken ist man seitens der Bundeszahnärztekammer der Auffassung, dass mit der neuen Empfehlung eine praktikable Lösung gefunden wurde. Zumindest ist es gelungen, durch zähes Ringen und harte Verhandlungen noch Einiges für den Berufsstand abzuwenden.



Foto: Lopata

BZÄK-Präsident Weitkamp: „Wir haben uns nie gegen evidenzbasierte Hygienemaßnahmen gewandt, wohl aber gegen eine überbordende Dokumentationsorgie.“

„Natürlich ist es bedauerlich, dass mit der neuen Empfehlung die bürokratische Gängelung unserer Praxen weiter forciert wird. Wir haben uns nie gegen evidenzbasierte Hygienemaßnahmen gewandt, wohl aber gegen eine überbordende Dokumentationsorgie. Die Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut fand auf sachlicher Ebene statt und konnte viel Widersprüchliches und Unsinniges verhindern“, betont Präsident Weitkamp. „Unser Berufsstand wird sich den neuen Hygieneanforderungen stellen müssen. Besonders der Bereich der ‘Aufbereitung von Medizinprodukten’ wartet mit zahlreichen gesetzlichen Vorgaben, Änderungen und neuen Bestimmungen auf. Die Bundeszahnärztekammer empfiehlt eine sorgfältige Prüfung und Abwägung, da die neuen Bestimmungen für die Praxen zusätzlichen Arbeitsaufwand und weitere finanzielle Investitionen bedeuten können.“

Hohe Anforderungen

Im Zusammenhang mit den Praxisbegehungen ziehen die Behörden als eine der Grundlagen die gemeinsame Aufbereitungsempfehlung vom Robert Koch-Institut und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aus dem Jahr 2001 heran. Diese Empfehlung ist seinerzeit im Hinblick auf die Problematik der Wiederaufbereitung von Einmalprodukten entstanden. Jedoch ist dies ein Bereich, der zuallererst den Krankenhaussektor betrifft. Dort mag die Regelung

aus Gründen der Kostenersparnis sinnvoll sein. Die Wiederaufbereitung von Einmalprodukten wird teilweise sehr kritisch gesehen und ist zum Beispiel in Großbritannien grundsätzlich verboten. Für die ambulante Praxis dürfte dies eher ein Randthema sein. Dennoch kommen die hohen Anforderungen der Aufbereitungsempfehlung

Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ)

Der DAHZ besteht aus zehn Experten aus Wissenschaft, Praxis, Publizistik und Industrie. Sprecher ist Prof. Dr. Klaus Bößmann, Kiel. 1979 wurde der Arbeitskreis gegründet. Sein Ziel ist es, praxisnahe Empfehlungen zum Infektionsschutz für Patienten, Zahnärzte und ihre Mitarbeiter, sowie für das Personal von Dentallaboren und für Servicetechniker zu erarbeiten. pr

lung im zahnärztlichen Sektor wieder mit ins Spiel: Die Empfehlung wird nämlich in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (§ 4, Absatz 2) ausdrücklich erwähnt. Dort heißt es in der zentralen Aussage wörtlich: „Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Dies gilt auch für Medizinprodukte, die vor der erstmaligen Anwendung desinfiziert oder sterilisiert werden.“ Eine ordnungsgemäße Aufbereitung werde vermutet, wenn die Empfehlungen von RKI und BfArM beachtet würden, heißt es im Verordnungstext weiter. Das bedeutet gleichzeitig, dass auch andere Wege möglich wären, die allerdings im Einzelfall auf ihre Wirksamkeit untersucht werden müssten. Ein solcher Alternativweg könnte die neue RKI-Hygieneempfehlung für die Zahnarztpraxis sein.



Dr. Joachim Lüddecke, Vorsitzender des BZÄK-Ausschusses „Zahnärztliche Berufsausübung“

Foto: BZÄK

len sie als unverzichtbar dar und lassen jeglichen Rahmen der Angemessenheit vermissen. Für Validierungsfirmen ergibt sich hier eine erkleckliche Einnahmequelle. Da ist Einiges im Unklaren und sicherlich auch viel Wildwuchs entstanden.

Der Umfang einer Validierung lässt sich mit Leichtigkeit auf die Spitze treiben, denn sie liegt im Ermessen des Validierers. So ist zum Beispiel kritisch zu hinterfragen, ob die Erstvalidierung eines Geräts nach Aufstellung am Betriebsort überhaupt nötig ist – das käme beispielsweise der Vorführung eines gerade gelieferten Neuwagens beim TÜV gleich.

Besonders pikant ist, dass manche Hersteller immer noch an Zahnärzte Geräte verkaufen, die nicht validierbar sind, weil sie nicht den geltenden Richtlinien entsprechen. Hier herrscht noch erheblicher Handlungsbedarf. Derzeit müssen Zahnärzte ausbaden, was die Gerätehersteller bisher nicht in den Griff bekommen haben.

Hinzu kommt, dass verschiedene Seiten intervenieren, um eine Beschäftigung von Sterilgutassistentinnen auch in Zahnarztpraxen verpflichtend einzuführen. Unter dem Thema „Sachkenntnis der Mitarbeiter“ wird diskutiert, dass eine ZFA einen 40-Stunden-Lehrgang zur Sterilgutassistentin absolvieren soll. Als Grund wird der Patientenschutz vorgeschoben, jedoch handelt es sich auch da oft um die Umsetzung massiver wirtschaftlicher Eigeninteressen.

Der gesamte Themenbereich rund um die Hygiene in der Zahnarztpraxis dürfte in nächster Zeit noch ausführlich diskutiert werden. Was die Praxisbegehungen betrifft, so scheint sich in Nordrhein-Westfalen unter der neuen CDU/FDP-geführten Lan-

desregierung einiges zu bewegen. In Verhandlungen zwischen der Regierung und den beiden Landes Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe zeichnet sich derzeit ab, dass der Aufgabenbereich rund um Hygienefragen wegen der dort vorhandenen Fachkompetenz auf die Kammern übertragen werden könnte. Nicht zuletzt hat auch die BZÄK-Bundesspitze hier entsprechend politisch interveniert. Sie betont, dass Praxisbegehungen in die Hände des Berufsstandes gehören.

BZÄK ist aktiv

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer hatte auf seiner Klausurtagung im Juni 2005 intensiv über das Thema Hygiene und Praxisbegehungen beraten. Um den zahnärztlichen Kollegen in Fragen rund um die Hygiene Hilfestellung zu leisten, ist die Bundeszahnärztekammer über ihren Ausschuss „Zahnärztliche Berufsausübung“ unter dem Vorsitz des sächsischen Kammerpräsidenten Dr. Joachim Lüddecke (siehe Leitartikel) und über den Leiter der Zahnärztlichen Abteilung der BZÄK, ZA Michael Krone, schon lange aktiv. So ist sie in die entsprechenden Normungsgremien eingebunden, um dort das Maß an überflüssigen Anforderungen für Sterilisatoren zu minimieren. Über die Mitwirkung in den Normungsausschüssen Dental und Medizin arbeitet sie daran, den Aufwand für Validierungen möglichst gering zu halten.



Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf

Foto: privat

Knackpunkt: Validierung

Ein im Zusammenhang mit der Betreiberverordnung politisch sehr kontrovers diskutierter Punkt ist die in § 4 Absatz 2 erwähnte Validierung. Sie wird von den Landesbehörden gefordert, teilweise gibt es hier auch Maximalforderungen, die eine jährliche Vor-Ort-Validierung in der Praxis vorsehen. Für den Zahnarzt bedeutet das, dass er hier in erster Linie Zeit und Geld investieren muss. Es ergeben sich Kosten in Höhe von 1 200 bis 1 500 Euro, der Praxisbetrieb wird für einen halben Tag oder länger lahm gelegt. Politisch ist das Thema deswegen brisant, weil die geforderten Validierungsmaßnahmen oft von wirtschaftlichen Interessen geprägt sind. Entsprechende Anbieter stel-



Foto: Hilger

Fotos: Hilger

Abnehmbare Zusatzgeräte mit Austritt von Flüssigkeit und Luft sind nach jeder Behandlung aufzubereiten. Das RKI empfiehlt, dies mit maschinellen thermischen Desinfektionsverfahren durchzuführen, wenn vom Hersteller zugelassen.

Benutzte Übertragungsinstrumente (Turbinen, Hand- und Winkelstücke) sind außen und innen beschmutzt und kontaminiert. Zur Aufbereitung sind erforderlich: 1. Reinigung außen und innen, 2. Technische Wartung (Pflege, Ölen), 3. Hygienische Wartung (Desinfektion beziehungsweise Sterilisation je nach Erfordernis). Das RKI empfiehlt maschinelle Verfahren.

Auch auf der Koordinierungskonferenz der Öffentlichkeitsreferenten der Länderkam-

mern und KZVen im November 2005 in Naumburg/Saale stand das Thema auf der Agenda. Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf, unter dessen Vorsitz die neue RKI-Empfehlung erarbeitet wurde, fasste das schwierige Thema allgemeinverständlich zusammen. Er erklärte, dass sich aufgrund der Besonderheiten der Mundhöhle der Infektionsschutz in der Zahnarztpraxis vorwiegend auf die Bereiche Hepatitis und HIV beziehe. Zahnmedizinische Instrumente würden, so Becker, in drei Kategorien eingeteilt, für die unterschiedliche Anforderungen an die Aufbereitung gelten:

- unkritisch (Kontakt mit intakter Haut)
- semikritisch (Kontakt mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut)
- kritisch (Durchdringen von Haut oder Schleimhaut).

Prinzipiell sei die maschinelle Aufbereitung vorzuziehen. Bei manueller Aufbereitung müssten klare Arbeitsanweisungen vorlie-

gen. Weiterhin problematisch sei eine mögliche Keimbelastung der Wasser führenden Systeme. Das Problem könne beispielsweise dadurch gelöst werden, dass bei Behandlung von Patienten mit Immunsuppression oder bei umfangreichen chirurgischen Maßnahmen nur sterile Kühlflüssigkeiten zum Einsatz kämen.

Neuer Hygieneplan von BZÄK und DAHZ

Die Bundeszahnärztekammer hat zusammen mit dem Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) den BZÄK/DAHZ-(Muster)Hygieneplan umfassend aktualisiert und jetzt veröffentlicht (siehe nachfolgenden Artikel sowie Bekanntmachungsteil in diesem Heft). Er berücksichtigt alle aktuellen Erfordernisse und Erkenntnisse zur Umsetzung der Hygiene in der Zahnarztpraxis, basierend auf der neuen RKI-Empfehlung. Im Gegensatz zum alten Hygieneplan von 2000 ist er wesentlich umfangreicher. Für den Zahnarzt ergeben sich somit ganz neue Herausforderungen – er

muss die Systematik der Hygiene in seiner Praxis neu überdenken und überarbeiten. Dabei gibt der neue Hygieneplan die entsprechende Unterstützung.

Eines ist der Zahnärzteschaft in Sachen Hygiene ganz wichtig: Die Einhaltung geeigneter Hygienemaßnahmen ist ebenso erforderlich wie vernünftige Arbeitsschutzmaßnahmen. Die Belange des

Patienten müssen im Vordergrund stehen, das bezieht sich besonders auf solche mit speziellen Risiken. Im Umgang mit Hygienemaßnahmen ist das gebührende Augenmaß gefordert. Überbordenden Forderungen und Regelwut ist eine klare Absage zu erteilen. ■

Zahnärztliche Fotos und Bildlegenden:
Dr. Richard Hilger
Ahlen 29
51515 Kürten

zm-Info

Achtung Bestandsgeräte – Sterilisatoren und RDG

In der RKI-Empfehlung lautet die Aussage unter Punkt 4.5 Sterilgutverpackung und Sterilisation: „Bei Neuanschaffung sollen Dampf-Sterilisatoren bevorzugt werden, die auch eine sichere Sterilisation der Innenflächen von Hohlkörpern gewährleisten und eine automatische Kontrolle bzw. Dokumentation ermöglichen.“ sowie unter Punkt 4.4 Reinigung und Desinfektion: „Bei der Reinigung und Desinfektion von Medizinprodukten ist zwischen manueller und maschineller Aufbereitung zu unterscheiden, wobei letzterer der Vorzug zu geben ist. Thermische Verfahren in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten (RDG) sind, soweit nach Art des Medizinproduktes anwendbar, den chemischen Verfahren vorzuziehen.“

In Analogie Punkt 4.5 ist eine Ersatzanschaffung von neuen Thermodesinfektoren (RDG) nicht erforderlich. ■

Der neue Hygieneplan

Der neue Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) liegt jetzt vor. Er ist umfassend aktualisiert und berücksichtigt die Maßgaben der neuen zahnärztlichen Hygiene-Empfehlung des Robert Koch-Instituts. Die wesentlich umfangreichere Fassung ersetzt das Regelwerk aus dem Jahr 2000. Für den Zahnarzt ergeben sich zahlreiche Neuerungen, die er individuell für seine Praxis anpassen muss.

Eins fällt gleich ins Auge: die Optik. Während der alte Hygieneplan im Querformat vorlag und mit vier Seiten auskam, sind es beim neuen Plan wesentlich mehr. Die Seiten lassen sich nun in Sichttafelssystemen in der Praxis unterbringen. Mehr noch als die Optik hat sich aber der Inhalt geändert. Im Folgenden werden die wesentlichen Fakten zusammengefasst.

Zentral ist das Kapitel „Aufbereitung von Medizinprodukten“ mit der Berücksichtigung umfangreicher gesetzlicher Vorgaben, Änderungen und Neuerungen. Zusätzlich gibt es einen Abschnitt über „Wasser führende Systeme der Behandlungseinheiten“.

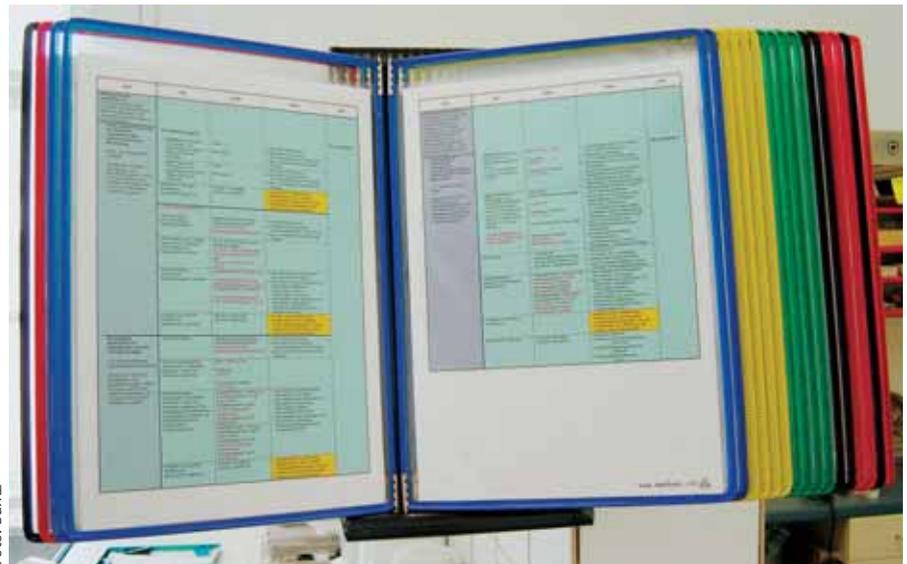
Der Zahnarzt ist als Unternehmer verpflichtet, in einem Hygieneplan und in Betriebsanweisungen Verhaltensregeln und Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, zur Ver- und Entsorgung, zum Tragen von Schutzausrüstung, sowie Anweisungen für Notfälle und für die arbeitsmedizinische Vorsorge festzulegen. Dies alles ist rechtlich verankert, unter anderem in der Biostoffverordnung, dem Infektionsschutzgesetz und der Technischen Regel Biologische Arbeitsstoffe TRBA 250/BGR 250.

Individuell der Praxis anpassen

Der neue Rahmenplan erfüllt diese rechtlichen Forderungen, ebenso wie auch die Anforderungen aus dem Medizinproduktegesetz, der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und der neuen Empfehlung des Robert Koch-Instituts. Der BZÄK/DAHZ-Hygieneplan bildet sozusagen einen Rahmen, er muss individuell in einen für die jeweilige Praxis verbindlichen Hygieneplan umge-

setzt und gegebenenfalls aktualisiert werden.

Der Zahnarzt muss, so will es die Vorschrift, seinen Mitarbeiterinnen bei ihrer Einstellung, bei Veränderungen in ihrem Aufgabenbereich und auch bei Einführung neuer Arbeitsverfahren anhand des Hygieneplans geeignete Anweisungen und Erläuterungen erteilen. Auch die Einführung des neuen



Der neue Hygieneplan lässt sich zum Beispiel in Sichttafelssystemen in der Praxis unterbringen.

Plans bedarf der Einweisung der Mitarbeiter. Unterweisungen sind in regelmäßigen Abständen zu wiederholen und auch zu dokumentieren.

Medizinprodukte, die für eine erneute Verwendung wiederaufbereitet werden sollen, sind auf der Basis einer Risikobewertung als unkritisch, semikritisch A/B oder kritisch A/B einzustufen (siehe Tabelle). Die vom DAHZ zur IDS herausgegebene Risikobewertung wird derzeit mit den RKI-Empfehlungen abgeglichen und soll voraussichtlich dem-

Der komplette neue Rahmen-Hygieneplan von BZÄK und DAHZ ist in diesem Heft unter „Bekanntmachungen“ abgedruckt. Zusätzlich wird eine Download-Version auf der Homepage der BZÄK (<http://www.bzaek.de>) veröffentlicht. Ebenso ist ein Download unter <http://www.zm-online.de> erhältlich.

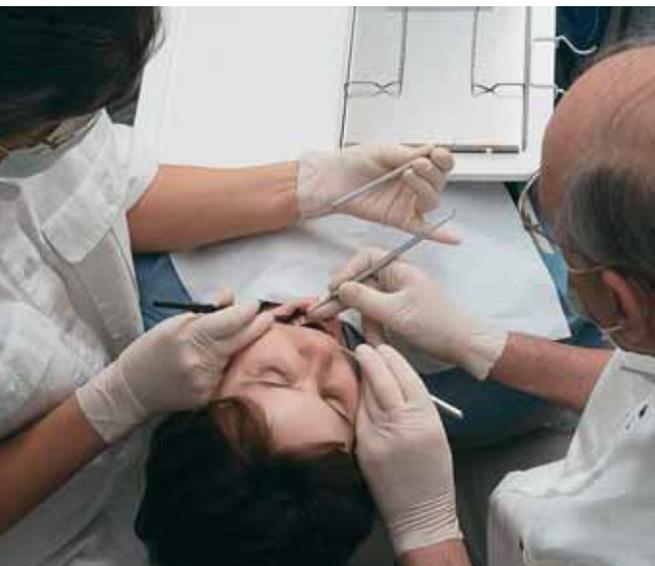
Im Zuge der Aufarbeitung der RKI-Empfehlung wird der Hygieneplan in Details aktualisiert. Die jeweils aktuellste Version findet sich unter den genannten Internetadressen.

■ **Eine Arbeitsanweisung für die Praxis wird derzeit von der BZÄK erarbeitet und steht in Kürze zur Verfügung. Die zm werden berichten.**

nächst aktualisiert auf der Homepage des DAHZ (<http://www.schuelke-mayr.com>) veröffentlicht werden.

Eine Einzelrisikobewertung sämtlicher in der Praxis vorhandener Medizinprodukte in

einem Bestandsverzeichnis ist vom Verordnungsgeber nicht gefordert. Eine Risikobewertung nach Produktgruppen reicht aus. Unterschied der alte Hygieneplan bei der Instrumentenaufbereitung lediglich zwischen nicht invasiv und invasiv genutztem Instrumentarium, sind nach dem neuen Rahmen-Hygieneplan die Medizinproduktgruppen gemäß ihrer Risikoeinstufung als unkritisch, semikritisch A/B, und kritisch A/B aufzubereiten. Zusatzgeräte ohne und solche mit Austritt von Luft, Flüssigkeit oder Partikeln



Instrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nicht invasive) Maßnahmen müssen nach der Behandlung gereinigt und so desinfiziert werden, dass die Erreger übertragbarer Krankheiten inaktiviert sind (Wirkungsbereich A und B). Wird dazu ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) benutzt, ist die erforderliche Keimarmut sicher erreicht und eine nachfolgende Sterilisation der unverpackten Instrumente nicht erforderlich. Bei lediglich maschineller Reinigung in einem solchen Gerät (RDG) – ohne nachweisliche Desinfektion – ist allerdings ebenso wie nach einer manuellen Aufbereitung eine abschließende thermische Behandlung (Desinfektion) im Dampfsterilisator erforderlich.

Darf ein Medizinprodukt nach Angaben des Herstellers nur eine begrenzte Anzahl von Anwendungen durchlaufen, ohne dass die Wiederverwendung ein Risiko für den Patienten darstellen würde, sollte in geeigneter Form bei der Aufbereitung eine Kennzeichnung des Medizinproduktes vorgenommen werden. In der Zahnmedizin trifft dies zum Beispiel wegen der mit der Anzahl der Anwendungen zunehmenden Fraktur- gefahr auf Wurzelkanalinstrumente für die maschinelle Aufbereitung von Wurzelkanälen zu.

Thermische Verfahren bevorzugen

Thermischen Verfahren ist, soweit nach Art des Medizinproduktes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben, da zur Aufbereitung von keimarm oder steril

(zum Beispiel Zahnsteinentfernungsgeräte, Pulverstrahlgeräte, Polymerisationslampen und dergleichen mehr) wurden als eigene Medizinproduktgruppen in den Hygieneplan aufgenommen. Im Rahmen-Hygieneplan sind für jede Produktgruppe Aufbereitungsverfahren und mögliche Alternativen in allen Einzelschritten dargestellt. Sie müssen vom Praxisbetreiber auf die individuellen Praxisgegebenheiten übertragen und in einem praxisspezifischen Hygieneplan niedergelegt werden.

Aufbereitungsverfahren

Die Wiederverwendung von Medizinprodukten setzt voraus, dass der Hersteller Angaben zu ihrer Aufbereitung zur Verfügung stellt (zum Beispiel Gebrauchsanweisungen). Liegen diese dem Praxisbetreiber nicht vor, und sind sie vom Hersteller auch nicht zu erhalten, ist zu prüfen, ob sich ein standardisiertes beziehungsweise validiertes Aufbereitungsverfahren festlegen lässt. Ist dies nicht der Fall, dürfen Medizinprodukte kritisch A/B nicht aufbereitet werden. Anhand von Herstellerangaben (Gebrauchsanweisungen) beziehungsweise vorhandenen Kenntnissen über das aufzubereitende Medizinprodukt sowie anhand der Risikobewertung und Einstufung und nicht zuletzt aufgrund der Praxis-Gegebenheiten (zum Beispiel Räume, Arbeitsmittel, Geräte) legt der Zahnarzt fest, ob, mit wel-

chem Verfahren und gegebenenfalls wie oft die jeweiligen Medizinprodukte aufbereitet werden sollen.

Aufbereitungssystematik im Vergleich	
Instrumentenaufbereitung im alten Hygieneplan	Aufbereitung von Medizinprodukten im neuen Rahmen-Hygieneplan
<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumente und Hilfsmittel für allgemeine, restaurative und kieferorthopädische Behandlung ■ rotierende und oszillierende Instrumente für allgemeine, restaurative und kieferorthopädische Behandlung ■ Übertragungsinstrumente für allgemeine, restaurative und kieferorthopädische Behandlung 	<p>Medizinprodukte unkritisch</p>
	<p>Medizinprodukte semikritisch A</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Handinstrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nicht invasive) Maßnahmen ■ Zusatzgeräte ohne Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln
	<p>Medizinprodukte semikritisch B</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ rotierende oder oszillierende Instrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nicht invasive) Maßnahmen ■ Übertragungsinstrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische Behandlung ■ Zusatzgeräte mit Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln
<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumente und Hilfsmittel für chirurgische und endodontische Behandlung ■ Übertragungsinstrumente für chirurgische und endodontische Behandlung 	<p>Medizinprodukte kritisch A</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumente und Hilfsmittel für chirurgische, parodontologische oder endodontische (invasive) Maßnahmen
	<p>Medizinprodukte kritisch B</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ rotierende oder oszillierende Instrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische (invasive) Maßnahmen ■ Übertragungsinstrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische Behandlung

Aufbereitungssystematik von altem und neuem Hygieneplan im Vergleich

zur Anwendung kommenden Medizinprodukten nach MPG validierte Verfahren, wie sie zum Beispiel maschinelle Reinigungs- und Desinfektionsverfahren und Sterilisationsverfahren darstellen, anzuwenden sind, wobei die Validierung der Verfahren hinsichtlich Eignung und Wirksamkeit dem Medizinprodukt und seiner Risikobewertung angemessen sein soll. Manuelle Reinigungs- und Desinfektionsverfahren müssen nach dokumentierten Standardarbeitsanweisungen und mit auf Wirksamkeit geprüften, auf das Medizinprodukt abgestimmten Mitteln und Verfahren durchgeführt werden. Nach einer manuellen Aufbereitung sind Medizinprodukte



Foto: privat

Dr. Dieter Buhtz, Berlin, hat den neuen Hygieneplan maßgeblich mitentwickelt.

semikritisch A/B (unter Beachtung von Herstellerangaben) abschließend einer thermischen Behandlung (unverpackt) im Dampfsterilisator zu unterziehen. Dies gilt gleichermaßen für Medizinprodukte semikritisch A/B, die maschinell aufbereitet wurden, wenn dabei lediglich

eine maschinelle Reinigung, aber keine nachweisliche Desinfektion stattgefunden hat (zum Beispiel in nicht validierbaren beziehungsweise nicht validierten Reinigungs- und Desinfektionsgeräten).

Freigabe

Mit der Aufbereitung von Medizinprodukten dürfen nur Personen beauftragt werden, die auf Grund ihrer Ausbildung und prakti-

schon Tätigkeit über die erforderlichen speziellen Sachkenntnisse verfügen. Die Aufbereitung endet mit der zu dokumentierenden Freigabe des Medizinproduktes zur erneuten Anwendung. Bei Abweichungen vom korrekten Prozessablauf ist die Ursache zu ermitteln. Nach Behebung des Fehlers sind die betroffenen Medizinprodukte einem erneuten Prozessdurchlauf zu unterziehen.

BZÄK/ZÄBA/db

■ *Der vorliegende Text basiert auf ausführlichen Ausarbeitungen von Dr. Dieter Buhtz, Kaiserdamm 2, 14057 Berlin. Dr. Buhtz war bis vor kurzem Mitglied des BZÄK-Ausschusses Zahnärztliche Berufsausübung (ZÄBA), ist Mitglied des DAHZ und hat ganz maßgeblich den neuen Hygieneplan mitentwickelt.*

*Zahnärztliche Fotos und Bildlegenden:
Dr. Richard Hilger
Ahlen 29
51515 Kürten*

Der besondere Fall

Beidseitige submandibuläre Schwellung

Roland Böckmann

Ein 63-jähriger Patient wurde unserer Klinik von einem niedergelassenen HNO-Arzt aufgrund einer beidseitigen submandibulären schmerzlosen und großemprogradienten Schwellung zugeleitet. Anamnestisch berichtete der Patient, vor einem Jahr an einem Adenokarzinom des Magens operativ behandelt worden zu sein.



Abbildung 1: Beidseitige submandibuläre schmerzlose Schwellung (Pfeile)

Klinische Symptome

Bei der klinischen Untersuchung fanden sich beidseitige, taubeneigroße, verschiebliche, nicht druckdolente Raumforderungen unterhalb des Unterkieferendes (Abb. 1). Mit der Verdachtsdiagnose einer Sialadenose wurde eine Halssonographie durchgeführt. Innerhalb beider Speicheldrüsen konnten echoarme Knoten dargestellt werden, linksseitig mit vereinzelt echoreichen Strukturen, rechtsseitig mit homogenem Binnenecho (Abb. 2). Diese Strukturen waren nicht eindeutig als Adenome zu differenzieren. Differenzialdiagnostisch konnten Metastasen nicht sicher ausgeschlossen werden.

Weitere Diagnostik

Auf der anschließend durchgeführten Computertomographie sah man auf beiden Seiten prominente Glandulae submandibulares (Abb. 3).

Zur histologischen Sicherung erfolgte nun in allgemeiner Schmerzausschaltung eine beidseitige Submandibulektomie. Die gewonnenen Präparate wurden histologisch untersucht (Abb. 4), wobei sich in beiden Speicheldrüsen Metastasen des Adenokarzinoms fanden.

Eine Ganzkörpercomputertomographie, eine Skelettszintigraphie und native

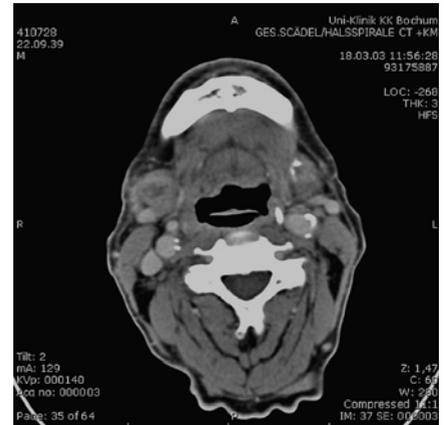


Abbildung 3: Prominente Glandulae submandibulares (Pfeil)

Röntgenaufnahmen zeigten einen weiteren Tumorprogress mit Knochenmetastasen im Bereich des Gehirnschädels, des Unterkiefers, der Wirbelsäule und des Oberschenkels.

Der Patient hat bei disseminierter Metastasierung eine infauste Prognose. Er wurde deshalb zunächst mit einer palliativ intendierten Chemotherapie mit Folinsäure, 5-Fu und Cisplatin (FLP-Schema) innerhalb des nächsten Jahres mit insgesamt sechs Zyklen behandelt. Darunter kam es zu weiteren Metastasierungen, insbesondere in die Wirbelsäule und das Becken.

Der weitere Verlauf:

Daraufhin erfolgte ein Wechsel auf das Folfiri-Protokoll mit weiterem Progress der Metastasierung. Auch unter vier Zyklen Docetaxel-Monochemotherapie verlief die Krankheit progredient (hepatische Filialisierung). Nun wurde ein Folfox-Protokoll (drei Zyklen mit 50 Prozent Dosisreduktion bei Neutropenie) von 05/05 bis 08/05 eingeleitet. Der Patient verstarb drei Jahre nach Stellung der Erstdiagnose an den Folgen der Erkrankung.

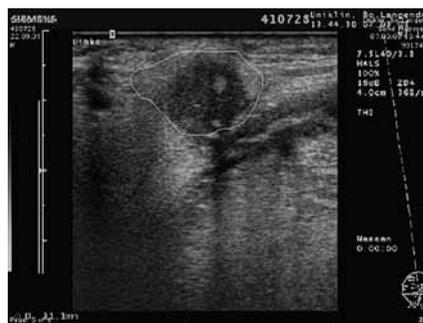


Abbildung 2: Echoarme Knoten innerhalb der Glandulae mandibulares, homogenes Binnenecho rechts, teils echoreiche Strukturen links

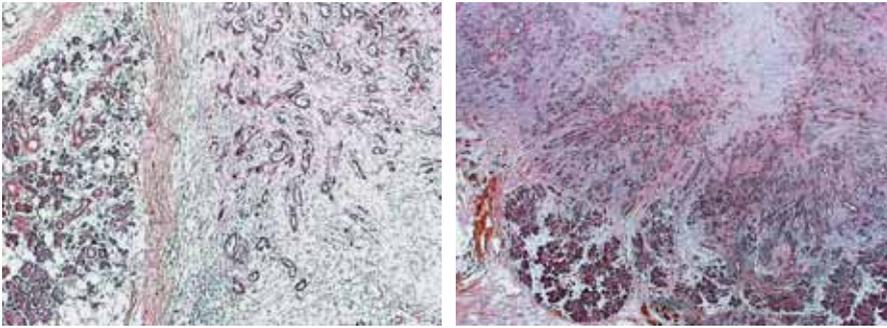


Abbildung 4: Infiltrierend ausgebreitetes Tumorgewebe (atypische Drüsen) in beiden Speicheldrüsen. Die Tumorzellen zeigen mäßige Zell- und Kernpolymorphie, verschobene Kern-Plasma-Relation. Zahlreiche Mitosen mit desmoplastischer Stromareaktion in der Umgebung (HE-Färbung; Vergrößerung links 100x, rechts 25x)

Speicheldrüsentumore aus und stammen hier in den meisten Fällen (80 Prozent) von Tumoren der Kopf- / Halsregion. Eine Metastase eines Adenokarzinoms des Magens in der Glandula submandibularis ist selten, und noch seltener finden sich zeitgleiche (synchrone) Metastasen auf beiden Seiten.

Dr. Dr. Roland Böckmann
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie der Ruhr-Universität
Bochum am Knappschafts-Krankenhaus
Bochum-Langendreer
(Direktor Prof. Dr. Dr. K.-D. Wolff)
In der Schornau 23-25
44892 Bochum

Diskussion

Speicheldrüsentumore sind in den meisten Fällen gutartig. Mit einer Inzidenz von zwei bis drei pro 100 000 Einwohner pro Jahr sind weniger als 0,5 Prozent aller bösartigen Tumore Speicheldrüsentumore. Sie stellen ungefähr drei Prozent aller bösarti-

gen Tumoren der Kopf-Hals-Region dar, mit einem Altersgipfel zwischen dem sechsten und siebenten Lebensjahrzehnt. Die Pathogenese ist bis heute unklar, ionisierende Strahlung stellt eine mögliche Ursache dar. Metastatische Veränderungen in Speicheldrüsen sind beschrieben worden, machen allerdings nur acht Prozent aller malignen

zm Leser
service

Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Der psychosomatisch kranke Patient in der zahnärztlichen Praxis

Wenn Probleme auftauchen

Hans-Joachim Demmel

Patienten, die in der Praxis durch ihr Verhalten auffällig reagieren, gehören in den Praxisalltag. Aber nicht selten liegt hinter diesem „Auftritt“ eine psychische Störung. Da die Zahnmedizin aber auch im Sinne der Psychosomatik als Teilgebiet der Humanmedizin zu verstehen ist, sollen solche Krankheitsbilder erklärt werden.

Das Bewusstsein der Zahnärzte, nicht nur Krankheiten, sondern Kranke zu behandeln, hat in den letzten Jahren zugenommen. Auch die Patienten fordern zunehmend, ihre orofazialen Erkrankungen in gesamtmedizinischen Zusammenhängen zu sehen („Ganzheitsmedizin“).

Die zahnärztlich „technisch“ perfekten Behandlungskonzepte verlieren ihre Bedeutung als Selbstzweck und werden einem die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigenden Behandlungskonzept untergeordnet. Zahnärzte sind gefordert, ihre Diagnosen und Therapien nicht nur aus fachbegrenzt somatischer Sicht zu sehen, sondern auch allgemeinmedizinische, psychische und soziale Faktoren der Krankheit zu berücksichtigen. Damit gewinnt die Psychosomatik in der Zahnmedizin an Bedeutung.



Fotos: MEV

Gestresst, genervt, überarbeitet ... und nun auch noch zum Zahnarzt. Das geht nicht immer gut.

Erkennens des „merk-würdigen“ Patienten

Im ersten Teil dieser Beiträge zur Psychosomatik in der Zahnmedizin (Der psychosomatisch kranke Patient in der zahnärztlichen Praxis (1): Der „merk-würdige“ Patient, zm 01/2006 [4]) wurde festgestellt, es gibt Patienten in der zahnärztlichen Praxis, die „merk-würdig“, „verwunderlich“ oder „schwierig“ erscheinen, die „aus dem Raster fallen“, weil die Beschwerden oder die Symptomschilderung nicht zu den anatomisch-physiologisch, nur somatisch und oft monokausal definierten Krankheitsbildern passen, wie sie üblicherweise im Studium erlernt wurden.

Unvereinbarkeit von Befund und Befinden

Für diese Situation prägte Müller-Fahlbusch [1] den Begriff der „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“ und meinte damit, dass das vom Patienten gefühlte und beschriebene Leiden trotz sorgfältiger Differentialdiagnostik nach den gängigen Kriterien nicht oder nicht hinreichend vom Zahnarzt eingeordnet werden kann. Dies ist für den nicht speziell fortgebildeten Zahnarzt das wichtigste Kriterium zur Vermutung einer psychosomatisch zu erklärenden Krankheit. Ein frühzeitiges Erkennen des „merk-würdigen“ Patienten verhindert unsinnige Polypragmasie und Belastung des Patienten.

zm-Info

Die Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichen in einer losen Abfolge von Beiträgen grundlegende Informationen zur Psychosomatik in der Zahnmedizin.

Als Themen der nächsten Beiträge sind vorgesehen:

- Die Erarbeitung einer Überweisung zum Fachtherapeuten
- Spezielle Krankheitsbilder aus der Sicht der Psychosomatischen (Zahn-)Medizin
- Eine Literaturübersicht zur Psychosomatik in der Zahnmedizin
- Vorschläge zur qualifizierenden Fortbildung

Bereits erschienen:

- Möglichkeiten zum Erkennen des „merk-würdigen“ Patienten (zm 1/06)

(alle Beiträge sind nach der Veröffentlichung unter zm-online.de zu finden)

Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass bei allen Erkrankungen biologische (somatische), psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Eine Auftrennung in somatische und psychosomatische Erkrankungen entspricht einem Medizinmodell des 17. Jahrhunderts und ist obsolet. Wenn im Folgenden von psychosomatischen Krankheiten gesprochen wird, so sind die Krankheiten gemeint, bei denen die psychischen und sozialen Ursachen bedeutsam sind.

Positive Kriterien versus Ausschlussdiagnostik

Das Erkennen von Krankheiten mit psychischer Ursache oder wesentlicher Mitbeteiligung ist für den nicht speziell ausgebilde-

Zeichen	Wertung
Unvereinbarkeit von Befund und Befinden	es besteht der Verdacht, dass die rein somatische Sichtweise die Krankheit nicht erklären kann und psychische Ursachen wesentlich sind
Beschreibung von Schmerzen, die nicht den Grenzen der nervösen Versorgung entsprechen oder/und fluktuieren	das steht im Widerspruch zu anatomischen und physiologischen Gegebenheiten und folgt eher den subjektiven Vorstellungen
Schilderung schwerster Leiden mit leichtem Lächeln	der körperlich-mimische Ausdruck entspricht nicht der sprachlichen Mitteilung („belle indifférence“)
schwere Erkrankungen werden vom Patienten bagatellisiert	das Realisieren des Krankseins wird verdrängt
Patienten, die die Schilderung auch banaler Missempfindungen dramatisch ausgestalten und schwerste Erkrankungen vermuten	subjektive Krankheitsklärungen, Persönlichkeitsstörungen und Ängste bestimmen das Krankheitsverhalten

Tabelle 1: Beispiele von Zeichen psychogener Ursache oder Beteiligung am Krankheitsgeschehen

ten Zahnarzt äußerst schwierig. Ein häufig angewandter Weg ist bedauerlicherweise die Ausschlussdiagnostik. Kann der Zahnarzt keine somatische Ursache finden, so wird daraus gefolgert, es müssten psychische Gründe vorliegen. Diese Erklärung ist aber sehr bedenklich, setzt sie doch voraus, dass alle somatischen Ursachen immer diagnostiziert werden können. Viele entbehrliche Untersuchungen würden nötig.

Auch für den Bereich der psychosomatischen Krankheiten gilt die Forderung nach positiven Kriterien für eine Diagnose. Können für eine Erkrankung vom Zahnarzt aufgrund seines Kenntnisstandes keine Ursachen erkannt werden, so ist ehrlicherweise nur die Feststellung erlaubt, dass eine Diagnose nicht gestellt werden kann. Der Patient kann damit eher zurechtkommen – entspricht dies doch dem bekannten Überweisungsweg vom Allgemeinarzt zum Facharzt und gegebenenfalls zur Fachklinik –, als mit einer Fehldiagnose, die ihn aus seiner Sicht als psychisch krank verkennt und damit auch stigmatisiert. Das rechtzeitige Eingestehen von Grenzen der diagnostischen Fähigkeiten ihres (Zahn-)Arztes ist Patienten in der Regel durchaus verständlich. Sie können dann auch die Überweisung zu Fachärzten akzeptieren. Anders sieht es aus, wenn der Zahnarzt erst nach vielen vergeblichen somatischen Therapienversuchen als Ausschlussdiagnose eine psychosomatische Krankheit „feststellt“. Hier könnte zu Recht

der Patient an der Kompetenz des Zahnarztes zweifeln.

„Werkzeuge“

Es erscheint daher dringend, auch dem nicht speziell fortgebildeten Zahnarzt „Werkzeuge“ zu nennen, mit denen er positive Kriterien für psychosomatische Krankheiten und Krankheiten mit wesentlich psychischer Komponente erkennen kann und somit frühzeitig eine begründete Verdachtsdiagnose auf ein psychosomatisches Geschehen zu stellen in der Lage ist (Tabelle 1). Das wohl wichtigste Kriterium neben der „Unvereinbarkeit von Befund und Befinden“ sind Schmerzen und Beschwerden, die nicht den Organgrenzen entsprechen (beim Schmerz also die Abgrenzung der nervösen Versorgung) oder Beschwerden, die zwischen verschiedenen Lokalisationen wechseln. Bei Patienten, die schwerste Leiden mit einem Lächeln mitteilen, diese bagatellisieren oder banale Erkrankungen beziehungsweise Missempfindungen dramatisch überbewerten, besteht ebenfalls der begründete Verdacht auf eine stark psychische Komponente der Erkrankung.

Patientenfall

Das folgende Beispiel zeigt, wie sich der Leidensweg des Patienten verlängern kann. Trotz „Unvereinbarkeit von Befund und Be-

finden“ und ohne eindeutige Diagnosen wurden somatische Therapien versucht.

Fall: Die 49-jährige Patientin hat sich Zahnlücken mit Brücken versorgen lassen. Die ersten Wochen nach der Behandlung verlaufen problemlos. Dann stellen sich plötzlich „unerträgliche“ Dauerschmerzen ein. Lokale Ursachen können nach zahnärztlichen Kriterien ausgeschlossen werden. Die Schmerzen dehnen sich im gesamten Kopfbereich aus. Sie könne nur mit Mühe ihren hausfraulichen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachkommen. Sie ist verheiratet, beide Kinder studieren und wohnen seit kurzem nicht mehr zuhause. Auch sehe sie mit Sorge ihrem beruflichen Neuanfang entgegen. Sie wollte nach 21-jähriger Unterbrechung wieder als Sekretärin arbeiten. Das sei durch das Zahnleiden jetzt alles in Frage gestellt. Zunehmend vermittelt sie dem behandelnden Zahnarzt das Gefühl der Hilflosigkeit und – da mit seiner Therapie „erst alles Leid begonnen“ habe – auch das Gefühl der Unfähigkeit. Sie überredet einen anderen Zahnarzt zu Wurzelbehandlungen an mehreren Zähnen, ohne dass sich ein anhaltender Erfolg einstellt. Bemerkenswert sind die schmerzfreien Intervalle jeweils nach den invasiven Therapien. Auch weitere Behandler können an den Schmerzen nichts ändern.



Der notorische Quengler wird auch an der besten prothetischen Lösung nichts Gutes finden.

Merkmal	organisch	nicht organisch
Schmerzlokalisierung	eindeutig, umschrieben	vage, unklar
Affekte des Patienten	passend zum Schmerz	inadäquat
Zeitdimension des Schmerzes	eindeutige Phasen	andauernd, gleich intensiv
Abhängigkeit von der Willkürmotorik	vorhanden	fehlt
Reaktion auf Medikamente	pharmakokinetisch stimmig	nicht verständlich
mitmenschliche Beziehung, soziale Situation	unabhängig davon	damit verbunden
Schmerzschilderung	Bild passt	Bild inadäquat
Betonung der Ursache	psychisch betont	organisch betont
Sprache	einfach, klar, nüchtern	intelligenzlerisch, Medizinjargon
Affekte des Therapeuten	ruhig, aufmerksam, einführend	Ärger, Ungeduld, Langeweile, Hilflosigkeit, Verwirrung

Table 2: Erkennen psychischer Faktoren bei Schmerzpatienten (nach R. Adler)

Nach mehrmonatiger therapiefreier Zeit verschwinden die Beschwerden plötzlich. Die Patientin hatte den Versuch des beruflichen Neuanfangs aufgegeben und sich wieder ausschließlich auf ihre Tätigkeit als Hausfrau zurückgezogen. Dieser Versuch, den alten Beruf wieder aufzunehmen, war mit erheblichen Kränkungen einhergegangen, die zum Beispiel folgende Bereiche betrafen: Alter, mangelnde Erfahrung mit neuen Bürotechniken, junge Kolleginnen mit besseren Fähigkeiten, fehlende kollegiale Rücksichtnahme.

Das professionelle, ärztliche Gespräch / die Anamnese

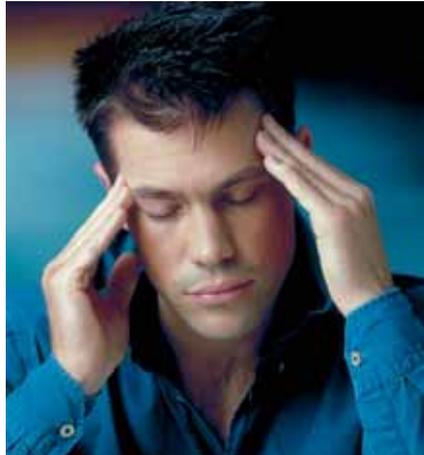
Der Patient kommt in die Praxis, weil er ein Problem hat. Er hat das Gefühl, an einer Krankheit zu leiden und erhofft sich fachlichen Rat und Hilfe. Der Zahnarzt kann das Problem des Patienten nur durch professionelle Kommunikation erfahren. Deshalb

muss dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, sein Problem hinreichend selbst schildern zu können. Das Problem des Patienten kann nur über offene Fragen erfahren werden. Offene Fragen sind nicht mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Sie fordern den Patienten auf, mit eigenen Worten seine Beschwerden und Leiden zu beschreiben, um ein Bild seines Leidens aus eigener Vorstellung zu bekommen. Also nicht „haben Sie Schmerzen?“, sondern „wie geht es Ihnen?“, „wie fühlen Sie sich?“. Geschlossene Fragen begrenzen die Antworten des Patienten auf die Vermutungen des Zahnarztes und verhindern die Erfahrung der individuellen Wirklichkeit des Patienten. Bei einer Anamnese mit offenen Fragen kann die Erzählung des Patienten ohne professionelle Gesprächsführung oft grenzenlos ausufern, die Geduld des Zahnarztes überfordern, und es besteht die Gefahr, dass die Darstellung des Patienten einseitig bleibt und wesentliche Gründe der Erkrankung nicht

berührt werden. Trotzdem sollte der Zahnarzt immer versuchen, ein offenes Gespräch zu führen. Es ist angeraten, durch spezielle Fortbildung, die professionelle Gesprächsführung zu üben. Die freie Schilderung der Krankheit durch den Patienten gibt wesentliche Aufschlüsse über die Ursachen.

Eine 42-jährige geschiedene Bürogehilfin beschreibt Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, die häufig die Lokalisation wechseln. Es sind schon mehrere chirurgische Eingriffe und Extraktionen durchgeführt worden, teilweise auf ihren ausdrücklichen Wunsch, ohne dass sich die Beschwerden gebessert haben. Sowohl Schmerzlokalisierung als auch zeitlicher Verlauf lassen keine somatische Erklärung zu. Offene Fragen führen zur Beschreibung des gefühlten Leidens mit eigenen Worten („ich habe so das Gefühl, dass da oben etwas hängt, was mit aller Gewalt raus möchte, aber nicht raus kann“; „der Bösewicht muss raus“; „beim Schmerz da kriegt man auch eine Wut, das ist wie eine unsichtbare Furcht, die da raus muss“) und leiten zur psychosomatischen Verdachtsdiagnose.

R. Adler hat „Werkzeuge“ zur Analyse der Anamnese bei Schmerzpatienten erstellt (Tabelle 2), die auch dem nicht psychosomatisch spezialisierten Zahnarzt Erkenntnisse ermöglichen, psychische versus somatische Ursachen zu differenzieren und eine erste Verdachtsdiagnose zu stellen. Sinngemäß lässt sich diese Bewertung auch auf andere Krankheiten anwenden. Schildert der Patient seine Schmerzen eindeutig mit verständlichen Affekten und ist die Reaktion auf Willkürmotorik und Medikamente stimmig, so sind eher organische Ursachen der Krankheit anzunehmen. Ein Verdacht auf ein nicht organisches Geschehen ist begründet, wenn die Lokalisation vage und unklar beschrieben wird, die Affekte bei der Schilderung inadäquat sind und die Wirkungen von Medikamenten pharmakokinetisch nicht nachvollziehbar sind. Auch die Abhängigkeit des Leidens von mitmenschlichen Beziehungen und der sozialen Situation lassen auf nicht organische Ursachen schließen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei Patienten, die die Ursache ihrer Erkrankung ausschließlich organisch betonen,



Nur Kopfschmerzen oder doch eine Depression? Vor der Zahnbehandlung sollte das geklärt werden.

eher eine psychosomatische Krankheit vorliegt, als bei Patienten, die selbst psychische Gründe annehmen. Die Sprache des Patienten kann ein weiteres Zeichen sein. Spricht der Patient nicht einfach und klar, sondern wählt einen Stil, der mit Fachausdrücken versucht, sich verständlich zu machen und damit sein gefühltes Leiden zudeckt, so ist auch hier eine nicht organische Ursache wahrscheinlich. Ein sehr wichtiges Zeichen ist die so genannte Gegenübertragung, das heißt die Wahrnehmung der eigenen Affekte des Zahnarztes bei der Anamnese. Kann er ruhig, aufmerksam und einführend der Schilderung des Patienten folgen, sind organische Ursachen anzunehmen. Stellen sich aber beim Zahnarzt Ärger, Ungeduld, Langeweile, Hilflosigkeit und Verwirrung ein oder schweifen seine Gedanken immer wieder ab, so sollte er an ein psychosomatisches Krankheitsgeschehen denken.

Cave: vorzeitige Deutung

Die Erkenntnisse aus diesen Zeichen sollten dem Zahnarzt nur dazu dienen, seine weiteren Behandlungsschritte zu überdenken. Sie begründen nur eine Verdachtsdiagnose, die fachlich abgesichert werden muss. Keinesfalls darf der Zahnarzt vorzeitig dem Patienten mitteilen, dass er psychische Ursachen für die Erkrankung vermutet. Dies kann nur der in tiefenpsychologischer Gesprächsführung ausgebildete Zahnarzt

ohne Schaden für den Patienten tun. Nur er kann hinreichend bedenken und dem Patienten verständlich machen, dass der psychosomatisch Kranke die psychischen Ursachen nicht wahrnehmen kann. Der Patient kann die Probleme auf dieser Ebene nicht bearbeiten und somatisiert deshalb. Er verdrängt die innere Ursache seiner Krankheit. Eine unreflektierte, vorzeitige Deutung muss deshalb seine Abwehr verstärken und erschwert im weiteren Vorgehen den Zugang zu psychischen Ursachen der Erkrankung („ich bin doch nicht verrückt!“). Wobei der Ausdruck „verrückt“ sprachlich genau das Problem ausdrückt. Die psychischen Probleme des Patienten sind verschoben in einen somatischen Ausdruck.

Schlussfolgerung

Für das Erkennen wesentlich psychischer und psychosozialer Ursachen einer Erkrankung gibt es auch für den nicht psychosomatisch fortgebildeten Zahnarzt „Werkzeuge“. Sie ermöglichen ihm eine erste Verdachtsdiagnose, die ihm dazu dient, seine weiteren Behandlungsschritte zu überdenken. Von vorzeitigen Deutungen sollte der nicht in Psychosomatik und Gesprächsführung ausgebildete Zahnarzt absehen. Für den Umgang mit diesen schwierigen Patienten soll im nächsten Beitrag in dieser Reihe zum Problem des psychosomatisch Kranken in der zahnärztlichen Praxis ein „Fahrplan“ entworfen werden. Für eine genauere Diagnostik und erste therapeutische Maßnahmen ist aber eine qualifizierte Fortbildung in psychosomatischer Grundkompetenz notwendig. Die Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) bietet eine qualifizierende Fortbildung an.

Dr. Hans-Joachim Demmel
Auerbacher Str. 2
14193 Berlin
h.j.demmel@gmx.de

zm Leser service

Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Differentialdiagnose ungewöhnlicher Osteolysen

Aneurysmatisch erweiterte Vene des Unterkiefers

Marcus Oliver Klein, Pablo Hess, Martin Kunkel



Abbildung 1: Halbseiten-OPG anlässlich der Schmerzdiagnostik. Es stellt sich eine unregelmäßig konturierte Aufhellungszone von der Region 35 bis in den linken Kieferwinkel dar. Die Wurzeln der Zähne 35, 36 und 37 erscheinen geringgradig resorbiert.

Fotos: Kunkel

Eine 18-jährige Patientin wurde unter dem Verdacht auf eine Raumforderung im Bereich des linken Unterkieferastes überwiesen. Acht Monate zuvor war der Zahn 38 durch Osteotomie alio loco entfernt worden. Sechs Monate nach der Osteotomie traten bei der Patientin Schmerzen im Bereich des linken Kieferwinkels auf, insbesondere war eine Druckdolenz tief lingual regio 37 zu objektivieren. Auf Kältereiz reagierten die Zähne 34 bis 37 nicht sensibel. Die umgebenden Weichgewebe waren unauffällig, es ergaben sich keine Hinweise auf eine pathologische Gefäßzeichnung.

Auf der Panoramaschichtaufnahme zeigte sich eine etwa 6 x 2 Zentimeter große Zone, die von Regio 35 bis in den linken Kieferwinkel reichte und in der keine charakteristische Spongiosazeichnung der Knochenstruktur erkennbar war. Zumindest apikal erschienen die Wurzeln der Zähne 35, 36 und 37 leicht anresorbiert (Abbildung 1).

In der korrespondierenden CT-Untersuchung stellte sich eine völlig homogene, geradezu strangartige Weichgewebsstruktur im Markraum des linken Unterkieferastes dar, die in der venösen Phase eine gleichmäßige Kontrastmittelanreicherung bot (Abbildung 2). Insgesamt ergab sich auf der Basis dieser Befunde ein Anfangsverdacht auf eine solide Neoplasie, so dass eine Biopsie beziehungsweise die Entfernung der Lä-

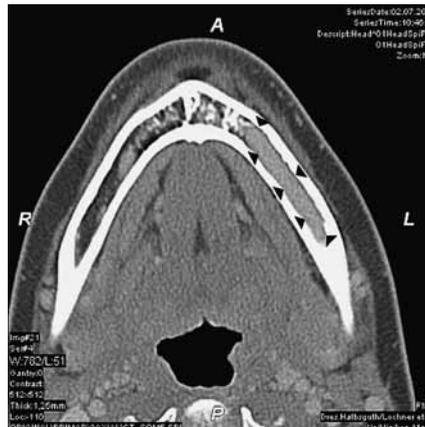


Abbildung 2: Die CT-Aufnahme zeigt in der venösen Phase eine mäßige Kontrastmittelanreicherung im Bereich des Markraumes des linken Unterkieferastes.

sion in Allgemeinnarkose erfolgen sollte. Zur besseren Übersicht über das Wundgebiet wurde ein Knochendeckel angelegt. Darunter zeigte sich die erwartete strangartige Raumforderung als gut abgrenzbare, leicht bläulich durchscheinende und von der Gewebetextur her an einen Zystenbalg erinnernde Struktur. Bei der Mobilisation und Entfernung kollabierte das Lumen unter einer starken venösen Blutung, welche letztlich eine forcierte Tamponade der Kavität mit Kollagen erforderte. Im Anschnitt des Resektates (Abbildung 3) zeigt sich der röhrenartige Charakter, der an ein großes Blutgefäß erinnerte. Tatsächlich ergab sich bei der histopathologischen Aufarbeitung

Der aktuelle klinische Fall

In dieser Rubrik stellen Kliniker Fälle vor, die diagnostische Schwierigkeiten aufgeworfen haben. Die Falldarstellungen sollen den differentialdiagnostischen Blick unserer Leser schulen.

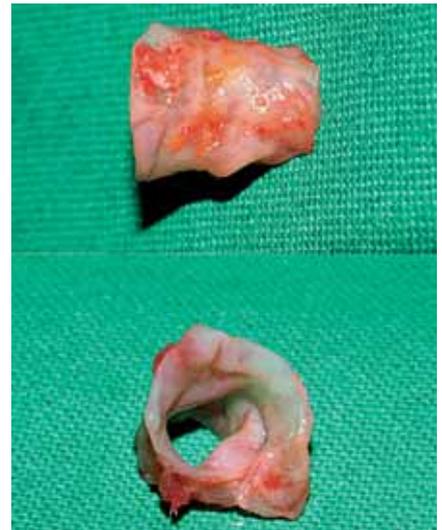


Abbildung 3: Aufsicht und Querschnitt durch einen Teil des Resektats. Man sieht eine aneurysmatisch erweiterte Vene mit einem Lumen von über zehn Millimetern Durchmesser.

die typische Wandstruktur einer großen aneurysmatisch erweiterten Vene (Abbildung 4). Nach primärer Wundheilung konsolidierte der knöcherne Defekt im Laufe von zehn Monaten vollständig.

Diskussion

Das hier vorgestellte extrem seltene Bild einer solitären varikosisartig erweiterten Vene im Unterkiefer-Markraum muss gegen die (ebenfalls seltenen) so genannten vaskulären Malformationen der Kieferknochen abgegrenzt werden. Im Gegensatz zur den aneurysmaartigen sekundären Gefäßverweiterungen stellen die Malformationen anlagebedingte Gefäß-Fehlbildungen mit charakteristischen Konvoluten aus dysmorphen Gefäßkanälen dar [Neville et al., 2002]. Beide Entitäten unterscheiden sich daher prinzipiell von den Hämangiomen des Kindesalters, welche echte Neoplasien darstellen. Im Gegensatz zu den Hämangiomen bilden sich weder aneurysmatisch erwei-



Auch für den „Aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr bei www.zm-online.de unter Fortbildung.

terte Venen noch vaskuläre Malformationen spontan zurück [Ernemann et al., 2002]. Obwohl intraossäre Venektasien von ihrer Natur her eigentlich harmlose Läsionen darstellen, können sie erhebliche klinische Relevanz haben. Zum einen können sie, wie der vorliegende Fall zeigt, ein differentialdiagnostisches Problem darstellen und als Osteolyse unklarer Genese ohne erkennbaren ursächlichen Bezug zur Dentition eine biopsische Abklärung erfordern. Zum anderen kann die unerwartete Eröffnung eines großvolumigen enossalen Blutleiters unter einer Exzision oder Osteotomie zu einem erheblichen Blutverlust führen, wenn kein sofortiger Verschluss der Wunde, etwa durch Zurücksetzen des Zahnes, möglich ist [Persky et al., 2003].

Sowohl in der nativen bildgebenden Diagnostik als auch in einer konventionellen CT-

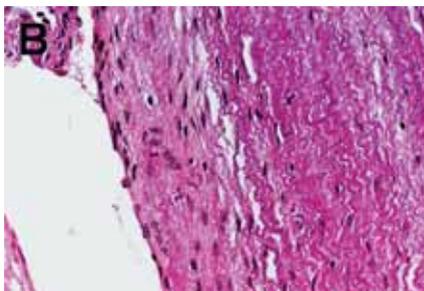
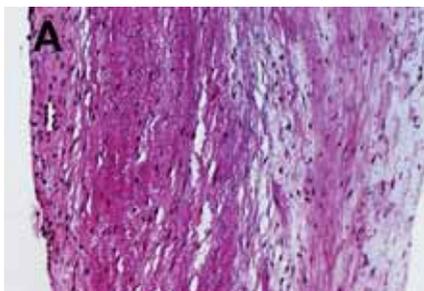


Abbildung 4: Der histologische Befund (Färbung EvG; Originalvergrößerung A: 200x, B: 400x) zeigt in der Übersicht (A) die Charakteristika einer Gefäßwand. In der Detailaufnahme (B) werden die geschlossene endotheliale Auskleidung des Lumens und die Faserstruktur erkennbar.

Fazit für die Praxis

- Gefäßvarianten des Kieferknochens können in der Klinik und Bildgebung gängigere Entitäten, zum Beispiel Ameloblastome oder Keratozysten, imitieren.
- Gefäßvarianten können zu teils dramatischen Blutungskomplikationen führen.
- Bei schweren Blutungskomplikationen ist eine rasche, suffiziente Kompression der Blutungsquelle und sofortige Verlegung in eine Fachklinik einer weiteren Exploration des Wundgebietes vorzuziehen.

Untersuchung erweist sich die korrekte Zuordnung dieser Entitäten als schwierig, bei Verdacht auf intraossäre Gefäßvarianten können aber kontrastmittelbasierte Untersuchungsmethoden (konventionelle Angiographie, MR-Angiographie) richtungweisend sein. Unklar bleibt im vorliegenden Fall die Ursache der Schmerzepisode, über die die Patientin glaubhaft berichtete. Bei der vollständigen Aufarbeitung des Resektates fand sich allerdings intraluminal ein großer organisierter Thrombus, so dass die klinischen Symptome eventuell Ausdruck einer zu diesem Zeitpunkt abgelaufenen Thrombose gewesen sein könnten.

Für die zahnärztliche Praxis weist dieser Fall noch einmal auf die Notwendigkeit hin, Strukturauffälligkeiten im OPG besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

*Dr. Marcus Oliver Klein,
PD Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz*

*Dr. Pablo Hess, ZZMK Carolinum
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt*

Die CT-Aufnahmen wurden uns freundlicherweise durch Dr. med. A. Halbsguth (radiologische Gemeinschaftspraxis, Frankfurt am Main) überlassen.

Das histologische Präparat wurde freundlicherweise von Dr. Hansen, Institut für Pathologie der Johannes Gutenberg-Universität (Direktor: Prof. Dr. Kirkpatrick) zur Verfügung gestellt.



Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Das große Tabuthema in der Zahnarztpraxis

Halitophobie – ein unterschätztes Krankheitsbild

Delia Nagel, Andreas Filippi et al.

Das Thema „Mundgeruch“ ist in den letzten Jahren stärker in das Bewusstsein von Patienten und Zahnärzten gerückt. Viele Menschen leiden unter Mundgeruch; insgesamt wird von einer Prävalenz von etwa 25 Prozent in Europa, den USA und Japan ausgegangen [Miyazaki et al., 1995]. Im Gegensatz zu den USA gibt es in Europa bisher nur wenige professionelle Anlaufstellen für Halitosis-Patienten. Der Patientenzulauf zu diesen wenigen Sprechstunden ist enorm.



Mit dem Begriff Halitophobie beschreibt man die übertriebene Angst des Patienten, andere Menschen mit dem vermeintlichen Mundgeruch unerträglich zu belästigen.

Foto: Maurilius

Unter dem Begriff Halitosis werden unterschiedliche Befunde beziehungsweise Krankheitsbilder zusammengefasst. Diese werden in echte Halitosis, Pseudohalitosis und Halitophobie unterteilt [Yaegaki & Coil, 2000]. Pseudohalitosis bedeutet, der Mundgeruch wird nur vom Patienten selbst empfunden, jedoch durch andere nicht wahrgenommen. Diese Situation verbessert sich durch die Aufklärung des Patienten und durch das Besprechen der Untersu-

chungsergebnisse. Bei einer Halitophobie klagt der Patient ebenfalls über objektiv nicht verifizierbaren Mundgeruch. Weder durch intensive Aufklärung noch durch Besprechung der Untersuchungsergebnisse kann der Patient davon überzeugt werden, dass kein Mundgeruch vorliegt. Frühere Untersuchungen beschrieben eine Inzidenz von fünf Prozent aller Ursachen für Halitosis [Delanghe et al., 1996]. Aktuelle Studien der Universitäten Berlin und Basel

zeigen jedoch, dass in professionellen Halitosis-Sprechstunden der Anteil von Patienten mit psychischer beziehungsweise psychiatrischer Ursache sogar bei zwölf Prozent bis 27 Prozent liegt [Seemann et al., 2004; Müller, 2005].

Psychologische und psychiatrische Ursachen

Das Selbstbild des Menschen über seinen Atem ist mehr oder weniger klar und kann in sehr geringem bis hin zu äußerst inadäquatem, pathologischem Maße von der Realität abweichen [Eli et al., 2001]. Es ist ein bekanntes und paradoxes Phänomen, dass Menschen mit Mundgeruch diesen selbst oft nicht wahrnehmen. Noch paradoxer ist die Tatsache, dass es Menschen gibt, die selbst einen starken Mundgeruch wahrnehmen, der jedoch real nicht existiert. Die Betroffenen suchen Hilfe beim Spezialisten in einer Halitosis-Sprechstunde, der nach eingehender Untersuchung die freudige Mitteilung macht, dass sowohl das Messgerät als auch die geübte Behandlerin keinen oder nur einen geringen Mundgeruch feststellen kann. Somit wäre sein Problem gelöst. Ein Halitosis-Patient wäre darüber vermutlich glücklich, ein Halitophobie-Patient wird jedoch voraussichtlich mit Unmut reagieren. Es ist meist nicht möglich, auch nicht mit noch so guter Argumentation, ihn davon zu überzeugen, dass er sich seinen Mundgeruch nur einbildet. Ein Patient mit echtem Mundgeruch nimmt den tatsächlich vorhandenen Geruch in der Regel nicht wahr; der Halitophobiker jedoch riecht den nicht vorhandenen Geruch nach eigenen Angaben deutlich. Der Umgang mit diesen Patienten ist sehr schwierig, da man ihnen nicht klarmachen kann, dass sie keinen Mundgeruch haben. Sie sind nicht selten enttäuscht und reagieren ablehnend auf jegliche Art der Argumentation. Daraus resultiert die Schwierigkeit, ei-

nen Halitophobie-Patienten einem Psychotherapeuten zu überweisen, da er seinen Mundgeruch somatisch behandelt haben möchte. In der Regel ist die Einsicht in das Wahnhafte seiner Eigendiagnose nicht vorhanden.

Pseudohalitis und Halitophobie

Ein Patient mit Pseudohalitis lässt sich im Verlauf von Diagnostik und Therapie davon überzeugen, dass sein Mundgeruch objektiv untersucht und instrumentell gemessen tatsächlich nicht vorhanden ist. Einen Halitophobie-Patienten jedoch kann man weder durch professionelle Diagnostik, noch durch metrische Beweise technischer Messungen davon überzeugen, dass sein Problem fiktiv ist und es keiner somatischen Behandlung bedarf [Rosenberg & Leib, 1997]. Mit dem Begriff Halitophobie beschreibt man die übertriebene Angst des Patienten, andere Menschen mit dem vermeintlichen Mundgeruch unerträglich zu belästigen. In einem Internetforum schreibt ein junger Halitophobiker: „Ich beobachte mein Gegenüber sehr gut, eigentlich fast zu gut. Das ist es, was mich fast immer irritiert. Irgendwie finde ich immer eine Reaktion, die auf Mundgeruch hindeuten könnte [...]. Meine Mutter hat mir auch schon des Öfteren versichert, dass ich keinen Mundgeruch habe, aber irgendwie habe ich das Gefühl, dass sie es nur so sagt, um mich nicht zu belasten [...]. Ich habe schon zwei Suizidversuche wegen meines Problems begangen.“ [aus <http://www.med1.de/Forum/Zahnmedizin/139753/>].

Die Auswertung von speziellen Anamnesebögen [Lang & Filippi, 2004a] der Halitosis-Sprechstunde der Universität Basel hat gezeigt, dass für Patienten mit nicht realer Halitosis das relative Risiko für eine negative Beeinflussung des Soziallebens doppelt so hoch ist, wie für Patienten mit echter Halitosis [Müller, 2005]. Dies erklärt teilweise die offenbar erhöhte Suizidgefährdung bei persistierender Halitophobie.

Im Alltag des Halitophobikers dreht sich alles um den Wahn, unerträglich aus dem Mund zu riechen. Bei zwischenmensch-

lichen Kontakten konzentriert sich der Halitophobiker fast ausschließlich auf vermeintliche Anzeichen seiner Mitmenschen, die auf seinen Mundgeruch hindeuten könnten. Als „Indizien“ gelten hier in jeder sozialen Interaktion natürlich vorkommende Gesten, wie ein kurzes Bedecken der Nase oder das Wegdrehen des Kopfes. Bei genauem Nachfragen sind diese Patienten jedoch noch nie auf einen unangenehmen Mundgeruch angesprochen worden [Johnson, 1996]. Die Auswirkungen dieser fehlerhaften Selbsteinschätzung sind immens. Die Patienten isolieren sich aus Furcht und Scham zunehmend vor ihren Mitmenschen um sie ja nicht mit ihrem Geruch zu belästigen. Sie ziehen sich dadurch immer mehr aus ihrem sozialen Umfeld zurück [Yaegaki & Coil, 1999].

Von der Angst über den Zwang zum Wahn

Die im Laufe der Zeit immer stärker werdenden Wahnvorstellungen vom Eigengeruch werden unter dem Begriff „olfaktorisches Referenzsyndrom“ zusammengefasst [Johnson, 1996]. Über die Halitophobie gibt es trotz der insgesamt hohen Inzidenz in speziellen Halitophobie-Sprechstunden [Delanghe et al., 1996; Seemann et al., 2004; Müller, 2005] keine psychologischen oder psychiatrischen wissenschaftlichen Daten. Die meisten Halitophobie-Patienten erscheinen auch nicht in psychologischen oder psychiatrischen Sprechstunden, da sie davon überzeugt sind, dass ihr Problem organischer und nicht psychischer Natur ist. Die Eigengeruchshalluzinose und das olfaktorische Referenzsyndrom sind Psychologen, Psychiatern und Neuropsychologen zwar bekannt, das Phänomen der Halitophobie jedoch nicht. Die Halitophobie wird wohl am schlüssigsten dem olfaktorischen Referenzsyndrom innerhalb der Zwangsstörungen zugeordnet [Stein et al., 1998]. Die Patienten werden oft von großer Scham



Foto: Pronomen

über den vermeintlichen Geruch und depressiven Tendenzen geplagt. Obsessive Handlungsmuster kommen hinzu. Somit könnte die Halitophobie die Kriterien für Zwangserkrankungen innerhalb des Klassifikationssystems für psychische Störungen (DSM-IV) erfüllen [Saß et al., 2002]. Es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um eine exakte Einordnung der Halitophobie innerhalb des olfaktorischen Referenzsyndroms und damit in die Gruppe der Zwangsstörungen zu rechtfertigen.

Medikamentöse Therapie

Antidepressiva in Form von selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI) sind in der Lage, die Konzentration des stimmungsrelevanten Neurotransmitters Serotonin im synaptischen Spalt zu erhöhen. Sie vermögen dadurch, Ängste, Depressionen Panikstörungen, Zwangsstörungen und Antriebsschwäche zu lindern [Adams et al., 2005]. Bei den SSRI treten anticholinerge Nebenwirkungen (auch Mundtrockenheit) seltener auf, als bei trizyklischen Antidepressiva. Die Wirksamkeit

der Substanzen Sertralin und Citalopram bei klinischen Symptomen von Zwangsstörungen ist bereits bestätigt worden [Stein et al., 1998; Phillips & Rasmussen, 2004]. Es wird jedoch ein erhöhtes Suizidrisiko durch SSRI zu Beginn der Behandlung beschrieben [Fergusson et al., 2005; Martinez et al., 2005]. Ein möglicher Grund könnte die antriebssteigernde Wirkung sein, welche dem Patienten die Energie für den Suizid gibt, die er in seinem depressiven Tief bisher nicht aufbrachte. Studien mit diesen Resultaten sind jedoch in psycholo-



Halitosis-Betroffene, wie die Patientin auf dem Foto, schämen sich, andere Menschen mit ihrem Mundgeruch zu belästigen.

Foto: gsk

gischen und psychiatrischen Fachkreisen umstritten, da hier die Evidenz gering ist. Es empfiehlt sich insgesamt, Halitophobie-Patienten – sobald sie dazu bereit sind – an einen Psychiater oder Allgemeinmediziner mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung zu verweisen.

Kommunikation mit Halitophobie-Patienten

In einer Halitosis-Sprechstunde ist es von Vorteil, Teile der Anamnese mittels Fragebogen zu erheben, der einige Fragen zur psychischen Situation des Patienten beinhaltet [Lang & Filippi, 2004a]. Patienten mit nicht realer Halitosis werden bereits im Vorfeld erkannt. Dementsprechend kann die Kommunikation von Anfang an diagnostegerecht gestaltet werden. Ruhe und Zeit sind sehr wichtig für das erste Gespräch. Nach der intraoralen, organ-

Unbedingt vermeiden

Halluzinose, halluzinieren
Wahn, wahnhaft, fixe Idee, Unsinn
Eingebildeter Mundgeruch, sich einbilden,
„das kommt Ihnen nur so vor“
Pseudohalitosis, Halitophobie
Psychisch, psychosomatisch,
pathologisch, Psychotherapie

Tab. 1: Begriffe, die man im Kontakt mit Halitophobie-Patienten vermeiden sollte

oleptischen und instrumentellen Diagnostik [Lang & Filippi, 2004a] ist es ratsam, auch Patienten mit psychisch bedingter Halitosis in die Mund- und Zungenhygiene einzuweisen [Lang & Filippi, 2004b]. Es liegt im Ermessen des Behandlers, ob man den Patienten bereits zum Zeitpunkt der Erstdiagnostik mit der Tatsache des nicht verifizierbaren Mundgeruchs konfrontiert. Entscheidend ist in erster Linie, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen.

Beginnen könnte man beispielsweise damit, zu erwähnen, dass der wahrgenommene Geruch sehr viel schwächer ist, als der Patient glaubt. Einige Patienten haben eine ausgedehnte Doctor-hopping-Phase hinter sich, sind enttäuscht und überempfindlich und sehnen sich verzweifelt nach einem Ende ihrer Probleme. Eine aufmunternd gemeinte Bemerkung, dass gar kein Mundgeruch vorhanden sei, kann zu diesem Zeitpunkt vom Patienten nicht kognitiv verar-

beitet werden. In seinem Inneren wird ein Widerstreit zwischen Kognition und Emotion ausgelöst, der auch zu Wutreaktionen führen kann.

Im Zentrum der Behandlung steht, eine Beziehung zum Patienten herzustellen, die von Akzeptanz, Mitgefühl, Unterstützung und Ermutigung getragen wird [Yaegaki & Coil, 1999]. In der Psychotherapie ist seit längerem bekannt, dass nicht in erster Linie die Technik der Therapie, sondern viel mehr die Haltung und der gute Beziehungsaufbau des Therapeuten die Initiation eines inneren Heilungsprozesses ermöglicht [Grawe et al., 1994]. Mit dieser empathischen Kommunikationsart ermöglicht man dem Patienten, sich den Luxus zu erlauben,

Fünf Regeln für die Praxis

1. Der Behandler lässt sich nicht auf Diskussionen ein, ob der Mundgeruch vorhanden ist oder nicht.
2. Es sollte abgeklärt werden, ob der Patient vermehrt auf Reaktionen von anderen achtet und aus diesen das Vorhandensein von störendem Mundgeruch ableitet.
3. Dem Patienten sollte wiederholt erklärt werden, dass Gesten wie das Bedecken der Nase mit der Hand oder das Abwenden des Gesichts häufig vorkommen und nicht bedeuten, dass er Mundgeruch hat.
4. Um den therapeutisch wichtigen Kontakt zum Patienten aufrecht zu erhalten, sollte man ihm zeigen, wie er seine Mundhygiene optimieren kann. Er ist von der Anwesenheit seiner Halitosis überzeugt und wird – wenn nicht ernst genommen – andere Spezialisten aufsuchen.
5. Der Patient sollte immer wieder daran erinnert werden, dass er den Zustand seiner Atemluft auf keinen Fall an Gesten oder Reaktionen anderer Menschen ablesen soll, da er damit immer falsch liegt.

Tab. 2: Fünf Regeln im Umgang mit Halitophobie-Patienten (nach Yaegaki & Coil 1999)

die innere Abwehr aufzugeben und sich eine neue Sicht der Dinge anzuhören. In der Regel nimmt keiner der Patienten initial das Angebot einer psychologischen Beratung und Therapie an [Delanghe et al., 1997; Delanghe et al., 1999a; Delanghe et al., 1999b; Yaegaki & Coil, 1999]. Bevor das Verhältnis zwischen Behandler und Patient von Vertrauen geprägt ist, wird der Versuch, den Patienten zu einem Psychotherapeuten oder psychologisch geschulten Allgemeinmediziner zu überweisen, im Normalfall scheitern. Aus diesem Grund ist es erforderlich, dass der Behandler genau zuhört und die Klagen des Patienten ernst nimmt. Während des Gesprächs immer wieder nicken, zustimmen und das Leiden anerkennen, schafft Vertrauen. Mit Sätzen wie: „Das kann ich gut verstehen“, „Das muss sehr belastend für Sie sein“, „Schauen wir mal, was ich für Sie tun kann“ zeigt man Verständnis. Unbedingt vermieden werden sollten Begriffe, die suggerieren, dass es sich um eine psychische und nicht um eine somatische Störung handeln könnte (siehe Tabelle 1).

Man darf nicht vergessen, dass sich Behandler und Patient in verschiedenen Wirklichkeiten befinden. Für den Patienten ist die Halitosis zu seinem Leidwesen eine sinnlich erfahrbare Realität. Diese Realität anzuerkennen und aus ihr herauszuführen, ist das Kernziel einer Halitophobie-Therapie. Eine aus psychologischer Sicht viel versprechende Umgangsbasis mit dem Patienten umfasst fünf Regeln [Yaegaki & Coil, 1999] (Tabelle 2).

Die Gewohnheit, andere Menschen zu beobachten und in ihren Reaktionen ständig Hinweise auf den eigenen schlechten Atem zu suchen, ist eines der Hauptprobleme der Halitophobie. Daher ist es empfehlenswert, den Patienten auf diese Gewohnheit und die damit einhergehenden Angstgefühle und Kontrollbedürfnisse aufmerksam zu machen. Lindert sich die Angst vor dem eigenen Atem nicht, so kann man den Patienten nach einigen Recalls darauf hinweisen, dass es nun an der Zeit wäre, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, um diesen quälenden Bedürfnissen Herr zu werden (Tabelle 3).

Einfühlungsvermögen gefragt

„Ich kann Ihnen zu Ihren Messwerten gratulieren. Sie haben inzwischen wirklich eine tadellose Mundhygiene. Ihre Atemluft riecht gut. Sie haben mir gesagt, dass Sie immer noch das Gefühl haben, aus dem Mund zu riechen. Dieses Phänomen ist hinreichend bekannt. Irgendwann haben Sie wahrscheinlich tatsächlich einen schlechten Geruch oder Geschmack im Mund gehabt. Man weiß noch nicht weshalb, aber es kommt vor, dass das Gehirn sich an diesen Geruch erinnert, das Gefühl dabei speichert und ihn weiterhin wahrnimmt, obwohl er gar nicht mehr vorhanden ist. Sie sind im Übrigen so ein dynamischer / lebensfroher / sympathischer / unternehmungslustiger Mensch. Es wäre schade, wenn diese Wahrnehmung Sie weiterhin plagen würde. Ich schlage Ihnen vor, einen Spezialisten aufzusuchen, auf den ich große Stücke halte. Er ist Psychiater / Psychologe / Allgemeinarzt und ein Profi auf dem Gebiet der Geruchserinnerung des Gehirns. Eventuell kann er Ihnen auch mit einem Medikament weiterhelfen, das dabei hilft, den Eindruck des schlechten Geruchs im Gehirn wieder zu löschen.“

Tab. 3: Psychotherapie – wie sag ich's meinem Patienten?

Schlussfolgerung

Jeder Zahnarzt, der eine Halitosis-Sprechstunde anbietet und somit früher oder später mit Halitophobie-Patienten konfrontiert werden wird, sollte sich einen Psychiater oder Allgemeinmediziner, beide mit Zusatzausbildung in Psychotherapie, in der Nähe suchen und ihm die Symptome einer Halitophobie schildern, damit dieser weiß, was auf ihn zukommt, wenn ihm ein solcher Patient überwiesen wird. Der Umgang mit Halitophobie-Patienten ist für den Zahnarzt schwierig. Voraussetzungen sind Grundkenntnisse über die Hintergründe der Erkrankung, die adäquate Kommunikation mit Halitophobie-Patienten sowie die therapeutischen Möglichkeiten auf psychologischer Seite.

Zusammenfassung

Epidemiologisch betrachtet leidet ein Großteil der Bevölkerung unter Halitosis. Ursachen können sowohl orale als auch nicht orale Veränderungen sein. Zungenbelag sowie Parodontitis marginalis gehören zu den häufigsten oralen Ursachen. Nicht orale Ursachen sind vor allem Tonsillitis und Sinusitis aber auch Allgemeinerkrankungen sowie spezielle Ernährungsgewohnheiten. Unter nicht realer Halitosis, beziehungsweise Halitophobie versteht man die zwanghafte Vorstellung, unter Mundgeruch zu leiden und andere dadurch zu belästigen. Dadurch verändert sich das gesamte Verhaltensmuster des Patienten, was wiederum zur Selbstisolation bis hin zum Suizid führen kann. Jede Halitosis-Sprechstunde sollte auf Patienten mit nicht realer Halitosis vorbereitet sein und entsprechende interdisziplinäre Kontakte aufbauen.

Delia Nagel
Lic. phil. Psychologin
Männedorf, Schweiz

Dr. Christina Lutz
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Universität Basel, Schweiz

Korrespondenzadresse:

Dr. Andreas Filippi
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Universität Basel
Hebelstrasse 3
4056 Basel
andreas.filippi@unibas.ch

Im Original erscheint dieser Beitrag in SSO Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin 116 (2006).
Dieser Beitrag erscheint mit freundlicher Genehmigung des Verlags

zm Leser service

Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Repetitorium

Narkolepsie – ständig vom Schlaf übermannt

Christine Vetter

Ein oft verkanntes Krankheitsbild ist die Narkolepsie. Die Patienten fallen vor allem durch eine extreme Tagesmüdigkeit auf. Sie schlafen oft mehrmals am Tage ungewollt ein. Typisch sind auch Episoden eines plötzlichen Verlustes des Muskeltonus, was auf den ersten Blick an eine Epilepsie denken lässt.

Bei der Narkolepsie handelt es sich um eine chronische, neurologische Erkrankung. Grundlage ist eine Schlaf-Wach-Störung, die sowohl den REM-Schlaf (Rapid-Eye-Movement, Traumschlaf) als auch den Non-REM-Schlaf betrifft. An der Störung leiden Schätzungen zufolge rund 40 000 Menschen in Deutschland. Nur etwa 2 000 von ihnen erhalten eine adäquate Behandlung, eine Zahl, die bereits eindrucksvoll verdeutlicht, dass bei der Narkolepsie, die sich meist in der zweiten Lebensdekade manifestiert, noch ein erheblicher diagnostischer und auch therapeutischer Handlungsbedarf besteht.

Erstmals beschrieben wurde das Krankheitsbild 1880 durch den französischen Neurologen und Psychiater Gélinau. Die Bezeichnung Narkolepsie stammt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie „von Schläfrigkeit ergriffen“.

Extreme Tagesschläfrigkeit

Das wichtigste Merkmal der Erkrankung ist die extreme Tagesschläfrigkeit, die entweder ständig vorhanden ist oder sich durch anfallsartige Einschlafattacken von meist nur wenigen Minuten bemerkbar macht. Die Tagesmüdigkeit ist oftmals das zuerst auftretende Symptom und beruht auf dem fragmentierten Nachtschlaf. Denn die Mehrzahl der Patienten hat reduzierte Tiefschlafphasen, der Schlaf beginnt oft mit vorzeitigem REM-Schlaf (Sleep-Onset-REM), die Schlafstadien wechseln sehr oft, und es kommt zu häufigen Arousels (Aufweckreaktionen), die zum Teil vom Patienten unbemerkt ablaufen, zum Teil aber auch mit langen Phasen verbunden sind, in



Foto: MEV

Medizinisches Wissen ist für jeden Zahnarzt wichtig. Da sich in allen medizinischen Fachbereichen ständig sehr viel tut, sollen mit dieser Serie unsere Leser auf den neuesten Stand gebracht werden. Das zm-Repetitorium Medizin erscheint in der zm-Ausgabe zum Ersten eines Monats.

denen der Betroffene nicht wieder einschlafen kann.

Der gestörte Nachtschlaf hat zur Folge, dass die Patienten sich während des Schlafs nur bedingt erholen und tagsüber eine exzessive Einschlafneigung besteht. Menschen mit Narkolepsie schlafen deshalb immer wieder ungewollt und zu unpassenden Zeiten und Gelegenheiten für Sekunden beziehungsweise für längere Zeiten ein, was vor allem bei monotonen Tätigkeiten, beim Lesen oder beim Fernsehschauen geschieht. Sie fühlen sich anschließend meist für mehrere Stunden wieder erfrischt.

Trotz spannender Tätigkeit vom Schlaf übermannt, das ...

Viele Betroffene kämpfen aber regelrecht gegen den Schlaf an. Durch die extreme Müdigkeit kommt es dann fast zwangsläufig zu Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, zu Kopfschmerzen, Sehstörungen und Schwindel. Nicht selten gehen die Erkrankten in eine Art Halbschlaf über und verrichten ihre Tätigkeiten wie in Trance. Sie zeigen ein automatisches Verhalten – führen also ihre begonnene Handlung trotz des Einschlafens wie automatisiert fort –, an das sie sich später nicht erinnern können.

Infolge der hohen Einschlafneigung besteht bei Menschen mit Narkolepsie eine erheblich gesteigerte Unfallgefährdung im Straßenverkehr, beim Arbeiten an Maschinen am Arbeitsplatz oder auch im privaten Umfeld beispielsweise beim Kochen. Abge-

sehen von der erhöhten Unfallgefährdung haben die Erkrankten aber keine Einschränkung ihrer Lebenserwartung durch die Narkolepsie zu befürchten.

Plötzlicher Verlust des Muskeltonus

Ein zweites Charakteristikum der Narkolepsie ist die Kataplexie. So kommt es vorwiegend bei starken Gefühlsregungen, wie großer Freude, Ärger und bei Überraschungen, beim Erschrecken, bei großem Stress oder auch bei besonderen körperlichen Anstrengungen zu einem plötzlichen Verlust des Muskeltonus. Das kann zur Erschlaffung der Gesichtsmuskulatur führen, zum Herunterfallen des Unterkiefers, zum Innehalten beim Sprechen oder zum völligen Verlust der Stimme. Je nachdem, wie schwer die kataplektische Episode verläuft, kann der Patient sogar zu Boden sinken oder direkt hinfallen. Die Narkolepsie wird daher nicht selten mit der Epilepsie verwechselt, obwohl es bei den kataplektischen Episoden nicht zur Bewusstseinsstrübung kommt, sondern die Patienten meist voll bei Bewusstsein sind.

Da die glatte Muskulatur und damit die respiratorische Muskulatur und die Zungen-/Schlundmuskulatur von der Muskellähmung nicht betroffen sind, ist die Kataplexie nicht vital bedrohlich.

Wie häufig kataplektische Episoden auftreten, ist von Patient zu Patient ebenso unterschiedlich, wie die Dauer der Kataplexie. Es gibt kurze Phasen von nur fünf bis 30 Se-

kunden Dauer, aber auch längere Episoden, die mehr als 30 Minuten anhalten. Dauert die Kataplexie jedoch Stunden bis sogar Tage, liegt ein Status Kataplektikus vor. Er tritt vor allem nach dem plötzlichen Absetzen von Medikamenten, die sich gegen die Kataplexie richten, auf.

Schlaflähmung und Halluzinationen

Als besonders bedrohlich wird von den Narkolepsie-Patienten ein weiteres Symptom empfunden: Die Schlaflähmung, also eine vor dem Einschlafen oder auch direkt nach dem Aufwachen einsetzende Bewegungsunfähigkeit. Die Betroffenen nehmen zwar ihre Umgebung wahr, können sich aber nicht bewegen. Im Gegensatz zu den Kataplexien kann die Schlaflähmung (Schlafparalyse) von Angehörigen durch eine kurze körperliche Berührung unterbrochen werden.

Rund die Hälfte der Patienten leidet darüber hinaus unter hypnagogen Halluzinationen, die sich als lebhaft und zum Teil angstvolle Trug- und Traumwahrnehmungen äußern. Sie treten vorzugsweise beim Übergang vom Wach- in den Schlafzustand auf, wobei die Erkrankten oftmals fremde Gestalten wahrnehmen und zudem die Sinnestäuschungen zum Teil als sehr wirklichkeitsnah erleben. Dies wird von Menschen mit Narkolepsie aber häufig verschwiegen, aus Sorge, sonst leicht als „verrückt“ angesehen zu werden.



Foto: DAK/Wigger

Wer müde ist, sollte sich Ruhe gönnen.

Tagesschläfrigkeit, Kataplexie, Schlaflähmung und hypnagogische Halluzinationen werden auch als „narkoleptische Tetrade“ bezeichnet.

Genetische Grundlagen

Grundlage der Narkolepsie ist wahrscheinlich eine genetische Veränderung, die konkret in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts beschrieben wurde. Rund 98 Prozent der Patienten weisen bestimmte genetische Marker im Bereich des HLA-Systems (Gewebeverträglichkeitskomplex) auf, die allerdings auch bei rund 30 Prozent der gesunden Bevölkerung nachzuweisen sind. Dass genetische Grundlagen der Erkrankung bestehen, belegt auch die Beobachtung eines erhöhten familiären Risikos. So weisen Angehörige ersten Grades von Narkolepsie-Patienten ein rund 40-mal höheres Risiko auf, ebenfalls zu erkranken.

Aufgrund genetischer Veränderungen scheint es neueren Erkenntnissen zufolge zu einer reduzierten Bildung oder einem verminderten Ansprechen auf den Neurotransmitter Orexin (auch Hypocretin genannt) zu kommen, der den Schlaf- und Wachzustand reguliert. Die Orexin-produzierenden Zellen im Hypothalamus scheinen zudem im Verlaufe der Erkrankung zugrunde zu gehen. Denn bei Obduktion wurden im Gehirn verstorbener Narkolepsie-Patienten nur noch vergleichsweise wenige dieser Zellen nachgewiesen.



... ist besonders am Steuer gefährlich. Der Sekundenschlaf ist häufig Ursache von Unfällen.

Foto: AOK

Diagnostische Schwierigkeiten

Relativ rasch steht die Verdachtsdiagnose „Narkolepsie“, wenn mehrere Symptome vorliegen, der Patient also beispielsweise durch eine exzessive Tagesmüdigkeit auffällt sowie durch eine Kataplexie. Das aber ist nur selten der Fall. In aller Regel manifestiert sich die Erkrankung zunächst mit der Tagesmüdigkeit, die jedoch meist nicht mit einer Narkolepsie, sondern mit verschiedenen anderen Ursachen in Zusammenhang

Zustand in den Schlaf verkürzt ist, kann auch ein multipler Schlaflatenz-Test Aufschluss über die Diagnose bringen. Dabei wird der Patient mehrmals am Tage aufgefordert, unter polysomnographischer Kontrolle einzuschlafen. Zeigt sich eine verkürzte Schlaflatenz, also ein sehr rasches Einschlafen (unter acht Minuten), so kann dies als ein Kriterium auf eine Narkolepsie hinweisen.

Differenzialdiagnostisch sind allerdings als Ursache der exzessiven Tagesmüdigkeit eine ganze Vielzahl von Erkrankungen

Ratsam sind häufige Nickerchen

Eine kurative Behandlungsmöglichkeit gibt es bei der Narkolepsie nicht. Es gibt allerdings eine ganze Reihe allgemeiner und auch medikamentöser Optionen, mit denen sich die Symptomatik lindern lässt. So wird Menschen mit Narkolepsie das Einhalten regelmäßiger Schlafzeiten geraten, um einer übermäßigen Müdigkeit am Tage vorzubeugen. Günstig ist es ferner, während des Tages kleine Nickerchen zu halten und zwangsläufig monotone Tätigkeiten in Phasen besonders hoher Wachheit zu legen, also zum Beispiel möglichst kurzfristig nach dem Schlafen oder nach einem Nickerchen zu erledigen.

Darüber hinaus sind einige allgemeine Maßnahmen ratsam, um den Schlafanfällen vorzubeugen. Dazu gehört eine regelmäßige körperliche Aktivität sowie eine ausgewogene Ernährung mit reduziertem Fett- und Kohlenhydratanteil. Denn viele Narkolepsie-Patienten sind übergewichtig, und durch solche Maßnahmen kann eine Gewichtsreduktion erwirkt werden. Außerdem sollten möglichst mehrere kleine statt einer großen Mahlzeit verzehrt werden, da dies die postprandiale Müdigkeit begrenzt. Auf kohlenhydratreiche Snacks, die ebenfalls langfristig die Müdigkeit verstärken, wird besser verzichtet.

Auf das Rauchen sollten Narkolepsie-Patienten ebenfalls verzichten. Dies hat zwei Gründe: Neben den allgemeinen Gesundheitsgefahren besteht bei Menschen mit Narkolepsie das Risiko, mit brennender Zigarette einzuschlafen, was bei ihnen selbst zu Verbrennungen, aber auch zu größeren Bränden führen kann. Zweitens verhindert Rauchen das Lumen der Gefäße und führt oft zur Mangelversorgung mit Sauerstoff.

Sozialen Rückzug vermeiden

Wenig sinnvoll ist dagegen der soziale Rückzug, den viele Patienten antreten – nicht zuletzt, um emotionale Belastungssituationen zu vermeiden. Der Rückzug führt zu zunehmendem Problemen im Beruf und



Das Schlaflabor gibt Auskunft darüber, welche Ursache für die Schlafstörung vorliegt.

Foto: AHG

gebracht wird. Die Patienten werden leicht als Drückeberger oder Faulenzer abgestempelt und es vergehen oft zehn Jahre und mehr, ehe die richtige Diagnose gestellt wird. Nicht selten wird in die Richtung der Schlafapnoe, die ja erst in den letzten zehn bis 15 Jahren richtig bekannt geworden ist, untersucht.

Dies liegt auch daran, dass die Narkolepsie-Diagnose erst sicher mit dem Auftreten der Kataplexie gestellt werden kann. Diese aber manifestiert sich bei der Mehrzahl der Patienten zeitlich deutlich nach der pathologischen Tagesschläfrigkeit.

Diagnostizieren lässt sich die Erkrankung über polysomnographische Untersuchungen im Schlaflabor. Während des Schlafs wird dabei das EEG (Elektroenzephalogramm) abgeleitet, das EOG (Elektrookulogramm) und das EMG (Elektromyogramm) sowie das EKG, die Atmung und die Beinbewegungen.

Da bei Narkolepsie-Patienten typischerweise die Zeit des Übergangs vom wachen

auszuschließen. Das sind zum Beispiel ZNS-Tumoren, eine Enzephalitis, eine Multiple Sklerose, ein Restless-Legs-Syndrom, eine Schlaf-Apnoe, psychiatrische Ursachen sowie andere neurologische Erkrankungen wie der Morbus Parkinson, die Epilepsie, eine Chorea Huntington und eine myotone Dystrophie. Auch an ein Chronic-Fatigue-Syndrom oder eine Fibromyalgie als Ursache muss gedacht werden.

Diagnostische Schwierigkeiten ergeben sich ferner, weil viele Patienten ihre Symptome zu kaschieren versuchen. So stellen sich die Patienten in aller Regel erst zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr dem Arzt vor – dann, wenn die Symptome kaum mehr verborgen werden können. Oftmals ergibt sich anamnestisch, dass sie bereits im Kindes- und Jugendalter auffällig waren, dass Schulprobleme bestanden oder eine Hyperaktivität, mit der die Tagesmüdigkeit überspielt wurde. Bei so manchem Narkolepsiepatienten wurde folglich in der Kindheit ein hyperkinetisches Syndrom diagnostiziert.



Foto: CC

Gähnen ... ein Reflex, der ansteckt!

im Privatleben, was einem eingeschränkten Selbstwertgefühl und Depressionen den Weg bahnt. Auf die neurologische Erkrankung propfen sich so leicht psychische Störungen auf.

Viel sinnvoller ist es, die Familienmitglieder sowie Freunde und auch die Kollegen am Arbeitsplatz über die Erkrankung zu informieren und über die möglicherweise dadurch bedingte Leistungseinschränkung. Im sozialen Umfeld sollte bekannt sein, dass die Kataplexien nicht vital bedrohlich sind und dass man dem Patienten am besten in einer solchen Situation hilft, indem man ihn in der jeweiligen Lage stützt.

Besondere Vorsicht ist beim Autofahren geboten, da bei unbehandelter Narkolepsie eine erhebliche Gefährdung für den Betroffenen wie auch für Fremde infolge von Einschlafattacken oder kataplektischen Episoden besteht.

Medikamentöse Behandlung

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung. Es kann mit Stimulanzien behandelt werden, wobei Wirkstoffe vom Amphetamin-Typ wegen ihrer kardiovaskulären Nebenwirkungen und der Toleranzentwicklung mehr und mehr in den Hintergrund treten. Be-

handelt wird nur bei Bedarf, wobei vor allem die Substanz Modafinil eingesetzt wird, welche nicht von Amphetaminen abstammt und die Tagesmüdigkeit mindert. Gegen die Tagesschläfrigkeit wird häufig außerdem Methylphenidat (besser bekannt als Ritalin®) verordnet.

Ist der Nachtschlaf gestört, so können kurzwirksame Hyponotika wie Zolpidem oder Zopiclon hilfreich sein.

Gegen Kataplexien, schlafbezogene Halluzinationen und Schlaflähmungen werden Wirkstoffe eingesetzt, die den REM-Schlaf unterdrücken. Verordnet werden vor allem Antidepressiva, etwa trizyklische Antidepressiva, die SSRI (selektive Serotonin-Reuptake Inhibitoren, selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) sowie die Monoaminoxidase-Hemmer (MAO-Hemmer). Diese Wirkstoffe müssen regelmäßig eingenommen werden, da bei abruptem Absetzen mit vermehrten Kataplexien zu rechnen ist. Sie können bei der Narkolepsie in der Regel aber weit niedriger dosiert werden als es zur Behandlung von Depressionen üblich ist. Mit dem Wirkstoff Natriumoxybat ist außerdem eine Substanz eigens zur Behandlung der Kataplexien verfügbar. Sie mindert auf Dauer die Häufigkeit von Kataplexien und hat davon abgesehen eine praktisch Schlaf erzwingende Wirkung, wird aber im Körper rasch metabolisiert, so dass es nicht zu einem Hang-over-Effekt am nächsten Morgen kommt.

Prognose der Narkolepsie

Bei der Narkolepsie handelt es sich um eine lebenslange Erkrankung, die jedoch in ihrem Schweregrad abnehmen kann. Vor allem die Kataplexie lässt mit zunehmendem Lebensalter meist nach und ebenso die Halluzinationen und die Schlaflähmung, während die Tagesmüdigkeit meist als Symptom erhalten bleibt. ■

Die Autorin der Rubrik „Repetitorium“ ist gerne bereit, Fragen zu ihren Beiträgen zu beantworten

**Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln**

Viren-Tracking

Bewegte Bazillen

Zahlreiche Amerikaner gehen in ihrer Freizeit einem ungewöhnlichen Hobby nach: Auf der Website www.wheresgeorge.com teilen sie aller Welt den Ort mit, an dem sie gerade eine der 70 Millionen registrierten Banknoten in der Hand halten. Was als amüsante Spielerei in den USA für Zerstreung sorgt, brachte einen deutschen Physiker auf die Idee: Wenn es gelingt, die Reiseroute von Geldscheinen zu erfassen, müsste man doch auch mögliche Ausbreitungswege einer Seuche voraussagen können? Bingo.

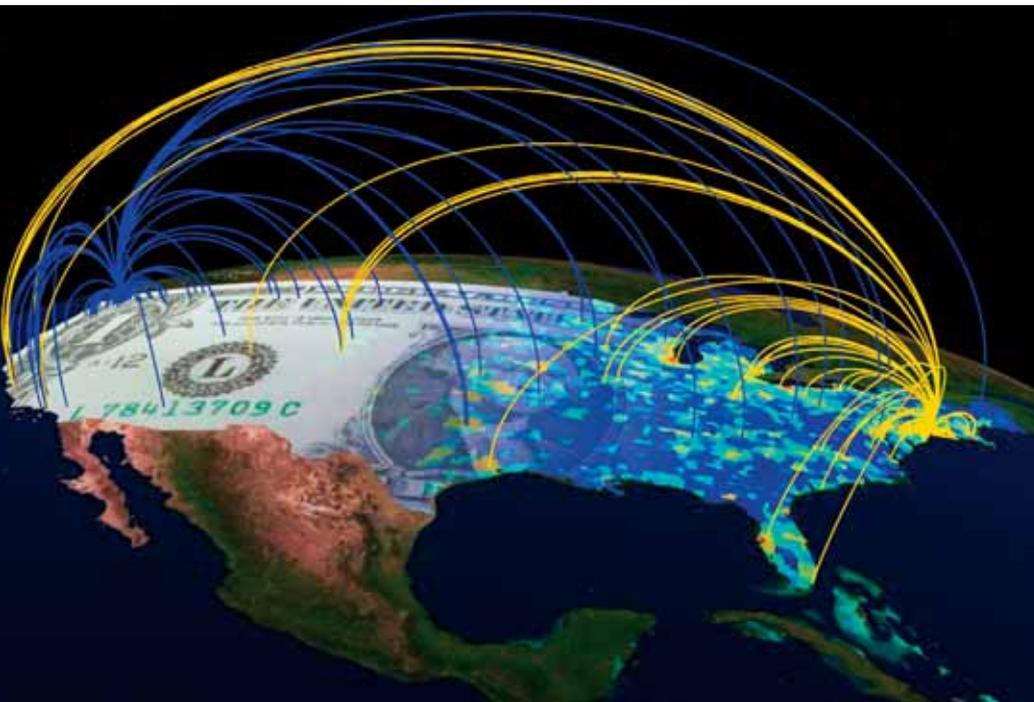


Foto: Max-Planck-Institut

Money makes the world go round: So bewegen sich Geldnoten in den USA. Jede Linie steht für die Reise eines einzelnen Geldscheins zwischen Anfangs- (Seattle: blau, New York: gelb) und Zielort. Verblüffend: Jede Geldnote war weniger als eine Woche unterwegs.

Die Vogelgrippe wütet – fast jeden Tag stehen neue Fälle in der Zeitung. Inzwischen hat das gefährliche Virus die EU erreicht und fällt nach Italien und Griechenland jetzt auch über Österreich und Deutschland her. Bislang fand man bei uns nur infizierte Schwäne – aufatmen wird trotzdem niemand, denn die Krankheit überträgt sich auch von Tier zu Mensch. In Brüssel tauchte bereits Mitte Januar ein Verdachtsfall auf, kurz darauf in Köln, dann in Montpellier. Zwar gaben die Behörden jedesmal Entwarnung, dennoch versetzte die Meldung die Bevölkerung in Angst und Schrecken. Denn liegt Köln auch Hunderte von Kilometern von China, Zypern und selbst Italien

entfernt – die scheinbar grundlose Panik hat durchaus Berechtigung. Epidemien reisen mit uns um die Welt.

Blinde Passagiere

Verbreiteten sich Erreger früher quasi „zu Fuß“, bewegen sie sich heute im Zeitraffer. Während historische Seuchen wie die Pest noch langsam und wellenartig vorwärts krochen, jagen die Keime heute blitzschnell um den Globus. Ganze drei Jahre brauchte die Pest im 14. Jahrhundert, um Europa von Nord nach Süd zu durchqueren – die Lungenkrankheit Sars wurde dagegen binnen weniger Wochen gleich auf mehreren Kon-

tinente festgestellt. Die Erklärung dafür ist simpel: Wir sind mobil. In Zeiten ohne Auto, Flugzeug und Bahn legten Reisende maximal 20 Kilometer pro Tag zurück. Jetzt reisen Geschäftsleute und Urlauber um die halbe Welt. Heute Japan, morgen Düsseldorf. Dank neuer Verkehrsnetze nimmt man morgens den Flieger zum Geschäftstermin und reist abends retour.

Doch Businessleute und Touristen haben nicht nur Anzüge oder Sonnencreme dabei. Nein, auch die Viren sind mobil geworden: Versteckt im Gepäck gehen sie als blinde Passagiere mit an Bord. Via Flugzeug oder Zug verbreiten sie sich rasant, besonders an Knotenpunkten, wie Flughäfen oder Fernbahnhöfen. Kreuz und quer. Landauf, landab.

Unser reges Reiseverhalten ist allerdings alles andere als chaotisch. Im Gegenteil: Richtige mathematische Gesetze liegen den Trips zugrunde. Und genauso wie sich diese Reisewege berechnen lassen, sind auch die Ausbreitungsmuster der Seuchen vorhersehbar. Diesen Zusammenhang erkannte Dirk Brockmann, Physiker am Göttinger Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation.

Den Viren auf der Spur

Auf die Idee, dass System dahinter steckt, kam der Physiker dank eines profanen Spiels, dem so genannten Dollar-Tracking. US-Bürger melden über die Website wheresgeorge.com den Ort, an dem sich gerade einer der 70 Millionen registrierten Dollarscheine in ihrem Besitz befindet. Von

Reisenden verbreitet und weitergegeben wandern die Dollars durch die Staaten. „Genau wie die Viren“, stellte Brockmann fest. Geldbewegungen und damit das moderne Reiseverhalten gehorchen universellen Skalierungsgesetzen: Das Reismuster über kleine Entfernungen gleicht dem über große Strecken. Brockmann: „So wie es zum Beispiel ein Gesetz gibt, dass es sehr viele kleine Tiere von einigen Zentimetern Größe gibt, aber vergleichsweise wenige, die viele Meter groß werden, so lassen sich auch im Reiseverhalten regelmäßige Abhängigkeiten feststellen: zwischen der Länge zurückgelegter Strecken und deren Häufigkeit.“

Das heißt, kommt man den Reisebewegungen der Geldscheine auf die Spur, könnte man also auch Aussagen über mögliche Ausbreitungswege von Seuchen treffen.

Dass Seuchen außer Kontrolle geraten, liegt nämlich speziell am mangelnden Wissen über Prognosen: Verfärbten sich Landkarten, die die fortschreitende Infektion markieren, früher im Schneckentempo, flackert es heute hier und morgen ganz woanders farbig auf. Doch eine Systematik, mit der man die Virenwege kontrollieren kann, schien es nicht zu geben.

Tanz der Dollars

Erst Brockmann sah beim „Tanz der Dollars“, so das Fachmagazin „Nature“, im Chaos die Choreographie. Eine Computer-Software half ihm dabei. Es wertete die auf www.wheresgeorge.com erfassten Orte und Zeiten aus, wo fast 50 Millionen Dollar individuell registriert waren. Knapp 1,2 Millionen Meldungen las das Programm und lieferte die Zahlen, die offensichtlich typischen Regelmäßigkeiten unterworfen waren. Denen folgt der Weg von Geld und Grippe.

Lediglich 7,8 Prozent der Dollars legten in knapp einer Woche mehr als 800 Kilometer zurück, 11,3 Prozent kamen weiter als 50 Kilometer. Dagegen wurde die Mehrheit von 80,9 Prozent der Scheine keine 50 Kilometer weit getragen, die meisten blieben sogar an ein und demselben Ort. Die flach abfallende Kurve beruht auf einer mathe-



matischen Formel: Die Weglänge ist umgekehrt proportional zur Häufigkeit der Reise. Das Geld wechselt also vielleicht häufig den Besitzer – kommt aber über das Ortsausgangsschild nicht hinaus.

Eine Erkenntnis mit Folgen: Wer in Zukunft den Verlauf einer Pandemie im Voraus be-

stimmen will, muss diese Grundsätze berücksichtigen. Brockmann will jetzt beweisen, dass auch in Europa die Viren der Mathematik gehorchen. Dazu müsste er prüfen, wie viel Zeit die Euromünzen in einzelnen Ländern brauchen, bis sie sich in Nachbarstaaten unter das dortige Geld mischen. Von wo nach wo Euros und Epidemien besonders schnell gelangen, entspricht den typischen Reiserouten: Denn auch die Topologie entscheidet über die Ausbreitungsmuster. Seuchen verbreiten sich in den USA vermutlich schneller auf den kurzen Nord-Süd-Wegen als über die langen Ost-West-Distanzen.

Die regionale Bevölkerungsdichte und die Attraktivität der Reiseziele sind ebenfalls relevant. So ist es viel wahrscheinlicher, dass bei uns ein Geldschein in der Großstadt landet, wo er vielfach den Besitzer wechselt, als auf dem platten Land.

ck

Die Studie steht im Magazin *Nature*, Bd. 439, 2006, S.462: Dirk Brockmann, *Tanz der Dollars*, und in der aktuellen Ausgabe „SZ Magazin Wissen“.

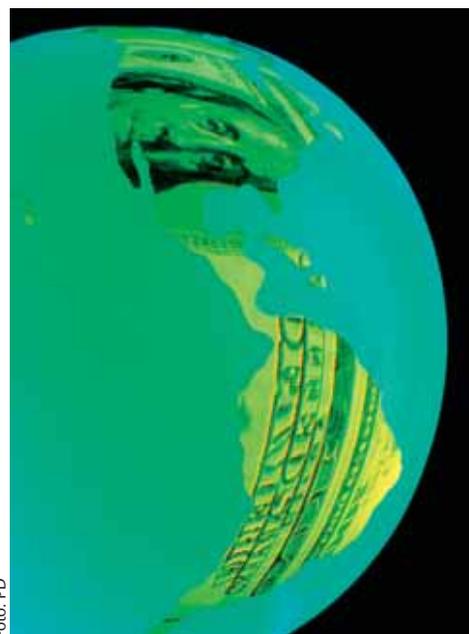


Foto: PD

Geld und Grippe nehmen den selben Weg.

Infektionskrankheiten

Vogelgrippe nun auch in Deutschland

Christine Vetter

Das H5N1-Virus, der Erreger der gefürchteten Vogelgrippe, hat nun auch Deutschland erreicht. Massenhaftes Sterben bei Schwänen und inzwischen auch anderen Vögeln auf Rügen, erste durch die Infektion verendete Tiere auf dem deutschen Festland – die Behörden und die Bevölkerung sind alarmiert. Die Sorge ist groß, dass die Infektionsgefahr in den kommenden Wochen durch den Flug der Zugvögel noch erheblich ansteigt.

Zur Panik gibt es keinen Grund, beteuern die Experten. Dennoch ließ im vergangenen Herbst die Angst vor einer Pandemie die Verkaufszahlen des Grippemittels Tamiflu® explosionsartig in die Höhe schießen. Die Nachfrage war derart groß, dass das Mittel, von dem niemand weiß, ob es im Fall des Falles tatsächlich auch gegen das Vogelgrippe-Virus H5N1 wirksam ist, über Tage in den Apotheken ausverkauft und nicht mehr zu beziehen war.

Die bundesweite Reaktion der Menschen lässt erahnen, wie rasch sich bei uns Panik breit machen könnte, wenn der Influenzavirus-Subtyp sich tatsächlich weiter ausbreitet und auch hier zu Lande Fuß fasst. Dass

es derzeit keinen Grund zur Panik gibt, liegt nach Angaben der Experten daran, dass das Virus nach wie vor hauptsächlich Vögel befällt. Menschen werden anscheinend nur dann infiziert, wenn sie sehr intensiven Umgang mit erkrankten Tieren haben.

Kein Grund zur Panik

Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist bislang offenbar nicht möglich. Sie würde eine Mutation des Virus voraussetzen. Diese aber ist nicht unwahrscheinlich. Sie kann sich praktisch jederzeit vollziehen, wenn H5N1 auf für den Menschen pathogene Influenzaviren trifft und Teile des Ge-

noms austauscht. Dann kann, so fürchten Seuchenexperten, ein äußerst aggressives Influenzavirus entstehen, das ähnlich gefährlich ist wie H5N1 und sich ebenso leicht von Mensch zu Mensch übertragen lässt wie die bekannten Grippeviren. Eine weltweite Pandemie mit bis zu 150 Millionen Toten könnte dann die Folge sein, eine Gefahr, die den Experten bereits lange bewusst ist und dazu geführt hat, dass in vielen Nationen bereits seit längerem fertig ausgearbeitete Katastrophenpläne für den Fall der Fälle in den Schubladen liegen.

Darauf, dass eine Gefahr für eine solche Mutation besteht, diese Sorge aber keineswegs übertrieben werden sollte, machten das Robert Koch-Institut, das Paul-Ehrlich-Institut und das Friedrich-Loeffler-Institut Ende Januar in einer gemeinsamen Erklärung aufmerksam. Pathogene Influenzaviren sind demnach bei Vögeln und insbesondere bei Geflügel schon seit Ende des 19. Jahrhunderts bekannt und wurden früher als „Geflügelpest“ bezeichnet. Da vor allem Hühnervögel, Puten sowie Enten und Gänse befallen werden, führten Epidemien des Virus regelmäßig zu erheblichen wirtschaftlichen Verlusten in der Nutzgeflügelhaltung und in manchen Regionen sogar zum Ernährungsengpass.

Viren haben an Aggressivität gewonnen

Seit 1997 vermehren sich aber, so die aktuelle Stellungnahme, Epidemien mit hoch pathogenen aviären Influenzaviren, und zwar mit verschiedenen Subtypen, wie H7N1, H7N3 und unter anderem eben auch H5N1, ein Virus, das nicht regional begrenzt bleibt, sondern sich offenbar besonders rasch ausbreitet. Seit Ende des vergangenen Jahrhunderts ist dabei auch bekannt, dass H5N1 ein humanpathogenes Potenzial



Foto: Das Fotoarchiv

Die ersten Vogelschwärme sind unterwegs in ihre nördliche Heimat. Mit im Gepäck das H5N1-Virus, das die Vogelgrippe und ihre Varianten auch nach Deutschland bringen könnte.

besitzt, nachdem mehrere Menschen in Asien erkrankten. Die dortigen Lebensgewohnheiten mit zum Teil sehr engem Kontakt zu Geflügel scheinen die Übertragung des Virus vom Tier auf den Menschen zu begünstigen. Auch die Todesfälle der beiden Kinder in der Türkei sind auf das Spielen mit infizierten Tieren zurückzuführen.

Die Tatsache, dass bei den Lebensumständen in unseren Breitengraden ein derart enger Kontakt zwischen Geflügel und Mensch äußerst selten vorkommen dürfte, darf die westliche Welt nach Ansicht der Experten aber keinesfalls in falscher Sicherheit wiegen. Es besteht durchaus die Befürchtung, dass sich das asiatische H5N1 so an den Menschen adaptiert, dass eine effiziente Ausbreitung von Mensch zu Mensch möglich wird. Dann droht tatsächlich eine weltumspannende Pandemie mit unbekanntem Folgen.

Hoffnung Impfstoff

Derweil wird intensiv daran gearbeitet, potenzielle Übertragungswege des Virus zu unterbinden, beispielsweise durch eine Stallpflicht von Geflügel während der Zeit des Flugs der Zugvögel. Es wird ferner in-

tensiv an der Entwicklung eines Impfstoffs gearbeitet, wobei lediglich Prototypen möglich sind. Es besteht nämlich die etwas abwegig anmutende Situation, dass von den Forschern ein Vakzin entwickelt werden muss, das gegen ein Virus wirksam ist, welches überhaupt noch nicht existiert.

Die bislang üblichen Grippe-Vakzine wurden übrigens in Hühnereiern produziert, und es wird ebenfalls intensiv an der Entwicklung anderer Produktionsverfahren gearbeitet. Die Herstellung des Impfstoffs mithilfe von Hühnereiern ist sehr aufwändig und langwierig, was die Situation massiv erschwert, falls es zu einer Pandemie kommen sollte und sehr rasch große Mengen an Impfstoff benötigt werden. Amerikanische Forscher haben erst vor wenigen Tagen gemeldet, ein neuartiges Pandemie-Vakzin entwickelt zu haben, das sich mithilfe von Adenoviren, die in Zellkulturen einfach zu vermehren sind, herstellen lässt. Auch mit den neuen Erkenntnissen aber wird es, so die Einschätzung von Forschern des Paul-Ehrlich-Institutes in Langen, noch Monate bis sogar Jahre dauern, ehe ein Pandemie-Vakzin auf der Basis des neuen Impfstoffkonzeptes verfügbar sein wird.

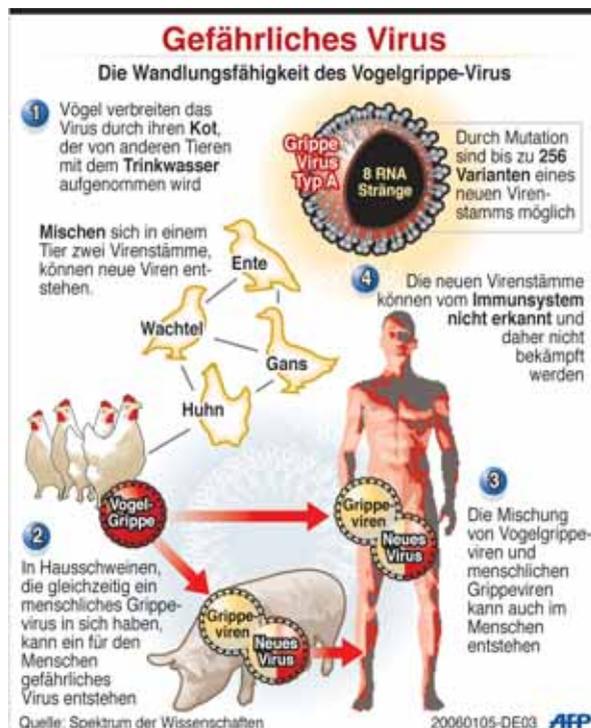
Durch die Vogelgrippe geriet vor allem ein Medikament in die Schlagzeilen: Tamiflu®. Hinter diesem Markennamen verbirgt sich der Wirkstoff Oseltamivir, der seit 2002 zur Behandlung der Grippe zugelassen ist. Der Wirkstoff hemmt das Enzym Neuraminidase, das für die Vermehrung der Influenza-Viren wichtig ist. Ob Oseltamivir auch gegen H5N1-Viren wirksam ist, ist bislang unbekannt. Derweil treibt die Vogelgrippe in anderen Nationen zum Teil skurrile Blüten. So gibt es in den USA bereits Wettbüros, in denen die Zocker auch darauf wetten können, wann genau das Virus erstmals in den USA auftaucht.

zm-Info

Risiko Zugvögel

Im Herbst machen sich viele Vogelarten auf in wärmere Länder, im Frühjahr kehren sie in die heimischen Gefilde zurück. Von den Graugänsen und Kranichen, die in Südspanien und an der portugiesischen Küste überwintert haben, geht nach Angaben von Experten keine Vogelgrippe-Gefahr aus. Auch Bussarde, die aus Afrika über die Südroute (Portugal und Spanien) zurückkehren, sind laut Franz Conraths, Leiter der Abteilung Epidemiologie am Friedrich-Loeffler-Institut, unproblematisch, obwohl dort vor wenigen Tagen das Virus erstmalig bestätigt worden ist. Gäbe es tatsächlich unter den Vögeln infizierte Tiere, die noch den Flug antreten, so würden diese nach seinen Angaben wohl die lange Reise nicht überstehen. Ganz anders sieht es bei den Tieren aus, die auf der Ostroute, also über die Türkei, Kroatien und Rumänien zurückkehren. Denn dort grassiert das Vogelgrippe-Virus bereits unter den Tieren. Die Gefahr der Ansteckung und Weitertragung der Epidemie ist entsprechend größer. Über die Ostroute kommen nach Conraths Gänse und Weißstörche zurück nach Deutschland, bei entsprechend großen Schlechtwetterfronten über Sizilien und Italien nehmen allerdings durchaus auch Schwalben den Umweg über Rumänien in Kauf. Bei Redaktionsschluss war bekannt, dass bereits erkrankte Vögel in Griechenland und seit dem 14.2. auf Rügen und dem deutschen Festland bestätigt wurden. Der Aktualität willen haben wir in zm-online eine „Simultanredaktion“ eingerichtet, in der tagesaktuell berichtet wird (www.zm-online.de → Aktionen).

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



Deutsche Zahnärzte in der SS und in den NS-Konzentrationslagern

Es geht wieder einmal um ein von der „offiziellen“ Standes-Geschichtsschreibung (Kurt Marezky / Robert Venter „Geschichte des deutschen Zahnärzte-Standes, 1974) sauber ausgespartes Kapitel: Die Täterrolle deutscher Zahnärzte zwischen 1933 und 1945. Alles, was bisher unternommen wurde, sind Streifzüge durch ein düsteres, noch wenig geklärtes Terrain. Unter dem weit ausholenden Titel „Les Dentistes Allemands sous le Troisième Reich“ setzt der französische Zahnarzt Xavier Riaud, Autor des ebenfalls bei L' Harmattan erschienenen Buches „La pratique dentaire dans les camps du III. Reich“, seine Untersuchungen über die trübe Rolle „arischer“ deutscher Zahnärzte in der SS und den nationalsozialistischen Konzentrationslagern fort (Besprochen in den zm Ausgabe 18., 16.9.2003). Das Verlagshaus L' Harmattan hat sich dem französischen Leser der Darstellung deutscher Kultur- und Zeitgeschichte verschrieben.

Diese zweite Arbeit Riauds ist in ihrer ersten Hälfte mit ihrem „glossaire“ und den „repères chronologiques“ weitgehend eine Einführung in Aufstieg und Ausrottungsideologie des NS-Staates, Berufsgeschichte, Sanitätsverfassung und die unheilvolle Verstrickung der zahnärztlichen Verbandsführung in den imperialen braunen Staat, die beim deutschen Leser als bekannt vorausgesetzt werden kann. Die Spitze der Entmenschlichung sieht er im Treiben der zahnärztlichen SS-Offiziere: „La dentisterie SS est celle qui a con-

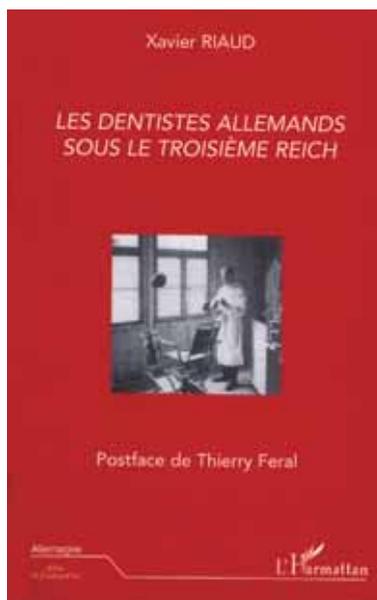
cerné le plus large éventail de personnes ... Dans la dentisterie allemande sous le Troisième Reich et pendant la Seconde Guerre mondiale, ils sont hélas incontournables ... Ils ont renié toute éthique médicale“ (Seite 177). Seine durch Quellen belegte erbitterte Abrechnung indiziert nicht zuletzt, wie tief das Trauma der französischen Katastrophe von 1940 auch unter den jungen Autoren sitzt; sein Buch ist nicht zuletzt unter dem Einfluss der rechtsextremen Ausschreitungen in Deutschland geschrieben. Das intellektuelle Ausland hat Angst.

In Riauds Buch kommt allerdings die Opferrolle der passiv betroffenen Zahnärzte zu kurz: Es gab nicht nur die „arischen“ (SS-)Zahnärzte, sondern auch die „nicht arischen“, die das „Dritte Reich“ mit Flucht und Vertreibung büßen mussten, deren

Existenz und Praxis zerstört wurden; es waren nach neuester Schätzung über eineinhalbtausend Kollegen; auch das waren „deutsche“ Zahnärzte, auch wenn ihre Abstammung nicht der offiziellen Meinung und Wertung entsprach und die bisher noch keinen Autor fanden. Ihr bisher stummes Schicksal ist ein riesiger Friedhof mit vergessenen Gräbern ohne Namen.

Riaud stützt sich auf die bisherigen Veröffentlichungen der Zahnärzte Wilhelm Schulz (Neuenahr-Ahrweiler), Wolfgang Kirchhoff (Marburg/L), Michael Köhn (Berlin) und auf die 1998 erschienene zm-Dokumentation „Deutsche Zahnärzte 1933 bis

1945“. Er erweitert diese Darstellungen durch neue Recherchen in den Bundesarchiven Koblenz, Berlin, Staatsarchiven Hamburg, Nürnberg, in den Gedenkstätten Buchenwald, Oranienburg-Sachsenhausen, Flossenbürg, Neuen-gamme, im Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes, Centre de Documenta-



tion Juive Contemporaine in Paris, im Pastwowe Muzeum Stuttgart, Auschwitz-Birkenau, im Pamtnik Terezin und im Internationalen Suchdienst Bad Arolsen (Die russischen beziehungsweise ehemals sowjetischen Behörden haben ihre entsprechenden Archive noch nicht freigegeben). Es gab sie tatsächlich, die „cabinets de consultations“ in den KZs, in denen SS-Zahnärzte Häftlinge (und vor allem ihre eigenen Leute) therapierten, denn wie es zynisch hieß, von Zahnweh geplagte Häftlinge sind schlechte Sklaven. Es werden aber in der zweiten Hälfte des Buches etwa 20 Namen genannt, teilweise im Auschwitz-Prozess auf der Ankla-

gebank, teils von der deutschen Justiz mit erstaunlich milder Hand angefasst, deren vita Riaud näher aufzuhellen versucht. Die neu zu Tage geförderten Dokumente sprechen eine schlimme Sprache. „Verzeichnis der betreffenden SS-Zahnärzte, welche an dem Goldraub beteiligt waren“ (Es folgt eine Aufzählung von einem Dutzend Namen). „Sämtliche obige SS-Ärzte zeichneten sich als Säufer, teilweise Rauschgiftsüchtige, Sadisten, Schläger und Misshandler von Häftlingen ganz besonders aus“ (S. 140). Wie Zahnärzte, zum Teil aus guten Familien, nach einem akademischen Studium zu Mördern in Uniform degenerieren konnten, die den toten und lebenden Häftlingen Goldzähne aus dem Gebiss brachen, durch tödliche Injektionen in Herzbeutel und Kleinhirn wehrlose Gefangene töteten, sich ihre Dissertationen zum Teil von jüdischen inhaftierten Kollegen schreiben ließen, dabei flott die Stufenleiter der Beförderungsskala hochstie-

gen, ihr Gewissen vergaßen und so zum Schandkapitel der deutschen Zahnmedizin wurden, kann auch Riaud nicht erklären. Es ist eine entsetzliche Chronik, die aber noch lange nicht zu Ende geschrieben ist; es sind eine ganze Reihe weiterer Arbeiten zu erwarten und man wird sich noch auf einiges einzustellen haben.

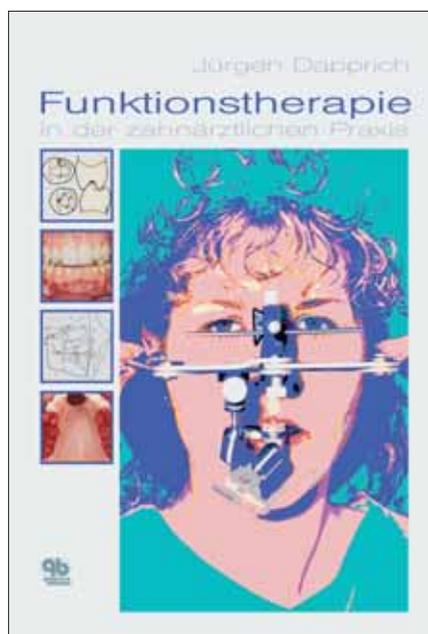
Dr. Ekkhard Häussermann

„Les Dentistes Allemands sous le Troisième Reich“

Xavier Riaud, L'Harmattan 2005, 5-7, rue de l'École-Polytechnique, 75000 Paris, France, E-Mail: harmattan@wanadoo.fr., 248 Seiten, 22,50 Euro, ISBN: 2-7475-8728-2.

Funktionstherapie

Ein Buch vom Praktiker für den Praktiker, ein Buch vom Insider für den Insider, kein Buch vom Praktiker für den Lernenden, ein Buch „so mach' ich es seit vielen Jahren und das mit Erfolg“. Und wenn man vom Titel „Funktionstherapie“ her ein diagnosebezogenes Handeln erwartet, dann wird man vergeblich die Seiten durchblättern, denn der Autor verweist schon im ersten Kapitel zur Diagnosefindung auf



Ahlers/Jakstat, „Klinische Funktionsdiagnostik“ und Bumann/Lotzmann, „Funktionsdiagnostik und Therapieprinzipien“.

So beginnt das Lehrbuch überraschenderweise mit der Instrumentellen Funktionsanalyse, der Positionsanalyse der Kiefergelenke und der Aufzeichnung der Gelenkbahn in Worten und sehr guten Bildern. Aber wenn man liest, sieht man keine Abbildungen und muss immer ein paar Seiten weiterblättern, um zu sehen, was man gelesen hat. Und so liest man immer weniger und sieht sich das Buch wie einen Bil-

datlas an, nach dem Motto: „So macht es Jürgen Dapprich, so mach' ich es auch oder mach' ich es nicht und so könnte und möchte ich es zukünftig machen“. Das Lehrbuch gliedert sich in die Kapitel: Vorbehandlung der myogenen CMD, was aber mehr mit Abbildungen über die Diagnostik von Fehlstellungen des Beckens und der Wirbelsäule bebildert ist, über Abformung, Modell, Herstellung

eines zentrischen Registrats, Gesichtsbogen, Artikulatorjustierung, Schienenherstellung, Einschleiftherapie bis hin zur prothetischen Rekonstruktion und Remontage.

Text und Bilder, so macht es Jürgen Dapprich und ohne jeden Zweifel, er macht es gut! Ein Buch, wie gesagt, vom Praktiker für den Insider, für den, der Ahlers und Jakstat gelesen hat, und der

wissen möchte, wie macht es der Autor des 220 Seiten starken Buches. Diesem Leserkreis kann es wärmstens empfohlen werden.

W.B. Freesmeyer, Berlin

Funktionstherapie

Jürgen Dapprich, Quintessenz-Verlags-GmbH, Berlin, 2004, 224 Seiten, 138 Euro, ISBN 3-87652-348-6.



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 79		ZÄK Hamburg	S. 80
Ästhetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75		Uni Düsseldorf	S. 88
	ZÄK Nordrhein	S. 78	Kiefer-/Oralchirurgie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 76
	ZÄK Schleswig-Holstein	S. 82		ZÄK Niedersachsen	S. 77
	ZÄK Bremen	S. 83		ZÄK Hamburg	S. 80
	Akupunktur	LZK Sachsen		S. 76	ZÄK Schleswig-Holstein
ZÄK Niedersachsen	S. 77	Kieferorthopädie		LZK Sachsen	S. 76
	ZÄK Hamburg	S. 80	ZÄK Niedersachsen	S. 77	
Endodontie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75	ZÄK Nordrhein	S. 78	
	ZÄK Nordrhein	S. 78	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 79	
	ZÄK Hamburg	S. 80	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 81	
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 81	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 78
Helferinnen-Fortb.	ZÄK Nordrhein	S. 78	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80	ZÄK Hamburg	S. 80	
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 81	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 82	
	ZÄK Bremen	S. 83	Parodontologie	LZK Rheinland-Pfalz	S. 77
Homöopathie	ZÄK Niedersachsen	S. 77	ZÄK Niedersachsen	S. 77	
	Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75	ZÄK Nordrhein	S. 78
	LZK Sachsen	S. 76	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80	
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 76	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 81	
			Praxismanagement	LZK Sachsen	S. 76
				ZÄK Nordrhein	S. 78
				ZÄK Hamburg	S. 80
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 82
			Prophylaxe	LZK Rheinland-Pfalz	S. 76
				ZÄK Nordrhein	S. 78
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 81
				ZÄK Schleswig-Holstein	S. 83
			Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 75
				ZÄK Nordrhein	S. 78
				ZÄK Hamburg	S. 80
			Restaurative ZHK	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 80

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 75**

Kongresse **Seite 84**

Universitäten **Seite 88**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 90**

Freie Anbieter **Seite 90**

Wollen Sie an einer Fortbildungsveranstaltung einer Kammer oder KZV teilnehmen? Den unten stehenden Coupon 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:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Kompositfüllungen:
State of the art
Hands-on-Kurs [15 Fp.]
Referent: Wolfgang-M. Boer -
Euskirchen
Termin: 31. 03. 2006;
14:00 – 19:00 Uhr
01. 04. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshauer
Str. 4 - 6, 14197 Berlin
Gebühr: 575,00 EUR
Kurs-Nr.: 4016.0

Thema: Ästhetische Zahnerhal-
tung – praktischer Arbeitskurs
[18 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Thomas Attin
– Göttingen; Dr. Uwe Blunck -
Berlin
Erster Termin: 05. 05. 2006;
9:00 – 12:00; 13:00 – 19:00 Uhr
06. 05. 2006; 9:00 – 12:00 und
13:00 – 19:00 Uhr
Ort: Zahnklinik Nord,
Föhler Str. 15, 13353 Berlin
Gebühr: 750,00 EUR
Kurs-Nr.: 4004.0

Thema: Die direkte hochästheti-
sche Seitenzahnrestaur. [17 Fp.]
Referent: Dr. Wolfgang Fischer -
Ladenburg
Termin: 05. 05. 2006;
13:00 – 19:00 Uhr
06. 05. 2006; 09:00 – 12:00 und
13:00 – 19:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshauer
Str. 4 - 6, 14197 Berlin
Gebühr: 575,00 EUR
Kurs-Nr.: 4012.0

Thema: Perioprothetik [14 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Stefan
Hägewald – Berlin
Prof. Dr. Bernd-Michael Kleber -
Berlin
Erster Termin: 05. 05. 2006;
14:00 – 19:00 Uhr
06. 05. 2006; 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshauer
Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 545,00 EUR
Kurs-Nr.: 0707.C

Thema: Endorevision [9 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Andrej
Kielbassa – Berlin
Dr. Oliver Stamm - Berlin
Termin: 20. 05. 2006;
09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshauer
Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 355,00 EUR
Kurs-Nr.: 4019.0

Thema: Ätiologie von internen
bzw. externen Zahnverfärbun-
gen und deren Therapie Weiß-
macherpaste, Bleaching oder Ke-
ramikveneer? [8 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Andrej
Kielbassa - Berlin
Termin: 13. 05. 2006;
09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus,
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 315,00 EUR
Kurs-Nr.: 4013.0

Thema: Sofort mehr Verkaufser-
folg [14 Fp.]
Sich und das Praxisangebot bes-
ser präsentieren und dadurch
mehr verkaufen!
Referent: Friedrich W. Schmidt -
Herdecke
Termin: 19. 05. 2006;
14:00 – 19:00 Uhr
20. 05. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus,
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 235,00 EUR
Kurs-Nr.: 5020.0

Thema: Grundlagen in der Im-
plantologie [9 Fp.]
mit praktischen Übungen am
Humanpräparat
Referenten: Prof. Jochen
Fanghänel – Greifswald
Prof. Wolfgang Sümig -
Greifswald
Termin: 20. 05. 2006;
09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshauer
Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 350,00 EUR
Kurs-Nr.: 2001.0

Auskunft und Anmeldung:
Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Aßmannshauerstraße 4 – 6
14197 Berlin
Tel.: 030/4 14 72 5-0
Fax: 030/4 14 89 67
E-Mail: info@pfaff-berlin.de

LZK Sachsen



Veranstaltungen

Thema: Dentalmagie (Angstbewältigung durch Zauberei)
Referent: Dr. Birgit Wiedemann, Höchberg
Termin: 24. 03. 2006, 15:00 – 19:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen
Gebühr: 205,- EUR
Kurs-Nr.: D 37/06 (5 Fp.)

Thema: Quadrantensanierung mit initialer Funktionsanalyse
Referent: Ernst O. Mahnke, Nienburg
Termin: 24. 03. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr;
 25. 03. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 675,- EUR
Kurs-Nr.: D 38/06 (18 Fp.)

Thema: Mit Mitarbeiterführung zum Praxiserfolg
Referent: Prof. Dr. Dorothee Heckhausen, Berlin
Termin: 25. 03. 2006, 9:00 – 16:30 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 180,- EUR
Kurs-Nr.: D 40/06 (8 Fp.)

Thema: Die kieferorthopädische Therapie bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
Referent: Prof. Dr. Karl-Heinz Dannhauer, Leipzig
Termin: 25. 03. 2006, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Universität Leipzig
Teilnehmer: Zahnärzte, Kieferorthopäden
Gebühr: 155,- EUR
Kurs-Nr.: L 06/06 (8 Fp.)

Thema: Materialgerechte Präparationen Grundlagen für Ästhetik und Funktion
Referent: Dr. Karl-Peter Meschke, Wuppertal
Termin: 31. 03. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 305,- EUR
Kurs-Nr.: D 42/06 (10 Fp.)

Thema: Die Behandlung unkooperativer Kinder, Phobiker, etc. durch den Einsatz ambulanter Narkosen in der allgemeinen zahnärztlichen Praxis
Referent: Dr. Hans Sellmann, Marl
Termin: 01. 04. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 190,- EUR
Kurs-Nr.: D 45/06 (8 Fp.)

Thema: Implantologie Kompakt
Referent: Prof. Dr. Michael Augthun, Mühlheim/Ruhr
Termin: 07. 04. 2006, 14:00 – 19:00 Uhr;
 08. 04. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 380,- EUR
Kurs-Nr.: D 47/06 (15 Fp.)

Thema: Angewandte Akupunktur in der Zahnmedizin
 Kurs 2 (Praxisseminar)
Referent: Hardy Gaus, Straßberg
Termin: 07. 04. 2006, 14:00 – 20:00 Uhr;
 08. 04. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 285,- EUR
Kurs-Nr.: D 48/06 (16 Fp.)

Thema: Festsitzende Technik-Kieferorthopädie (II) - Typodontkurs
Referenten: Prof. Dr. Winfried Harzer, Dresden
Termin: 07. 04. 2006, 14:00 – 19:00 Uhr;
 08. 04. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr;
 09. 04. 2006, 9:00 – 14:00 Uhr
Ort: Universitätsklinikum Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Kieferorthopäden, WB-Assistenten KFO
Gebühr: 615,- EUR
Kurs-Nr.: D 82/06 (23 Fp.)

Auskunft und schriftliche Anmeldung:
 Fortbildungsakademie der Landes Zahnärztekammer Sachsen
 Schützenhöhe 11
 01099 Dresden
 Tel.: 0351/806 61 01
 Fax: 0351/80 66-106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de
 www.zahnaerzte-in-sachsen.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Termin: 08. 03. 2006, 09.00 – 13.00 Uhr
Thema: Prophylaxe praktisch – Grundkurs
Kurs-Nr.: 068176
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 6
Referent: Dr. Ralf Rössler, Wetzlar

Termin: 08. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Thema: Zahnärztliche Basischirurgie
Kurs-Nr.: 068177
Gebühr: 200,00 EUR
Fortbildungspunkte: 6
Referent: Dr. Christopher Köttgen, Mainz

Termin: 15. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Thema: Zahnärztliche Chirurgie – Hämorrhagische Diathesen und ihre Bedeutung bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen
Kurs-Nr.: 068111
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Dr. Matthias Burwinkel, Mainz

Termin: 18. 03. 2006, 10.00 – 17.00 Uhr
Thema: Professionelle Prophylaxe – von der Planung bis zur Umsetzung
Kurs-Nr.: 068263
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Andrea Thees, Wörrstadt

Termin: 22. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Thema: Das magische Dreieck – Patient, Zahnarzt, Kostenträger
Kurs-Nr.: 068178
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Rechtsanwalt Michael Zach, Mönchenglöblich

Termin: 22. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Thema: Instrumentenmanagement „Nur scharf funktioniert“
Kurs-Nr.: 068264
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 6
Referentin: Gisela Rottmann, Stelzenberg

Termin: 24. – 25. 03. 2006
Thema: ZAHNHEILKUNDE 2006 – Fakten und Visionen
Kurs-Nr.: 068264
Referenten: Prof. Dr. Klaiber (Würzburg), Dr. Ralf Rössler (Wetzlar), Dr. Susanne Schwarting (Kiel), Prof. Dr. Brita Willershausen (Mainz), Priv.-Doz. Dr. Claus-Peter Ernst (Mainz), Prof. Dr. Thomas Attin (Göttingen), Dr. Christoph Zirkel (Köln), Peter Knüpper (München), Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald), Prof. Dr. Frauke Müller (Genf, CH), Prov.-Doz. Dr. Yahya Acil (Kiel), Prof. Dr. Dr. Terheyden (Kiel), Dr. Eckhard Meiser (Hanau), Prof. Dr. Vlado Bicanski (Münster), ZTM Peter Fischer (Hamburg), Prof. Dr. Peter Pospiech (Homburg/Saar), Prof. Dr. Dr. Manfred Spitzer (Ulm), Prof. Dr. Dr. Anton Sculean (Nijmegen, NL), Anette Labaek-Noeller (Weiler), Priv.-Doz. Dr. Dr. Monika Daubländer (Mainz), Prof. Dr. Bernd Kordas (Greifswald), Prof. Dr. Georgios E. Romanos (New York, USA)
Gebühr: 180,00 EUR

Termin: 05. 04. 2006, 15.00 – 19.00 Uhr
Thema: Multioptionale Therapiekonzepte in der Implantologie
Kurs-Nr.: 068112
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Dr. Dr. D. Haessler, Dr. F. Kornmann, Oppenheim

Termin: 19. 04. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Thema: Basiskurs PA-Chirurgie
Kurs-Nr.: 068179
Gebühr: 200,00 EUR
Fortbildungspunkte: 6
Referent: Dr. Christopher Köttgen, Mainz

Termin: 26. 04. 2006, 14.00 Uhr – 18.00 Uhr
Thema: Zahnärztliche Chirurgie – Sofortbelastung und Sofortversorgung im atrophischen Oberkiefer
Kurs-Nr.: 068110
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Prof. Dr. Georgios Romanos, New York, USA

Termin: 26. 04. 2006,
14.00 – 19.00 Uhr
Thema: Wirkungsvoller Kontakt
im Praxisalltag inkl. Stressbewäl-
tigung
Kurs-Nr.: 068265
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referentin: Christiane Gawlyta,
Mainz

Termin: 28. 04. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
Thema: Der PAR-Patient im Praxi-
salltag
Kurs-Nr.: 068181
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Dr. Ralf Roessler,
Wetzlar

Auskunft und Anmeldung:
LZK Rheinland-Pfalz,
Frauenlobplatz 2, 55118 Mainz,
Frau Wepprich-Lohse
Tel.: 06131/96 13 662
Fax: 06131/96 13 689
E-Mail: wepprich-lohse@lzk.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Spezielle Schmerzthera-
pie in der Zahn-, Mund und Kie-
ferheilkunde
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Hardy Caus
Termin: 31. 03. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
01. 04. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 210,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0633

Thema: Einführung in die Ohr-
und Körperakupunktur für
Zahnärzte
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Winfried Wojak
Termin: 31. 03. 2006,
14.00 – 19.00 Uhr
01. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 295,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0634

Thema: Mikrochirurgische Ope-
rationstechniken in der Parodon-
tologie
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Prof. Dr. Klaus Roth
Termin: 31. 03. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
01. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 385,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0635

Thema: PAR: Wissen und geziel-
tes Handeln PSI, Status, Diagno-
stik und Therapie in Rechnung
gestellt! Praktischer Ab- und Be-
rechnungskurs
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Henning Otte
Termin: 05. 04. 2006,
9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 130,- EUR
Kurs-Nr.: Z / F 0636

Thema: Mundschleimhauterkran-
kungen – Befund, Diagnostik
und Therapie
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Prof. Dr. Dr. A. Eckardt,
Oliver Starke
Termin: 05. 04. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 66,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0637

Thema: CranioMandibulärer
Dysfunktion/MyoArthroPathie –
Teil II – Praktische Anwendung
am Patienten
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Gert Groot Landweer
Termin: 07. 04. 2006,
9.00 – 18.00 Uhr
08. 04. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 460,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0638

Thema: Homöopathie für
Zahnärzte II Grundverständnis
der Homöopathie wird voraus-
gesetzt
Ort: Zahnärztliches Fortbildungs-
zentrum Niedersachsen,
Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Heinz-Werner
Feldhaus
Termin: 07. 04. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
08. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 195,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0639

Thema: Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Elisabeth Meyer
Termin: 12. 04. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 85,- EUR
Kurs-Nr.: F 0612

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen
 Zahnärztliches Fortbildungszentrum, Zeißstr. 11 a,
 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-311 oder 313
 Fax: 0511/83391-306

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 06006 P(B) 15 Fp.
Thema: Regenerative Behandlungsmaßnahmen
 Modul 13-14 des Curriculums Parodontologie
Referent: Priv. Doz. Dr. med. dent. Michael Christgau, Düsseldorf
Termin: 17. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 380,00 EUR

Kurs-Nr.: 06060 P(B) 15 Fp.
Thema: Erfolgssichere Endodontie – Ein systematisches Behandlungskonzept – Ein systematisches Behandlungskonzept unter besonderer Berücksichtigung der Aufbereitung gekrümmter Kanäle
Referent: Dr. med. dent. Udo Schulz-Bongert, Düsseldorf
Termin: 17. 03. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 500,00 EUR

Kurs-Nr.: 06086 T(B) 5 Fp.
Thema: Lebensbedrohliche Notfälle in der Zahnarztpraxis
 Seminar für Praxismitarbeiter und Zahnarzt-Ehegatten
Referent: Dr. med. Dr. med. dent. Till S. Mutzbauer, Bad Dürkheim
Termin: 17. 03. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 100,00 EUR

Kurs-Nr.: 06087 B 9 Fp.
Thema: Lebensbedrohliche Notfälle in der Zahnarztpraxis
 Seminar nur für Zahnärzte
Referent: Dr. med. Dr. med. dent. Till S. Mutzbauer, Bad Dürkheim
Termin: 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00

Kurs-Nr.: 06025 P(B) 17 Fp.
Thema: Keramikinlays und Veneers
Referent: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, München
 Prof. Dr. med. dent. Karl-Heinz Kunzelmann, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, München
Referent: Prof. Dr. med. dent. Dipl.-Physiker Albert Mehl, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, München
Termin: 24. 03. 2006, 14.00 – 20.00 Uhr
 25. 03. 2006, 9.00 – 15.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 690,00

Kurs-Nr.: 06023 * 16 Fp.
Thema: Praxisgerechte Funktionsdiagnostik und Therapieplanung (MFA 1)
Referent: Prof. Dr. med. dent. Axel Bumann, Berlin
Termin: 24. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
 25. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: ZÄ: 350,00 EUR, Assistenten 175,00 EUR

Kurs-Nr.: 06065 T(B) 13 Fp.
Thema: Individualprophylaxe und initiale Parodontaltherapie; Motivation der Patienten
Referent: Dr. med. dent. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken
Termin: 24. 03. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
 25. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 390,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 75,00 EUR

Kurs-Nr.: 06074 B 12 Fp.
Thema: Erfolgsfaktor kompetente Teamführung
 Unternehmer Power
Referent: Dr. med. dent. Gabriele Brieden, Hilden
Termin: 24. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
 25. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 300,00 EUR

Kurs-Nr.: 06043 P(B) 11 Fp.
Thema: „Möge der Ultraschall weiter mit Ihnen sein“
 Ultraschallbehandlung in der Parodontologie, -ein bewährtes Konzept – Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. med. dent. Michael Maak, Lemförde
Termin: 29. 03. 2006, 12.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 280,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 190,00 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 06302 B 3 Fp.
Thema: Das System der befundorientierten Festzuschüsse beim Zahnersatz – Die aktuelle Gesetzeslage – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach
 ZA Lothar Marquardt, Krefeld
 Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 22. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30,00 EUR

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 06352 B 9 Fp.
Thema: Prothetischer Arbeitskreis 2. Quartal 2006
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf
Termin: 05. 04. 06 ab 15:00 Uhr
 03. 05. 2006 ab 15:00 Uhr
 07. 06. 2006 ab 15:00 Uhr
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein
 Emanuel-Leutze-Str. 8,
 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Bezirksstelle Düsseldorf

Kurs-Nr.: 06422 3 Fp.
Thema: Bleichen verfärbter Zähne
Referent: Dr. med. dent. Mozhgan Bizhang, Erkrath
Termin: 15. 03. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein
 Emanuel-Leutze-Str. 8,
 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Bezirksstelle Essen

Kurs-Nr.: 06471 2 Fp.
Thema: Qualitätsdiskussion in der Zahnheilkunde – eine kritische Würdigung
Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster
Termin: 29. 03. 2006, 15.30 – 17.00 Uhr
Veranstaltungsort: Evangelisches Krankenhaus, Huysens-Stift
 Henricistrasse 100
 45136 Essen
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Bezirksstelle Krefeld

Kurs-Nr.: 06451 2 Fp.
Thema: Neuerungen in der Totalprothetik – Funktionsabformung und Registrierung
Referent: Prof. Dr. med. dent. Karl-Heinz Utz, Königswinter
Termin: 22. 03. 2006, 15.00 – 17.00 Uhr
Veranstaltungsort: Kaiser-Friedrich-Halle, Balkonsaal
 Hohenzollenstraße 15
 41061 Mönchengladbach
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kursnummer: 06213
Thema: Kofferdam, der erste Schritt zu einem Mehr an Qualität
Referent: Dr. med. dent. Wolfgang Matscheck, Neunkirchen-Seelscheid
 Dr. med. dent. Joachim Wever, Langenfeld
Termin: 15. 03. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 150,00 EUR

Kurs-Nr.: 06218

Thema: Konfliktmanagement
Techniken zur Vermeidung und
Lösung von Konflikten in der
zahnärztlichen Praxis
Workshop für ZMV, ZMF und
ZMP

Referent: Rolf Budinger, Geldern
Termin: 15. 03. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60,00

Kurs-Nr.: 06212

Thema: Professionelle Praxisorga-
nisation und -verwaltung
Referent: Angelika Doppel,
Herne

Termin: 22. 03. 2006,
15.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR

Kurs-Nr.: 06214

Thema: Praxis der professionellen
Zahnreinigung, Grundkurs
Kurs für ZMF, ZMP und fortge-
bildete ZFA mit entsprechendem
Qualifikationsnachweis
(Beachten Sie bitte auch unseren
Kurs 06215)

Referent: Dr. med. dent. Klaus-
Dieter Hellwege, Lauterecken
Termin: 22. 03. 2006,
14.00 – 17.00 Uhr
23. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 350,00

Kurs-Nr.: 06241

Thema: Hygiene in der Zahnarzt-
praxis (inkl. Begehungen nach
MPG)

Referent: Dr. med. dent.
Johannes Szafraniak, Viersen
Termin: 22. 03. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: Zahnärzte
110,00 EUR, Praxismitarbeiter
(ZFA) 55,00 EUR

Kurs-Nr.: 06208

Thema: Entspannungstechniken
für ZMP, ZMF und ihre Patienten
Referent: Dr. med. dent. Rolf
Pannewig, Hamminkeln
Termin: 28. 03. 2006,
18.45 – 22.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60,00 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der
Zahnärztekammer Nordrhein,
Emanuel-Leutze-Str. 8,
40547 Düsseldorf

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztl. Fortbildung

Veranstaltungsort: Akademie für
Fortbildung, Münster
Termin: 17. 03. 2006,
14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 161
Gebühr: 232 EUR
Thema: Die Indikation der Früh-
behandlung in der Kieferor-
thopädie

Referent: Prof. Dr. Dr. Martin
Richter, Innsbruck
Punkte: 9

Veranstaltungsort: Akademie für
Fortbildung, Münster
Termin: 17. 03. 2006,
9.00 – 16.30 Uhr
Kurs-Nr.: 067 160
Gebühr: ZA: 210 EUR,
ZMA: 105 EUR
Thema: GOZ und PKV – vom
richtigen Umgang mit Kosten-
trägern – Team
Referent: ZMV Christine Baumei-
ster, Haltern; Dr. Hendrik Schlegel,
Münster
Punkte: 8

Veranstaltungsort: Akademie für
Fortbildung, Münster
Termin: 18. 03. 2006,
9.00 – 16.30 Uhr
Kurs-Nr.: 067 163
Gebühr: 330 EUR
Thema: Expansion oder Extrak-
tion?
Referent: Prof. Dr. Dr. Martin
Richter, Innsbruck
Punkte: 9

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 162
Gebühr: 270 EUR
Thema: Ex-versus non Extraktionstherapie, kieferorthopädischer Lückenschluss und Pfeilerverteilung bei Nichtanlagen
Referent: PD Dr. Ariane Hohoff, Dr. Thomas Stamm, Münster
Punkte: 8

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 164
Gebühr: 280 EUR
Thema: Trilogie – Einführung in die digitale zahnärztliche Fotografie; Kurs 3: Bildbearbeitung und Archivierung digitaler Fotos
Referent: Dr. Andreas C. Bortsch, Ratingen
Punkte: 9

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 22. 03. 2006, 14.30 – 18.30 Uhr
Kurs-Nr.: ARB 067 112
Gebühr: 102 EUR pro Termin
Thema: Arbeitskreis für Goldgussrestaurationen und Goldstopffüllung
Referent: Dr. Albert Scherer, Paderborn
Punkte: 6

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 24./25. 03. 2006, jeweils 9.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 166
Gebühr: 670 EUR
Thema: Ästhetische Zahnmedizin mit Komposit und Vollkeramik im Front- und Seitenzahnbereich
Referent: PD Dr. Jürgen Manhart, München
Punkte: 17

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 25. 03. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 167
Gebühr: ZA: 266 EUR; ZMA: 133 EUR
Thema: Notfallsituation in der zahnärztlichen Praxis – Team
Referent: Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Leipzig
Punkte: 9

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 29. 03. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 170
Gebühr: ZA: 256 EUR, ZMA 128 EUR
Thema: Der gute Ton am Telefon in der Zahnarztpraxis – Telefontraining
Referent: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Argenbühl
Punkte: 7

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 31. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 173
Gebühr: ZA/ASS.: 62 EUR; ZMA: 31 EUR
Thema: Praxisüberprüfung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) – Team
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern; Dr. Hendrik Schlegel, Münster
Punkte: 5

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 01. 04. 2006, 9.00 – 15.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067 174
Gebühr: 296 EUR
Thema: Rationale Antibiotikatherapie und – prophylaxe in der zahnärztlichen Praxis bei Erkrankungen und Eingriffen im ZMK-Bereich sowie benachbarter Organsysteme
Referent: Dr. Richard Eyermaier, München
Punkte: 7

Dezentrale zahnärztliche Fortbildung

Veranstaltungsort: Dormotel, Am Johannisberg 5, 33615 Bielefeld
Termin: 29. 03. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: DEZ 067 171
Gebühr: 65 EUR
Thema: Medikamentöse Behandlung der Parodontitis – Indikationen, Möglichkeiten und Grenzen
Referent: Dr. Martin Zilly, Münster
Punkte: 4

Fortbildung für Zahnmed. Assistenten- und Verwaltungsberufe

Termin: 17./18. 03. 2006, jeweils 8.00 – 17.30 Uhr
Kurs-Nr.: 063 030
Gebühr: 415 EUR

Thema: Prothetische Assistenz „Assistenz bei Funktionsanalyse und prothetischen Therapiemaßnahmen“
Referent: Dr. Gisbert Thor, Dr. Jochen Terwelp

Termin: 18. 03. 2006, 8.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 063 445
Gebühr: 265 EUR
Thema: Telefonkommunikation in der Zahnarztpraxis in Dortmund
Referent: Mechthild Wick

Termin: 20. – 23. 03. 2006, jeweils 9.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 063 050
Gebühr: 390 EUR
Thema: Chirurgische Assistenz
Referent: Dr. Joachim Schmidt und Team

Termin: 28. 03. u. 10. 04. 2006, jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 063 713
Gebühr: 290 EUR
Thema: Versiegelung von Zahnfissuren
Referent: DH Doris Brinkmann, ZMF Daniela Greve-Reichrath

Auskunft: Akademie für Fortbildung der ZÄKW
 Auf der Horst 31
 48147 Münster
 Inge Rinker
 Tel.: 0251/507-604
 Fax: 0251 / 507-619

ZÄK Hamburg



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Der Patient als Gast
Referent: Jürgen Hallwass, Hannover
Termin: 01. 04. 2006
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: 40045 praxisf

Thema: Wissenschaftlicher Abend – Zahnersatz durch Adhäsivtechnik
Referent: Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

Termin: 03. 04. 2006
Gebühr: keine Gebühr
Kurs-Nr.: 14 proth

Thema: Praktische Demonstration einer Sinusbodenelevation Kieferaugmentation oder Distraction (ausgebucht)
Referent: Dr. Dr. Dieter H. Edinger, Hamburg
Termin: 05. 04. 2006
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: 31008 chir

Thema: Notfälle in der zahnärztlichen Praxis, lebensrettende Sofortmaßnahmen, Kurs 3 – Teamwork Zahnarzt und Mitarbeiterin
Referent: Oberfeldarzt Dr. Heinz Berkel, Hamburg, Alfred Schmücker, Hamburg
Termin: 05. 04. 2006
Gebühr: ZÄ: 75 EUR; ZFA: 35 EUR
Kurs-Nr.: 40024 inter

Thema: Der Zahnarzt als Coach
Referent: Christina Gaedethamm, Hamburg
Termin: 07. & 08. 04. 2006
Gebühr: 280 EUR
Kurs-Nr.: 40033 praxisf

Thema: Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte – Akupunktur Stufe II
Referent: Dr. Winfried Wojak, Detmold
Termin: 07./08. 04. 2006
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: 40041 inter

Thema: Chirurgische Nahttechniken in der Zahnmedizin
Referent: Dr. Detlef Hildebrand, Berlin; Dr. Michael Hohl, Pulheim-Brauweiler
Termin: 21. 04. 2006
Gebühr: 300 EUR
Kurs-Nr.: 40028 chir

Thema: Endodontie – Praxisgerecht (ausgebucht)
Referent: Dr. Clemens Bargholz, Hamburg, Dr. Horst Behring, Hamburg
Termin: 26. 04. 2006
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 50008

Thema: Implantationskurs für Fortgeschrittene hands-on Kurs für Schnitt- und Nahttechniken mit Live-OP
Referent: Dr. Werner Stermann, Hamburg
Termin: 26. 04. 2006
Gebühr: 110 EUR
Kurs-Nr.: 50009 impl

Anmeldung bitte schriftlich bei der Zahnärztekammer Hamburg Postfach 74 09 25, 22099 Hamburg
Telefon: 040/ 73 34 05 – 38 (Frau Greve)
040/ 73 34 05 – 37 (Frau Knüppel)
Fax: 040/ 73 34 05 – 76

ZÄK Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Parod. Chirurgie, Teil II
Referenten: OA Dr. Christian Gernhardt, OADr. Stefan Reichert, beide Halle/S.

Termin: 01. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Halle/S., Universitätspoliklinik für Parodontologie und Kinderzahnheilkunde, Harz 42-44
Gebühr: 250 Euro (Kurspaket)
Kurs-Nr.: Z/2006-030

Thema: Arzthaftungsrecht für Zahnärzte
Referentin: Dr. jur. habil. Marianne Langner, Magdeburg, Rechtsanwältin
Termin: 05. 04. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 95 Euro
Kurs-Nr.: Z/2006-015

Thema: Funktionslehre (3-teilig) Kurs 3 – Aufbisschiene und dann? Behandlungskonzept zur Stabilisierung einer therapeutischen Okklusionsposition
Referent: Dr. Uwe Harth, Bad Salzuflen

Termin: 21. 04. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr und am 22. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 700 Euro Kurspaket
Kurs-Nr.: Z/200-004

Thema: Moderne Endodontie Konventionelle Technik, Einsatz rotierender Ni-Ti Instrumente
Referenten: Prof. Dr. Hans-Günther Schaller, OA Dr. Christian Gernhardt, beide Halle/S.
Termin: 21. 04. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr und am 22. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Halle/S., Universitätspoliklinik für Parodontologie und Kinderzahnheilkunde, Harz 42-44
Gebühr: 180 Euro
Kurs-Nr.: Z/2006-032

Thema: Professionelle Zahnreinigung – Arbeitskurs
Referentin: G. Schmid, Berlin
Termin: 21. 04. 2006, 15.00 – 19.00 Uhr und am 22. 04. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: in Halle/S, MLU Halle-Wittenberg, Harz 42-44
Gebühr: 240 Euro
Kurs-Nr.: H-50-2006

Thema: Gespräche bauen Vertrauen auf!
Referentin: Brigitte Kühn, Tützing
Termin: 21. 04. 2006, 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Straße 162
Gebühr: 115 Euro
Kurs-Nr.: H-51-2006

Thema: Auf unsere Rezeption ist Verlass – Qualität und Kompetenz
Referentin: Brigitte Kühn, Tützing
Termin: 22. 04. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Straße 162
Gebühr: 125 Euro
Kurs-Nr.: H-52-2006

Thema: Rationelle Antibiotikatherapie und -prophylaxe in der zahnärztlichen Praxis bei Erkrankungen und Eingriffen im ZMK-Bereich sowie benachbarter Organsysteme

Referent: Dr. med. Richard Eyer mann, München

Termin: 22. 04. 2006,
9.00 – 15.00 Uhr

Ort: Halle/S., im Maritim Hotel, Riebeckplatz 4

Gebühr: 130 Euro

Kurs-Nr.: Z/2006-016

Thema: Notfallseminar für das Praxisteam

Referenten: Univ.-Prof. Dr. Dr. Johannes Schubert, Prof. Dr. Detlef Schneider, Dr. med. Jens Lindner, alle Halle/S.

Termin: 22. 04. 2006,
9.00 – 14.30 Uhr

Ort: Magdeburg, im Büro- und TagungsCenter, Rogätzer Str. 8

Gebühr: 100 Euro ZA, 70 Euro ZH, 150 Euro Team (1ZA/1ZH)

Kurs-Nr.: Z/ZH 2006-28

Thema: Konflikt und Beschwerdetraining

Referentin: Frau Mechthild Wick, Ansbach

Termin: 26. 04. 2006,
14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162

Gebühr: 95 Euro ZA, 60 Euro ZH

Kurs-Nr.: Z/2006-017

Thema: Curriculum Parodontologie (6-teilig)

Kurs 3 – Regenerative Parodontistherapie; Antibakterielle Infektionsbekämpfung, perioperative Abschirmung; antiphlogistische Therapie

Referent: Prof. Dr. Knut Merte, Leipzig

Termin: 28. 04. 2006,
15.00 – 20.00 Uhr und am
29. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162

Gebühr: 1 700 Euro Kurspaket, 350 Euro Einzelkursgebühr
Kurs-Nr.: Z/2006-005
weitere Termine: 12./13.05.06, 16./17.06.06, 14./15.07.06

Anmeldungen bitte schriftlich über Zahnärztekammer S.-A., Postfach 39 51, 39014 Magdeburg, Tel.-Nr.: 0391/7 39 39 14 (Frau Einecke) bzw. 0391/7 39 39 15 (Frau Birwirth), Fax: 0391/7 39 39 20 E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder birwirth@zahnaerztekammer-sah.de

ZÄK Schleswig-Holstein



Fortbildungsveranstaltungen am Heinrich-Hammer-Institut

Thema: Ästhetische Frontzahnrestauration

Referent: Dr. Stefan Wolfart, Kiel
Termin: 01. 03. 2006,
14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 95 EUR für Zahnarzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-036
Fortbildungspunkte: 6

Thema: Weisheitszähne – Entfernen oder belassen?

Referent: PD Dr. Dr. Richard Werkmeister, Koblenz

Termin: 08. 03. 2006,
18.30 – 20.30 Uhr

Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 75 EUR für Zahnarzt/innen
Kurs-Nr.: 06-01-040
Fortbildungspunkte: 2

Thema: Aktuelle Hygienemaßnahmen für Praxisteam und Patient

Referent: Prof. Dr. Klaus Bößmann, Kiel

Termin: 08. 03. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 70 EUR für Zahnarzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-041
Fortbildungspunkte: 4

Thema: Minimalinvasive Methoden der ästhetischen Zahnbehandlung durch Bleichen, Komposit und Veneers

Referent: Dr. Carmen Anding, Würzburg

Termin: 10. 03. 2006,
14.00 – 20.00 Uhr;

11. 03. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: ZMK-Phantomsaal, ZMK-Klinik Kiel, Arnold-Heller-Str. 16, 24105 Kiel

Gebühr: ab 450 EUR für Zahnarzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-044
Fortbildungspunkte: 16

Thema: Konfliktmanagement in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Uwe Weiß, Hamburg

Termin: 10. 03. 2006,
14.00 – 19.00 Uhr;

11. 03. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Raum 307, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 180 EUR für Zahnarzt/innen; 160 EUR für Mitarbeiterinnen

Kurs-Nr.: 06-01-045
Fortbildungspunkte: 13

Thema: Erster Klasse beim Zahnarzt – Ein erprobtes Konzept für Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsqualität

Referent: Dr. Michael Cramer, Overath

Termin: 11. 03. 2006,
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 135 EUR für Zahnarzt/innen; 135 EUR für Mitarbeiterinnen

Kurs-Nr.: 06-01-046
Fortbildungspunkte: 8

Thema: Zeitmanagement
Referent: Elke Overdieck, Hamburg

Termin: 17. 03. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr;

18. 03. 2006, 10.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Raum 307, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 240 EUR für Zahnarzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-048
Fortbildungspunkte: 10

Thema: Straumann (Dental Implant System Kurs I – SDIS) mit praktischen Übungen am Schweinekiefer/Schweineohr

Referent: Prof. Dr. Dr. Franz Härle, Kiel; Dr. Ursula Rittmeier, Kiel

Termin: 17. 03. 2006,
14.00 – 19.00 Uhr;

18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 550 EUR für Zahnarzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-049
Fortbildungspunkte: 16

Thema: Verfeinerte Operationstechniken und ideales Implantatdesign
Referent: PD Dr. Joachim Hermann, Stuttgart

Termin: 22. 03. 2006,
18.30 – 20.30 Uhr

Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 80 EUR für Zahnarzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-050
Fortbildungspunkte: 2

Thema: Dehiszenzdeckung – Plastisch ästhetische Parodontalchirurgie

Referent: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger, Freiburg; Dr. Beate Schacher

Termin: 24. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr;
25. 03. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Hörsaal/Heinrich-Hammer-Institut, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 360 EUR für Zahnärzt/innen

Kurs-Nr.: 06-01-053

Fortbildungspunkte: xxx

Thema: Der richtige Einsatz von Schall- und Ultraschallgeräten bei der professionellen Zahnreinigung

Referent: Jutta Plötz, Greifswald

Termin: 24. 03. 2006, 15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Raum 307, Westring 498, 24106 Kiel

Gebühr: ab 210 EUR für Mitarbeiterinnen

Kurs-Nr.: 06-01-054

Auskunft: Heinrich-Hammer-Institut, ZÄK Schleswig-Holstein, Westring 498, 24106 Kiel

Tel.: 0431/26 09 26-80

Fax: 0431/26 09 26-15

e-mail: hhi@zaek-sh.de

www.zaek-sh.de

Link zu pdf-Datei für genauere Informationen:

<http://www.zaek-sh.de/Fortbildung/HHI/2005-2/info.htm>

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Wellness im Alltag/ Belastbarkeit – fit – freundlich ZFA-Kurs

Referenten: Marie Thérèse Ries, Beauty Consult mit Mitarbeiterin

Termine: 29. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 112 EUR Bremen; 140 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 60018

Thema: ZFA-Kurs – BEMA-Abrechnungseminar Teil 1 Grundlagen der BEMA Abrechnung Seminar für Einsteiger und Reaktivierer

Referenten: ZMF Andrea Gente

Termine: 26. 04. 2006, 13.00 – 19.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 105 EUR Bremen; 131 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 60012

Thema: Bremer Zahnärzte Colloquium – Allergietestung bei zahnärztlichen Materialien

Referenten: Prof. Dr. Bahmer

Termine: 27. 04. 2006, 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 20 EUR Bremen; 25 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Thema: Team-Kurs Jahrest raining / Daisy-Seminar

Referenten: Sylvia Wuttig

Termine: 03. 05., 05. 05. oder 06. 05. 2006, jeweils 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 225 EUR Bremen ZÄ, 200 EUR ZFA Bremen, 280 EUR ZÄ Umland, 250 EUR ZFA Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 62003

Punkte: 7

Thema: ZÄ-Fortbildung Arbeitskurs – Ästhetische Front- und Seitenzahnfüllungen

Referenten: Wolfgang-M. Boer

Termine: Vortrag: 19. 05. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr;

Arbeitskurs: 20. 05. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

LZK Hessen



Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde – Ihr Weg zum Fortbildungssiegel

Tag 1: Parodontologie in der Allgemeinpraxis

Prof. Dr. Mengel, Marburg

Tag 2: Innovative Konzepte in der zahnärztlichen Chirurgie (Hands-On)

PD Dr. Filippi, Basel

Tag 3: Kinderzahnheilkunde Prof. Dr. Willershausen-Zönnchen, Mainz

Tag 4: Innere Medizin (allgemeinmedizinische Aspekte)

Prof. Dr. Beckh, Worms

Tag 5: Moderne und praxistaugliche Endodontie (Hands-On)

Prof. Dr. Hülsmann, Göttingen

Tag 6: Aktuelle Zahnerhaltung (Hands-On)

PD Dr. Szep, Frankfurt

Tag 7: Konzept einer präventiv orientierten Praxis

Dr. Laurisch, Korschenbroich

Tag 8: Zeitgemäße prothetische Konzepte

Prof. Dr. Scheller, Mainz

Tag 9: Implantatprothetische Konzepte (Hands-On)

OA Dr. Weigl, Frankfurt

Tag 10: Diagnostik u. Therapie von craniomandibulären Dysfunktionen

PD Dr. Ottl, Frankfurt

Tag 11: Analgesiemethoden / Notfallmedizin (Hands-On)

PD Dr. Dr. Daubländer, Mainz

Tag 12: Zahnärztliche Chirurgie für den Generalisten

PD Dr. Dr. Al Nawas, Mainz

Tag 13: Ästhetik von den Grundlagen zur Perfektion (Hands-On)

Dr. Schwenk, Nürnberg;

Dr. Striegel, Nürnberg

Tag 14: EDV-Organisation; HZN – Internetkommunikation (Hands-On)

Dr. Stöver, Wetzlar;

Dr. Edler, Groß-Gerau

Tag 15: BEMA und GOZ; Praxismanagement – Qualitätssicherung

Dr. Klenner, Stadtallendorf;

Dr. Dehler, Fulda

Tag 16: Schmerztherapie; alternative Heilmethoden

PD Dr. Egle, Mainz;
Prof. Dr. Dr. Staehle, Heidelberg
Tag 17: Fallpräsentation bzw. Falldiskussion
Professoren aller Disziplinen
Tag 18: Kieferorthopädie für den Generalisten
Dr. Gerkhardt, Worms

Termin: Nächste Kursreihe
31. Mai 2006
Gebühr: 3 510 EUR inkl. MwSt.
Fortbildungspunkte: 171

Auskunft und Anmeldung:
Forum Zahnmedizin,
Zahnärzte-Service GmbH
(FZZS), Rhonestraße 4,
60528 Frankfurt
Tel.: 069/42 72 75-190 oder
069/42 72 75-180
Fax: 069/42 72 75-194
e-mail: seminar@lzkh.de
www.lzkh.de

Kongresse

■ März

10. BBI-Jahrestagung mit Jubiläumsfeier
Thema: Implantologie ist Prävention
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. V. Strunz
Termin: 04. 03. 2006
Ort: Großer Hörsaal Charité
Auskunft: Tel.: 030/86 20 77-18
Fax: 030/86 20 77-19,
e-mail: strunz@dgi-ev.de oder
Congress Partner GmbH, M. Spacke, Markgrafenstr. 56,
10117 Berlin
Tel.: 030/204 59-0
Fax: 030/204 59-50
E-Mail: Berlin@CPB.de

35. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung
Thema: Aktuelles aus der Kieferorthopädie
Termin: 04. – 11. 03. 2006
Ort: Kitzbühel – Kammer der gewerblichen Wirtschaft
Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie
Wissenschaftliche Leitung:
Univ. Prof. Dr. H. Droschl (Graz),
Univ. Prof. Dr. H.-P. Bantleon (Wien),
Univ. Prof. Dr. M. Richter (Innsbruck)

Information: Ärztezentrale
Med.Info, Helferstorfer Str. 4,
A-1014 Wien
Tel.: (+43/1) 531 16-38
Fax: (-43/1) 531 16-61
e-mail: azmedinfo@media.co.at

52. Zahnärztetag Westfalen-Lippe
Generalthema: Ästhetik und Implantate – Therapie oder Luxus?
Tagungspräsident: Prof. Dr. Heiner Weber, Tübingen
Termin: 08. – 11. 03. 2006
Auskunft: ZÄK Westfalen-Lippe,
Inge Rinker, Auf der Horst 31,
48147 Münster
Tel.: 0251/507 604
Fax: 0251/507 609
e-mail: ingeborg.rinker@zahn-aerzte-wl.de

9. Expodental
Termin: 09. – 11. 03. 2006
Ort: Madrid
Auskunft: IFEMA – Messe Madrid
Deutsche Vertretung
Friedrich-Ebert-Anlage 56-3°
60325 Frankfurt am Main
Tel.: 069/74 30 88 88
Fax: 069/74 30 88 99
e-mail: ifema@t-online.de

11th South China Int. Dental Equipment & Technology Expo & Conference 2006
4th China Int. Oral Health Care Products Expo & Technology Conference 2006
Termin: 10. – 13. 03. 2006
Ort: Guangzhou Chinese Export Commodities Fair Hall (Liu Hua Road)
Guangzhou, P. R. China
Auskunft: S&T Exchange Center,
171 Lianxin Road,
Guangzhou, P.R. China
Tel.: 0086-20-83 56 72 76
oder 0086-20-83 54 91 50
Fax: 0086-20-83 51 71 03
e-mail: maurawu@ste.com.cn
www.dentalsouthchina.com

55th International Alpine Dental Conference
Veranstalter: IDF
Termin: 18. – 25. 03. 2006
Ort: Courchevel 1850, France
Sonstiges: Seminare mit Dr. Tiziano Testori u. Prof. Dan Ericson
Auskunft: 53 Sloane Street,
London, Swix 9SW
Tel.: +44(0)207 235 07 88
Fax: +44(0)207 235 07 67
www.idfdentalconference.com

21. Karlsruher Konferenz
Hauptthema: Zahnärztliche Implantologie – prothetische Effizienz und klinische Optimierung
Termin: 24./25. 03. 2006
Ort: Karlsruhe
Auskunft: Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe,
Sophienstraße 41,
76133 Karlsruhe
Tel.: 0721/91 81-200
Fax: 0271/89 181-299
e-mail: fortbildung@za-karlsruhe.de
www.za-karlsruhe.de

Zahnheilkunde 2006
Fakten und Visionen
Veranstalter: LZK Rheinland-Pfalz
Termin: 24./25. 03. 2006
Ort: Rheingoldhalle Mainz
Auskunft: LZK Rheinland-Pfalz,
Langenbeckstraße 2,
55131 Mainz
Fax: 06131/961 36 89
www.zahnheilkunde2006.de

13. Schleswig-Holsteinischer ZahnÄrztetag
Thema: Lebensqualität gewinnen durch Zahnheilkunde
Veranstalter: KZV Schleswig-Holstein und ZÄK Schleswig-Holstein
Termin: 25. 03. 2006
Ort: Holstenhallen 3-5,
Neumünster
Auskunft: Martina Ludwig,
Tel.: 0431/38 97-128
Fax: 0431/38 97-100
e-mail: Martina.Ludwig@kzv-sh.de

DDHV-Fortbildungstagung 2006
Veranstalter: Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.
Termin: 25. 03. 2006
Ort: ArabellaSheraton-Bogenhausen, Arabellastr. 5,
81925 München
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle,
Dänzergasse 8,
93047 Regensburg
Fax: 0941/56 38 61
e-mail: apostroph@t-online.de
Programm über:
www.ddhv.de/Tagungsprogramm

4. Deutscher Kongress zum Thema Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)
Veranstalter: Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Termin: 30. 03. – 01. 04. 2006
Ort: Heidelberg
Auskunft: www.klinikum.uni-heidelberg.de/Kongress.SDM2006
www.SDM2006.de oder
www.patient-als-partner.de

3. ARPA-Frühjahrsworkshop
Veranstalter: ARPA-Wissenschaftsstiftung
Hauptthema: Parodontitis – eine Entzündungserkrankung?
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Ort: Universität Gießen
Auskunft: DGP Service GmbH
Clermont-Ferrand-Allee 34
93049 Regensburg
Fax: 0941/94 27 99-22

18. Symposium Praktische Kieferorthopädie
Veranstalter: Quintessenz Verlag
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Vorkongress am 31. 03. 06,
9.00 – 13.00 Uhr
Ort: Berlin
Auskunft: Sylvie Kunert,
Quintessenz Verlag,
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/76 18 06 30
Fax: 030/76 18 06 93
www.quintessenz.de/pko

Stuttgarter Zahnärztetag 2006
Hauptthema: Keramik – das weiße Gold? – Innovationen – Indikationen – Erfahrungen
Veranstalter: BZK Stuttgart
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Ort: Stuttgart, Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle
Auskunft: BZK Stuttgart,
Albstadtweg 9,
70567 Stuttgart
Tel.: 0711/78 77-233
Fax: 0711/78 77-238 oder
boeld communication
Agnesstr. 4, 80801 München
Tel.: 089/27 37 25 53
Fax: 089/27 37 25 59
e-mail: congress@bb-mc.com
www.bb-mc.com

■ April

16. Jahrestagung des Arbeitskreises für Gerostomatologie e.V. (AKG)
Thema: Mundgesundheit im Pflegealltag
Termin: 01. 04. 2006
Ort: Erfurt (Thüringen)

Auskunft: Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V.,
Nürnberger Straße 57,
04103 Leipzig
Tel.: 0341/97 21 310
Fax: 0341/97 21 309
e-mail: info@akgerostomatologie.de
www.akgerostomatologie.de

**Uzbekistan Stomatology 2006
2nd Tashkent Int. Dent. Forum
2nd Uzbekistan Int. Exhibition**

Termin: 04. – 06. 04. 2006
Ort: Tashkent, Uzbekistan
Auskunft: Ms. Shakhnoza Nizamova (Exhibition Manager),
Tel.: +(99871) 113 01 80
Mobil: +(99871) 171 77 73
Fax: +(99871) 151 21 64
(Tashkent, Uzbekistan)
e-mail: dentl@ite-uzbekistan.uz
www.ite-uzbekistan.uz

IDEM Singapore 2006

Veranstalter: FDI, SDA,
Koelnmesse GmbH
Termin: 07. – 09. 04. 2006
Ort: Suntec Singapore International Convention and Exhibition Centre
Auskunft: Cordula Busse,
Press officer, Koelnmesse GmbH,
Messeplatz 1, Köln
Tel.: 0221/821 20 83
Fax: 0221/821 28 26
e-mail: c.busse@koelnmesse.de
www.koelnmesse.de

7th Int. Exhibition Dentexpo 2006

Termin: 20. – 22. 04. 2006
Ort: Poland, Warsaw,
Palace of Culture and Science
Auskunft: www.dentexpo.pl

5. Jahrestagung des Landesverbandes Niedersachsen der DGI in Hannover

Hauptthema: Implantologie bei parodontaler Erkrankung und Implantologische Therapie im Restgebiss
Termin: 21./22. 04. 2006
Ort: Hannover
Auskunft: Dr. B. Bremer,
Medizinische Hochschule Hannover, Poliklinik für zahnärztliche Prothetik, Carl-Neuberg-Str. 1,
30625 Hannover
Tel.: 0511/532-47 98
Fax: 0511/532-47 90
e-mail: Bremer.Bernd@MH-Hannover.de

Gemeinschaftsjahrestagung der DGZPW und der SSRD

Hauptthema: Vollkeramik – Implantologie – Teilprothetik – V.I.T. für die Praxis
Termin: 27. – 30. 04. 2006
Ort: Kongresszentrum Basel
Auskunft: Kongress Sekretariat,
Symport S.A.
7, Avenue Krieg, Schweiz
Tel.: 0041 22 839 84 84
Fax: 0041 22 839 84 85
e-mail: info@symporg.ch
www.symporg.ch

17. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZFA

Thema: Behandlungsgrundsätze ändern sich – der Assistenzberuf ebenfalls
Termin: 28. 04. 2006
Ort: Schluchsee
Auskunft: BZK Freiburg,
Tel.: 0761/45 06-311
Fax: 0761/45 06-450
e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

31. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Paradigmenwechsel – lassen sich die alten Leitsätze noch halten?
Termin: 28./29. 04. 2006
Ort: Titisee
Auskunft: BZK Freiburg,
Tel.: 0761/45 06-311
Fax: 0761/45 06-450
e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

6. Endodontie-Symposium

Veranstalter: Quintessenz-Verlag
Termin: 28./29. 04. 2006
Ort: Köln
Auskunft: Quintessenz Verlag,
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/761 80-628
Fax: 030/761 80-693
www.quintessenz.de/endo

Internationales Frühjahrs-Zahn-Seminar Meran

Termin: 28. – 30. 04. 2006
Ort: Meran – Kurhaus
Tagungsmotto: Zukunftsweisende Arbeitstechniken für die tägliche Praxis
Tagungsleitung: Ao. Univ. Prof. DDr. Burghard Norer, Innsbruck, Dr. Martin Gröbner, Kitzbühel
Auskunft: Ärztezentrale Med. Info Hleferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: (+43/1) 531 16-38
Fax: (+43/1) 531 16-61
e-mail: azmedinfo@media.co.at

■ **Mai**

4th hospital world congress

Termin: 03. – 05. 05. 2006
Ort: Köln
Auskunft:
www.hospitalworld.info

7. Unterfränkischer Zahnärztetag

Hauptthema: Implantatprothetische Rehabilitation – die bessere prothetische Versorgung?
Termin: 04. – 06. 05. 2006
Ort: Würzburg
Auskunft: ZBV Unterfranken,
Dita Herkert,
Dominikanerplatz 3d,
97070 Würzburg
Tel.: 0931/321 14-0
Fax: 0931/321 14-14
E-Mail: herkert@zbv-uf.de
www.zbv-uf.de

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung

Hauptthema: Lebensstil und Zahngesundheit
Termin: 11. – 13. 05. 2006
Ort: Mainz
Auskunft: Kongress- u. Messe-Büro Lentzsch GmbH, Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg
Tel.: 06172/67 96-0
Fax: 06172/67 96-26
e-mail: info@kmb-lentzsch.de

1. Gemeinschaftstagung der Deutschen AG für Röntgenologie und Schweizerischen Ges. für dentomaxillofaziale Radiologie

Thema: Bildgebung in der Zahnmedizin – Was ist möglich – Was ist nötig
Termin: 12./13. 05. 2006
Ort: UBS Ausbildungs- und Konferenzzentrum, Basel (Schweiz)
Auskunft: Executive Office der 1. Gemeinschaftstagung der ARö und der SGDMFR,
Seestraße 53,
CH-8702 Zollikon
Tel.: +41-44-396 80 40
Fax: +41-44-396 80 41
www.sgdfrm.ch
www.dgzmk.de

10. Kongress der Internationalen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde (ISLD/DGI)

Thema: Shape the future
Termin: 18. – 20. 05. 2006
Ort: Ludwig-Erhard-Haus, Berlin

Auskunft: Saskia Lehmkuhler,
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/761-80-624
Fax: 030/761-80-693
e-mail: kongress@quintessenz.de
www.isld.org

48. Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein mit integrierter Fortbildung für ZFA und einer Dentalausstellung

Hauptthema: Patienten von heute und morgen – Kinder-Zahnheilkunde
Termin: 29. 05. – 02. 06. 2006
Ort: Westerland/Sylt
Auskunft: Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 498, 24106 Kiel
Tel.: 0431/26 09 26-80
Fax: 0431/26 09 26-15
e-mail: hhi@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de

■ **Juni**

56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Hauptthema: „Der Wandel in der Traumatologie“; Nebenthema: „Präventive Konzepte in der MKG-Chirurgie“
Termin: 07. – 10. 06. 2006
Ort: Kulturpalast Dresden
Auskunft: boeld communication,
Agnesstr. 4, 80801 München
Tel.: 089/27 37 25 53
Fax: 089/27 37 25 59
e-mail: bboeld@bb-mc.com
www.bb-mc.com

11. Greifswalder Fachsymposium im Rahmen der 550-Jahrfeier der Ernst-Moritz-arnold

Veranstalter: Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.
Thema: Orale Medizin und Parodontologie
Termin: 24. 06. 2006
Ort: Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, M.-Luther-Str. 14, 17487 Greifswald
Auskunft: Prof. Dr. W. Sümnick,
Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie, Rotgerberstr. 8,
17475 Greifswald
Tel.: 03834/86 71 80
Fax: 03834/86 73 02

■ Juli

Fachdental Bayern**Termin:** 01. 07. 2006**Ort:** Halle B6 / Neue Messe München**Auskunft:** www.fachdental-bayern.de**82nd Congress of the European Orthodontic Society****Termin:** 04. – 08. 07. 2006**Ort:** Vienna/Austria, Hofburg Congress Center
Wiss. Leiter: Prof. Dr. Hans-Peter Bantleon**Auskunft:** Ärztezentrale Med.Info Hleferstorferstr. 4, A-1014 Wien
Tel.: (+43/1) 531 16-38
Fax: (+43/1) 531 16-61
e-mail: azmedinfo@media.co.at**MEDcongress****33. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung****Termin:** 02. – 08. 07. 2006**Ort:** Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/72 07 12-0
Fax: 0711/72 07 12-29
e-mail: bn@medicacongress.de

■ September

SSOS Jahrestagung**Veranstalter:** Schweizerische Gesellschaft für Oralchirurgie und Stomatologie**Termin:** 08./09. 09. 2006**Ort:** Congress Center Basel**Auskunft:** Veronika Thalmann, Sekretariat SSOS, Marktgasse 7, CH-3011 Bern
Tel.: +41 31 312 4 315
Fax: +41 31 312 4 314
e-mail: veronika.thalmann@zmk.unibe.ch**Norddental Hamburg****Termin:** 09. 09. 2006**Ort:** Halle A1/Hamburg Messe**Auskunft:** www.norddental.de**Infodental Düsseldorf****Termin:** 16. 09. 2006**Ort:** Halle 8/Messe Düsseldorf**Auskunft:** www.infodental-duesseldorf.de**43. Kongress der Südwestdeutschen Ges. für Innere Medizin****Termin:** 22./23. 09. 2006**Ort:** Baden-Baden, Kongresshaus**Auskunft:** MedCongress GmbH, Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/72 07 12-0
Fax: 0711/72 07 12-29
e-mail: bn@medicacongress.de
www.medicacongress.de**41. Bodenseetagung und****35. Helferinnentagung****Veranstalter:** BZK Tübingen**Termin:** 22./23. 09. 2006**Ort:** Lindau**Auskunft:** BZK Tübingen Bismarckstraße 96 72072 Tübingen
Tel.: 07071/911-0
Fax: 07071/911-209**FDI Annual World Dental Congress****Termin:** 22. – 25. 09. 2006**Ort:** Shenzhen, China**Auskunft:** FDI World Dental Events, 13 Chemin du Levant, L'Avant-Centre, 01210 Ferney-Voltaire France
Tel.: +33 (0) 450 40 50 50
Fax: +33 (0) 450 40 55 55
www.fdiworldental.org

■ Oktober

12th Salzburg Weekend Seminar**Thema:** Diseases and Tumors of the Salivary Glands**Termin:** 21./22. 10. 2006**Ort:** Salzburg**Auskunft:** Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta, Dept. of Maxillofacial Surgery/SALK-PMU, Müllner Hauptstr. 48, A-5020 Salzburg
Tel.: +43-662-4482-3601
Fax: +43-662-4482-884
e-mail: j.beck-mannagetta@salk.at**Berlindentale****Termin:** 28. 10. 2006**Ort:** Hallen 1.1/2.1, Messe Berlin**Auskunft:** www.berlindentale.de

■ November

Infodental**Termin:** 11. 11. 2006**Ort:** Halle 5.0 / Messe Frankfurt**Auskunft:** www.infodental-mitte.de**MEDICA –****38. Weltforum der Medizin****Termin:** 15. – 18. 11. 2006**Ort:** Düsseldorf Messe – CCD**Auskunft:** MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart
Tel.: 0711/72 07 12-0
Fax: 0711/72 07 12-29
e-mail: bn@medicacongress.de**19. Jahrestagung der DGI****Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft f. Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.
Hauptthema: Implantologie – Evolution oder Revolution?**Termin:** 30. 11. – 02. 12. 2006**Ort:** Dresden**Auskunft:** DGI GmbH, Erika Berchtold, Glückstr. 11, 91054 Erlangen
Tel.: 09131/853-36 15
Fax: 09131/853-42 19
e-mail: erika.berchtold@mkg.imed.unierlangen.de**Universitäten****Universität Düsseldorf****Fortbildungsveranstaltung****Thema:** Mini-Implantate in der Kieferorthopädie: Indikationen, Konzepte und Risiken**Referent:** Prof. Dr. Dieter

Drescher, OA Dr. Benedict Wilmes

Termin: 25. 03. 2006,

9.30 – 17.00 Uhr

Ort: Universität Düsseldorf,

Hörsaal ZMK/Orthopädie

Teilnehmergebühr: 380 EUR

(Assistenten mit Bescheinigung 280 EUR) inkl. MwSt.

Punkte: 7**Auskunft und Anmeldung:**

Dr. B. Wilmes

Westdeutsche Kieferklinik, UKD

Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Tel.: 0211/81-18 671 o. 18 160

Fax: 0211/81-19 510

e-mail: wilmes@med.uni-duesseldorf.de

Harvard Medical Int. & The University of Lausanne**Health Care Executive Education in Switzerland****Thema:** Mastering the New Challenges of Health Care – An intensive course to understand, innovate and lead change in health care**Termin:** 15. – 19. 05. 2006**Ort:** University of Lausanne, Switzerland**Auskunft:** Isabelle Chappuis, Executive Education

Institute of Health Economics and Management

Tel.: +41 (0) 21 314 49 86

Fax: +41 (0) 21 314 69 11

e-mail: executive.health@unil.ch

Justus-Liebig-Universität Gießen**Hessische Internationale Sommeruniversität (ISU) 2006****Thema:** Commercializing Biotechnology in Europe's Legal Environment**Termin:** 22. 07. – 19. 08. 2006**Ort:** Gießen**Beteiligte Professoren:**

Prof. Dr. Thilo Maruhn,

Prof. Dr. Volbert Alexander,

Prof. Dr. Florian Dreyer,

Prof. Dr. Peter-Michael Schmitz,

Prof. Dr. Christoph Spengel

Sonstiges: Förderung aus dem DAAD-Strukturprogramm „Sommer-Akademien in Deutschland“; qualifizierte Bewerberinnen und Bewerber aus dem Ausland haben noch bis zum 31. 03. 2006 die Möglichkeit, sich um Stipendien zu bemühen.**Auskunft:** Hessische Internationale Sommeruniversität (ISU), Sarah Isabelle Reich, Licher Straße 76, 35394 Gießen
e-mail: isu@uni-giessen.de
www.uni-giessen.de/isu

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZPW und SSRD

Gemeinschaftsjahrestagung

Hauptthema: Vollkeramik – Implantologie – Teilprothetik – V.I.T. für die Praxis
Termin: 27. – 30. 04. 2006
Ort: Kongresszentrum Basel

Donnerstag, 27. 04. 2006 und Freitag, 28. 04. 2006
Teilprothetik versus Implantologie: Alternative – Ergänzung – Gegensatz
 Prof. Fischer, Bern; Prof. Marinello, Basel; Prof. Spiekermann, Aachen; Prof. Jokstad, Toronto

Samstag, 29. 04. 2006
Die Vollkeramikbrücke; Versorgung der Zukunft
 Prof. Kappert, Dr. Weigl, Dr. Brodbeck, Prof. Thompson, Prof. Mericske, Prof. Hämmerle, Dr. Zembic-Sailer, Dr. Crottaz, ZTM Spillmann

Sonntag, 30. 04. 2006
Workshops zu den Themen Dentalfotografie und das Mikroskop in der Zahnarztpraxis sowie Praxismanagement

Auskunft und Anmeldung:
 Kongress Sekretariat,
 Symporg S.A., 7, Avenue Krieg,
 1208 Genf, Schweiz
 Tel.: 0041 22 839 84 84
 Fax: 0041 22 839 84 85
 e-mail: info@symporg.ch
 www.symporg.ch

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt, ein entsprechender Vordruck ist bei der zm-Redaktion erhältlich. Die Formblätter sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden. Die Redaktion

Thema: Privatleistungen in der Kieferorthopädie
Veranstalter: Dentaforum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin/Ort: Zweitägiger Workshop: 03. 03. 06 in Ispringen; Eintägige Workshops: 17. 03., Köln; 30. 06., München; 22. 09, Hamburg; 01. 12., im CDC in Ispringen
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Auskunft: Dentaforum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.com

Thema: Orthopädische Zahnimplantate BOI Einführungs-/Grundkurs
Veranstalter: Dr. Ihde Dental GmbH
Termin: 03./04. 03. 2006, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Steigenberger Hotel, Frankfurt Airport
Sonstiges: Ref.: Dr. Stefan Ihde; u. a. Grundlagen der Basal-Osseointegration, angewandte Knochenphysiologie, orthopädische Prinzipien, chirurgisch-prothetische Behandlungsplanung, Kalkulation, Behandlungsalternativen; 17 Punkte
Kursgebühr: 420 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Eching/München
 Tel.: 089/319 761-0
 Fax: 089/319 761-33

Thema: Sofortbelastung mit KOS-Implantatsystem
Veranstalter: Dr. Ihde Dental GmbH
Termin: 04. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Zahnarztpraxis Drs. Mander/Fabritius, Traunring 96, 83301 Traunreut
Sonstiges: Referent: Drs. Mander u. Fabritius; Live-OP, Vorstellung von langjährigen Patienten und deren klinische Betrachtungen / individuelles Praxis-Coaching möglich; 17 Punkte
Kursgebühr: 340 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Eching/München
 Tel.: 089/319 761-0
 Fax: 089/319 761-33

Thema: Orthopädische Zahnimplantate BOI / Kurs III Aufbau / Anwenderkurs
Veranstalter: Dr. Ihde Dental GmbH
Termin: 10. – 11. 03. 2006, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Steigenberger Hotel, Frankfurt Airport
Sonstiges: Ref.: Dr. Stefan Ihde; u. a. Schwerpunkt I: Komplikationserkennung und Beherrschung, angewandte Knochenbiologie; Schwerpunkt II: Freisituation: Lösungen mit CI u. BOI Klasse II + III Patienten; 17 Punkte
Kursgebühr: 420 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Eching/München
 Tel.: 089/319 761-0
 Fax: 089/319 761-33

Thema: Die qualifizierte Mitarbeiterin in der chirurgischen Zahnarztpraxis
Veranstalter: Aesculap Akademie GmbH
Termin: 15. 03. 2006
Ort: Berlin
Kursgebühr: 150 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Kerstin Roth, Luisenstr. 58-59, 10117 Berlin
 Tel.: 030/51 65 12 10
 Fax: 030/51 65 12 99

Thema: Implantatgetragener Zahnersatz aus Vollkeramik
Veranstalter: Arbeitskreis der VITA In-Ceram Professionals Recklinghausen
Termin: 15. 03. 2006, 17.00 Uhr
Ort: FEZ der Universität Witten/Herdecke

Sonstiges: Informationsveranstaltung für Zahnärzte, Ref.: PD Dr. Joachim Tinschert, Dr. Christian Blum
Kursgebühr: 95 EUR inkl. MwSt. pro Praxis
Auskunft: Comcord GmbH, Düsselthaler Str. 35, 40211 Düsseldorf
 Tel.: 0211/44 03 74-0
 Fax: 0211/44 03 74-15

Thema: Digitalfotografie Intensivkurs
Veranstalter: Bösing Dental GmbH & Co. KG
Termin: 17. 03. 2006, 8.00 – ca. 17.30 Uhr
Ort: 55411 Bingen am Rhein
Sonstiges: Theorie: digitale Dentalfotografie; Praxis: Teilnehmer fotografieren sich gegenseitig; Bildarchivierung; Bildbearbeitung mit Adobe Photoshop, u.v.m.; Voraussetzung: eigener Laptop mit mindestens Photoshop 6.0; Ref.: Dieter Baumann; 7 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 450 EUR inkl. MwSt. und Verpflegung
Auskunft: Dietrich oder Bösing, Franz-Kirsten-Str. 1, 55411 Bingen am Rhein
 Tel.: 06721/400 99 60
 Fax: 06721/400 99 63

Thema: Assistenz bei der manuellen Strukturanalyse nach Prof. Bumann
Veranstalter: KFO – IG, Hösbach
Termin: 17. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: KFO Praxis Dr. Weber/Meyer & Koll, Mannheimer Str. 2-4, 67071 Ludwigshafen
Kursgebühr: KFO-IG Mitglieder: 290 EUR; Nichtmitglieder: 350 EUR
Auskunft: IG-KFO, Benzstr. 2, 63768 Hösbach
 Tel.: 06021/45 81 60
 Fax: 06021/56 544

Thema: CEREC wird 20 – und Ivoclar Vivadent feiert mit
Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 17./18. 03. 2006
Ort: Hotel Maritim, Berlin
Auskunft: Ivoclar Vivadent Ellwangen,
 Tel.: 07961/889-0
 e-mail: cerc@quintessenz.de

Thema: Anwendung des S-Implantatsystems

Veranstalter: Dr. Ihde Dental GmbH

Termin: 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnarztpraxis: Themistoklis Papadopoulos, Dreherstr. 1, 76437 Rastatt

Sonstiges: Ref.: Zahnarzt Papadopoulos; Grundwissen Implantologie: Indikationsklassen, Diagnose, Therapieplanung, Risiken / Klinischer Fall, Live-OP, Grenzen des Machbaren, Hand-On / Beispielbehandlung; 10 Punkte

Kursgebühr: 340 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Eching/München
Tel.: 089/319 761-0
Fax: 089/319 761-33

Thema: Termine im Griff

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 18. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Stoltenberg

Kursgebühr: 320 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale für Mitarbeiterinnen

Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
Fax: 02323/94 68 333

Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – Wieviel Hygiene muss sein

Veranstalter: Aesculap Akademie GmbH

Termin: 18. 03., Tuttlingen; 25. 03., Hamburg

Kursgebühr: 80 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Tanja Bauer, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen
Tel.: 07461/95 10 15
Fax: 07461/95 20 45

Thema: Das Einschleifen des Aktivators

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 19. 03. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Hinz

Kursgebühr: 200 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale zzgl. 45 EUR Materialkosten

Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
Fax: 02323/94 68 333

Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – Wieviel Hygiene muss sein

Veranstalter: Aesculap Akademie GmbH

Termin: 22. 03. 2006

Ort: München

Kursgebühr: 80 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Tanja Bauer, Am Aesculap Platz, 78532 Tuttlingen
Tel.: 07461/95 10 15
Fax: 07461/95 20 45

Thema: Prothetische Versorgungskonzepte mit dem CAM-LOG-System

Veranstalter: Bösing Dental GmbH & Co. KG

Termin: 22. 03. 2006

Ort: 55411 Bingen am Rhein

Sonstiges: Systemvorstellung; Planung & erfolgreiche Teamarbeit; Abformungsmethoden – wann empfiehlt sich welche Art? Festsitzende- und Hybridprothetik; u.v.m.; Ref.: A. Focke, Business Development; 3 Punkte

Kursgebühr: 45 EUR inkl. MwSt. und Verpflegung
Auskunft: Dietrich oder Bösing, Franz-Kirsten-Str. 1, 55411 Bingen am Rhein
Tel.: 06721/400 99 60
Fax: 06721/400 99 63

Thema: Klinischer Einsatz der Keramikimplantate – Die Lösung der Zukunft

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 25. 03. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Ulrich Volz

Kursgebühr: 400 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
Fax: 02323/94 68 333

Thema: Sofortbelastung mit KOS-Implantatsystem

Veranstalter: Dr. Ihde Dental GmbH

Termin: 25. 03. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnarztpraxis Dr. Künstler, 46325 Borken, Buttenwall 54

Sonstiges: Referent: Dr. Künstler; Live-OP, Vorstellung von langjährigen Patienten und deren klinische Betrachtung / individuelles Praxis-Coaching möglich; 8 Punkte

Kursgebühr: 340 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH Erfurter Str. 19, 85386 Eching/München
Tel.: 089/319 761-0
Fax: 089/319 761-33

Thema: Prophylaxe aktuell für ProphylaxeProfis

Veranstalter: DentFit.de

Termin: 31. 03. 2006

Ort: Freiburg

Sonstiges: Ref.: Genoveva Schmid

Auskunft: DentFit.de, Trendelenburgstr. 14, 14057 Berlin

Tel.: 030/326 095 90

Fax: 030/326 095 92

www.dentfit.de

Thema: Sofortbelastung mit KOS-Implantatsystem

Veranstalter: Dr. Ihde Dental GmbH

Termin: 31. 03. 2006,

15.00 – 19.00 Uhr;

01. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Zahnarztpraxis Dr. Nedjat, Bornheimer Landstr. 8, 55237 Flonheim

Sonstiges: Referent: Dr. Nedjat; Für Einsteiger und Fortgeschrittene: Vermittlung von Fallplanung, Strategie,

Zielsetzung/Praktische OP-Um-

setzung/Suprakonstruktion

u.s.w.; 13 Punkte

Kursgebühr: 380 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Dr. Ihde Dental GmbH

Erfurter Str. 19,

85386 Eching/München

Tel.: 089/319 761-0

Fax: 089/319 761-33

Thema: Lingualtechnik für den Praxisalltag

Veranstalter: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie

Termin: 31. 03. 2006,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: 60386 Frankfurt, Vilbeler Landstr. 3-5

Sonstiges: Ref.: Dr. K. Falkenstein, Regensburg

Kursgebühr: 230 EUR + MwSt.

Auskunft: Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie,

Frau B. Rumpf,

Tel.: 069/94221-113

Fax: 069/94221-201

Thema: Marketing- und Akquisitionsoptimierung im Pflegebereich – Kunden finden – Kunden binden

Veranstalter: Eckardt & Koop.-Partner

Termin: 31. 03. 2006

Ort: Frankfurt/M.

Kursgebühr: 195 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Eckardt & Koop.-Part-

ner, Bettengraben 9,

35633 Lahnau,

Tel.: 06441/960 74

Fax: 06441/960 75

E-Mail: info@eckardt-online.de

www.eckardt-online.de

Thema: Basis-Kurs Implantologie

Veranstalter: Astra Tech Dental

Termin/Ort: 31. 03. 2006,

Braunschweig;

28. 04., Uni Hannover;

28./29. 04., Uni Mainz

Sonstiges: Ref.: Braunschweig:

PD Dr. Dr. Eduard Keese;

Hannover: Prof. Dr. Dr. Nils-

Claudius Gellrich; Mainz: Prof.

Dr. Dr. Wilfried Wagner

Auskunft: Astra Tech, An der

kleinen Seite 8, 65604 Elz,

Tel.: 06431/98 69 213

Fax: 06431/98 69 500

www.astratech.de

Thema: Klammermodellgusskurs für Fortgeschrittene

Veranstalter: Dentaurum, J.P.

Winkelstroeter KG, CDC – Cen-

trum Dentale Kommunikation

Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: ZT Klaus Dittmar

Kursgebühr: 410 EUR + MwSt.

Auskunft: Dentaurum,

J.P. Winkelstroeter KG/CDC,

Sabine Braun, Tunnstr. 31,

75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

E-Mail: sabine.braun@den-

taurum.de

www.dentaurum.com

Thema: KFO Spezialkurs: Der Funktionsregler nach Fränkel
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZT Konrad Hofmann, Dr. Wolfgang Scholz
Kursgebühr: 419 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Kiefergelenkdysfunktionen + MRT
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 31. 03. – 01. 04. 2006
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: Dr. Aladin Sabbagh, Dr. Plozar; 15 Punkte
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: „Integration komplementärmedizinischer Diagnostik und Therapie in den zahnärztlichen Praxisalltag“ Den Wandel vollziehen zu einer integrativen Zahnheilkunde
Veranstalter: Privatakademie für Naturheilkunde GmbH (PAN)
Termin: 01. 04. 2006, 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
Sonstiges: Vom Organ ausgehend kann durch Zahn-Meridian-Organvernetzungen, Metall-Materialintoxikationen und Kiefergelenks-Fehlfunktionen in Abhängigkeit zur individuellen Konstitution der Organismus negativ beeinflusst werden; 10 Punkte
Kursgebühr: 280 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. med. dent. Ulrich Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
 Tel.: 05475/95 98 55
 Fax: 05475/52 57

Thema: Bema – Denken heißt Geld verschenken
Veranstalter: Bösing Dental GmbH & Co. KG
Termin: 01. 04. 2006
Ort: 55411 Bingen am Rhein
Sonstiges: Die perfekte Abrechnung von GOZ- und GOÄ-Leistungen; Materialberechnung – Was geht noch? Die korrekte Rechnungslegung nach § 10 u.v.m.; Ref.: Dr. Henning Otte
Kursgebühr: 95 EUR inkl. MwSt. und Verpflegung
Auskunft: Dietrich oder Bösing, Franz-Kirsten-Str. 1, 55411 Bingen am Rhein
 Tel.: 06721/400 99 60
 Fax: 06721/400 99 63

Thema: Termine im Griff – Quintessenz aus 10 Jahren Stress – Nie mehr Zeitprobleme mit Schmerzpatienten
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 01. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum
Kursgebühr: 298 EUR + MwSt. inkl. Tagungsverpflegung und Seminarunterlagen
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22, 23669 Timmendorfer Strand, Tel.: 04503/77 99 33
 Fax: 04503/77 99 44
 E-Mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Zukunftsmarkt Zahnmedizin – Trends und Chancen für jede Praxis
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 01. 04. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Kamen
Sonstiges: Ref.: Dr. Achim Sieper & Dr. Catrin Kramer
Kursgebühr: 430 EUR + MwSt.
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22, 23669 Timmendorfer Strand, Tel.: 04503/77 99 33
 Fax: 04503/77 99 44
 E-Mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Pleiten, Pech und Pannen in der Prophylaxe und wie man sie vermeidet
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 01. 04. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Georg Scherpf, Berlin
Kursgebühr: 298 EUR + MwSt., inkl. Tagungsverpflegung
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22, 23669 Timmendorfer Strand, Tel.: 04503/77 99 33
 Fax: 04503/77 99 44
 E-Mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: KFO Spezialkurs: Das Twin-Block-Gerät
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 01. 04. 2006
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZTM Peter Stücker
Kursgebühr: 215 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Pendelapparaturen und ihre Modifikationen – ein Kurs für Techniker
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 01. 04. 2006
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZT Ursula Wirtz
Kursgebühr: 250 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Mini Anchorage Pins – tomas
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 02. 04. 2006
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Axel Bumann; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.

Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Aufstiegsfortbildung zur Zahnmedizinischen Prophylaxe Assistentin ZMP – Baustein 1
Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 03. – 06. 04. 2006, 9.00 – 16.30 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: zahnärztliche Leitung: Dr. Sigrid Olbertz
Kursgebühr: 480 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale zzgl. 395 EUR inkl. MwSt. Kursskripte und Prüfungsgeb. für alle Bausteine
Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Der Schwenkriegel
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 05. – 07. 04. 2006
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZT Frieder Galura
Kursgebühr: 510 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Thema: Zirkonoxid + Triceram
Veranstalter: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG, CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 06. – 07. 04. 2006
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT D. Behringer
Kursgebühr: 760 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J.P. Winkelstroeter KG/CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 E-Mail: sabine.braun@dentaurum.de
 www.dentaurum.com

Leistungsfähigkeit der Praxis steigern

Heiß auf Erfolg

Stefan Seidel, Francesco Tafuro

Effiziente Praxisführung beruht auf dem Verständnis für wirtschaftliche Zusammenhänge. Um langfristig zu bestehen, muss man die Stärken seiner Praxis kennen. Und die Schwächen.

In ihrer Funktion als Praxischefs müssen sich Zahnärzte verstärkt Aufgaben stellen, die über die rein medizinische Tätigkeit hinausgehen. Für finanziellen Erfolg kann nur sorgen, wer seine Praxis unternehmensorientiert führt und klare betriebswirtschaftliche Konzepte mit konkreten Planzahlen vorlegt. Die Anforderungen, die die Unternehmerrolle mit sich bringt, stellen für viele Zahnärzte eine große Herausforderung dar. Doch die Produktivität der Praxis zu messen, ist gar nicht so schwer.

Der Blick in die Bücher

Die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) lässt sich aus den Buchführungs-

unterlagen einer Zahnarztpraxis ableiten und ist eine Darstellung aller vollzogenen Zahlungsvorgänge. Am sinnvollsten ist die BWA, wenn der Steuerberater sie zeitnah erstellt und folgende Punkte enthalten sind:

■ Alle im betrachteten Zeitraum zusam-

Traumtemperaturen auf dem „Erfolgsbarometer“? Langfristige Planung macht's möglich.

mengefassten Einzahlungen, möglichst aufgeteilt nach Versicherungsform und Einnahmearten (zum Beispiel Prophylaxe, Prothetik, Chirurgie), ergänzt um die erstellten Rechnungen im Zeitraum ohne Zahlungseingang (Forderungszugang).

■ Alle zusammengefassten Auszahlungen (ohne Privatentnahmen), gegliedert nach den praxisrelevanten Kostenarten, plus der Erhöhung an Verbindlichkeiten (Rechnungseingang ohne Zahlungsausgang) zuzüglich Abschreibungen.

■ Die zahnärztliche Honorarleistung (das heißt Praxiseinnahmen minus Fremdlaborkosten).

■ Das Ergebnis (entspricht der Differenz aus Praxiseinnahmen und -ausgaben).

■ Einen Liquiditätsstatus, der kurzfristig verfügbare Gelder (Bar- und Bankguthaben) ausweist und um realisierbare Forderungen ergänzt werden kann.

Eine dementsprechend aufgebaute BWA zeigt an, wie hoch der Selbstzahleranteil ist und in welchen Leistungsbereichen welche Einnahmen erzielt wurden. Sie gibt auch Auskunft darüber, wie hoch die Kosten sind und deren Verhältnis zum Umsatz. Darüber hinaus zeigt sie das Praxisergebnis an. In Verbindung mit vorangegangenen Abrechnungszeiträumen zeigt die BWA Veränderungen und Entwicklungen in den einzelnen Bereichen auf. So können Zahnärzte erste Hinweise auf wirtschaftliche Engpässe entdecken. Als reine Vergangenheitsbetrachtung ist die BWA hingegen unzureichend.

Status quo in der Praxis

Zuverlässige Indikatoren für die Leistungsfähigkeit oder den Status quo einer Zahnarztpraxis sind die Produktivität der Mitarbeiter und die Intensität der Patientenbindung. Betriebswirtschaftliche Studien haben ergeben, dass zwischen Zufriedenheit und Arbeitsproduktivität der Mitarbeiter sowie Patientenzufriedenheit und -bindung signifikante Zusammenhänge bestehen. Zur raschen Standortbestimmung empfiehlt sich daher eine kombinierte Analyse der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit. Das geeignete Mittel: ein einfacher Fragebogen, der beim Besuch in der Praxis ausgefüllt werden kann. Die Ergebnisse einer solchen Analyse sind eine solide Basis zur Erarbeitung von Handlungsvorschlägen, die die Arbeitsproduktivität der Mitarbeiter und die Patientenbindung erhöhen. Als Idealbild sollte jede Praxis eine hohe

Produktivität der Mitarbeiter und eine hohe Patientenbindung durch möglichst individuelle Betreuung anstelle einer Massenpraxis anstreben.

Um den Status quo zu bestimmen, sollten Praxisinhaber auch über eine SWOT-Analyse nachdenken. Sie konzentriert sich auf vier Aspekte: Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Bedrohungen (Threats). Mit der SWOT-Analyse lassen sich die Entwicklungsmöglichkeiten der Praxis erfassen. Die Stärken- und Schwächenanalyse dient der Abbildung der Gegenwart und sind allein von internen Faktoren abhängig. Chancen und Bedrohungen stellen als zu erwartende Ereignisse eine Einschätzung der Zukunft dar und zählen als externe Ereignisse. Konzentrieren sich Zahnärzte auf die Stärken ihrer Praxis und bauen Kernkompetenzen aus, sichert das den langfristigen Erfolg.

Eine zukunftsorientierte Planung berücksichtigt darüber hinaus Umsätze und Kosten. Für einen effizienten Ressourceneinsatz in der Praxis ist es unerlässlich, die einzelnen Leistungsbereiche zu planen. Eine solche Planung lässt sich mittels Leistungsstatistik (für die Leistungen) und BWA (für die Kosten) leicht aufstellen. Ein Plan-Ist-Vergleich schließlich gibt Auskunft über die tatsächliche betriebswirtschaftliche Ent-

wicklung und ermöglicht ein zeitnahe Controlling.

Mithilfe dieser Instrumente können Zahnärzte den Überblick über die betriebswirtschaftliche Situation ihrer Praxis stets im Auge behalten und – falls nötig – zeitnahe Steuerungsmaßnahmen einleiten.

Patienten langfristig binden

Die Qualität der zahnärztlichen Leistung stellt die absolute Basis für den Praxiserfolg dar. Sie sichert das für eine langfristige Bindung notwendige Vertrauen. Regelmäßige Fortbildungen für Zahnarzt und Team sind daher Pflicht. Darüber hinaus muss kontinuierlich in die moderne Ausstattung der Praxis investiert werden. Mit Blick auf den Wandel des Patienten zum anspruchsvollen, kritischen „Kunden“ sollte die Qualitätssicherung der zahnmedizinischen Behandlung unbedingt ergänzt werden durch einen stetigen Ausbau der Serviceorientierung des gesamten Praxispersonals. Denn: Der Patient, der als Laie die zahnärztliche Leistung oft nur eingeschränkt beurteilen kann, zieht zur Beurteilung der Praxis Sekundärkriterien, zum Beispiel das Praxisambiente, heran.

Nicht nur Stammpatienten zu halten, auch neue zu gewinnen, entscheidet über die Zukunft einer Praxis. Gute Chancen, die Kartei zu erweitern, haben Zahnärzte, die ihre Stärken und Kernkompetenzen in Form eines Praxiskonzepts definieren, das sich an einer bestimmten Patientenzielgruppe ausrichtet. Durch die Neugestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Außendarstellung für Zahnärzte bietet sich dafür eine Reihe von Möglichkeiten: die telefonische und schriftliche Direktansprache durch Recalls, ein ansprechender Internetauftritt oder auch eine Praxiszeitung. Ziel ist die Entwicklung eines individuellen Profils im Sinne einer unverwechselbaren Marke.

*Stefan Seidel
Francesco Tafuro
Mainzer Straße 5
55232 Alzey*



Fotos: Photo Disc/Corbis

Zufriedene Patienten sind treue Patienten. Darüber entscheiden neben der Qualität der zahnärztlichen Leistung ein schönes Praxisambiente und der freundliche Umgang.

Sozialgericht moniert Rentenkürzungen

EU-Kollegen eingeschaltet

Das Berliner Sozialgericht (SG) hat in zwei Verfahren um Rentenkürzungen den Europäischen Gerichtshof (EuGH) eingeschaltet. Die Luxemburger Kollegen sollen jetzt überprüfen, ob die deutsche Sonderregelung zur Berücksichtigung von „Reichsgebiets-Beitragszeiten“ bei der Rentenhöhe gegen das Recht der EU-Bürger auf Freizügigkeit verstößt. Denn zwei deutschen

Sozialversicherungszeiten nach dem Umzug ins Ausland 2001 kein Geld mehr. Denn laut deutschem Sozialgesetzbuch werden bei einem Umzug ins Ausland für die Rente nur noch Versicherungszeiten im heutigen Bundesgebiet anerkannt.

Nach Ansicht der Berliner Sozialrichter verletzen das deutsche Gesetz und die diesbezügliche EU-Ausnahmeregelung das höherrangige Recht der EU-Bürger auf Freizügigkeit. Inwieweit die Berliner einen Erfolg haben werden steht in den Sternen: In einem ähnlichen Fall hatten im Jahr 2002 die Kollegen vom Bundessozialgericht bereits den EuGH in Luxemburg angerufen. Das Verfahren konnte jedoch nicht abgeschlossen werden – die Klägerin starb, bevor sich der EuGH mit dem Fall befasst hatte. pit/dpa



Rentnerinnen wurde die Altersrente erheblich gekürzt, nachdem sie zu ihren Kindern nach Belgien beziehungsweise Großbritannien gezogen waren. Beide Frauen hatten seinerzeit in Pommern, respektive im Sudentenland Beiträge an die deutsche

Vorgezogene Sozialbeitragszahlungen im Visier

Der Mittelstand muckt auf

Die Aktionsgemeinschaft Wirtschaftlicher Mittelstand (AWM), einer der Dienstleisterverbände in Deutschland, prüft, gegen die vorgezogene Abführungspflicht der Sozialversicherungsbeiträge vor das Bundesverfassungsgericht zu ziehen. Die Neuregelung, nach der die Beiträge seit 1. Januar 2006 im Voraus, statt wie bisher am Monatsende zu zahlen sind, verstoße nach Ansicht der AWM gegen Artikel 14 Grundgesetz, berichtet „Der gelbe Dienst“. Der vorgezogene Abgabetermin belaste den Mittelstand

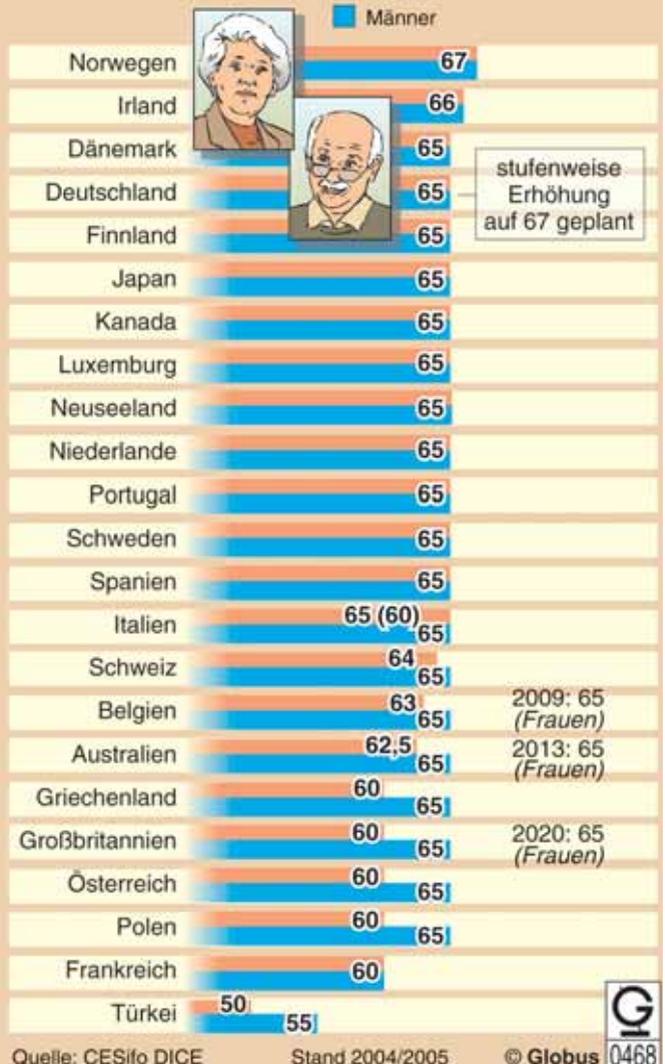
mit mindestens einer Milliarde Euro mehr als bisher. Für viele Firmen sei Existenznot die Folge, sowie Kreditaufnahmen. Und Mehrkosten bei der Verwaltung, weil die Sozialbeiträge vorab korrekt zu schätzen seien. Anderenfalls drohten Säumniszuschläge seitens der Krankenkassen. Die AWM hält die mögliche Ratenzahlung über sechs Monate nicht für eine Erleichterung: Die vorgesehene Stundung liege bei drohender Insolvenz im Belieben der Krankenkassen. pit/pm



Wann in Rente?

Gesetzliches Rentenalter

Frauen
Männer



Im Ruhestand

Finanzielles Polster

Die Berufstätigen in Deutschland haben konkrete Vorstellungen wie hoch ihr künftiges Einkommen im Ruhestand sein sollte, um gut leben zu können. Dies geht aus einer aktuellen Studie der Postbank und des Instituts Allensbach hervor. Im Durchschnitt aller Befragten ergibt sich ein wünschenswertes Alterseinkommen von knapp 2100 Euro im Monat. Das sind rund 500 Euro weniger als das durchschnittliche Netto-Haushaltseinkommen von heute. Im Einzelnen zeigt sich Folgendes: Für 15 Prozent der Befragten genügt ein

monatlicher Betrag zwischen 1000 und 1499 Euro. Ein Viertel nennt ein wünschenswertes Einkommen zwischen 1500 und 1999 Euro. Fast ebenso viele, 23 Prozent, erhoffen sich einen Betrag zwischen 2000 und 2499 Euro. Jeder Zehnte errechnet sich eine Summe zwischen 2500 und 2999 Euro. Nur ein jeweils kleiner Prozentsatz nennt einen Betrag unter 1000 Euro oder über 3000 Euro. Die meisten befragten Berufstätigen rechnen mit geringeren Einkünften im Rentenalter als während ihres Berufslebens. pit/pm

Private Berufsunfähigkeitsrente**Bestnote nur für wenige Anbieter**

Augen auf beim Abschluss einer privaten Berufsunfähigkeitsrente (BU): Nur 30 von 263 Policen schneiden im Test mit der Bestnote ab. Das schreibt das Wirt-



Fotos: project photos

schaftsmagazin „Capital“ (Nr. 5, 2006). Es beruft sich auf das BU-Rating des Analysten „Morgen & Morgen“. Bewertet wurden unter anderem Kompetenz bei der Abwicklung und finanzielle Solidität des Anbieters. sth/pm

Betriebliche Weiterbildung**Ein Tausender pro Mitarbeiter**

Die deutsche Wirtschaft setzt auf Weiterbildung: Im Jahr 2004 investierten 82 Prozent der Unternehmen in das Know-how ihrer Mitarbeiter. Kostenfaktor: 26,8 Milliarden Euro. Dies geht aus der jüngsten Weiterbildungserhebung des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) hervor. Pro Arbeitnehmer gaben die Betriebe im Schnitt 1 072 Euro aus, kleinere Firmen mit weniger als 50 Beschäftigten sogar 1 151 Euro. Die häufigste Form der Weiterbildung war das Training on the Job. Dafür entschieden sich acht von zehn Unternehmen. sth/pm

Europäische Internetdomain**Viele Fehler bei der Registrierung**

Mehr als jeder zweite deutsche Registrierungsantrag für den Domainnamen „.eu“ wurde bisher abgelehnt. Das meldet die zuständige Vergabestelle EURid in Belgien. Grund für die hohe Durchfallquote sind Formfehler beim Ausfüllen des Antrags. Die Domain wird bis zum 7. April nur an Inhaber früherer Rechte vergeben. Dazu gehören beispielsweise Unternehmen, die ihren Firmennamen schützen wollen.

Nach dem Termin steht die Registrierung auch Privatleuten offen. Für alle Antragsteller



gilt: Sie müssen ihren Firmenbeziehungsweise Wohnsitz innerhalb der EU haben. sth/pm

■ Infos zur Registrierung auf der EURid-Homepage unter „Beantragung eines .eu-Namens“: www.eurid.eu/en/general/

Nervöse Anleger bei offenen Immobilienfonds

Risse in der Fassade

Marlene Endruweit

Die Angst ging um, als Ende Januar drei der rund 25 deutschen Immobilienfonds schließen mussten. Zu viele Anleger hatten Anteile verkaufen wollen, doch den Gesellschaften mangelte es an Liquidität. Die Folge: sorgenvolle Gesichter bei den Anteilseignern, die um ihre Investitionen fürchteten. Experten raten, dennoch Ruhe zu bewahren.

Die jüngste Unruhe bei den Immobilienfonds geht auf das Konto von Deutschlands größtem Bankhaus: Am 13. Dezember 2005 schloss die Deutsche Bank-Tochter DB Real Estate ihren Immobilienfonds Grundbesitz-Invest.

Panik allerorten

Die betroffenen Kunden ließ der Branchenriese ohne Auszahlungen im Regen stehen. Wer Glück hatte, wurde seine Anteile los. Alle anderen mussten warten – auf die Neubewertung der Immobilien im Februar.

Zahnärzte, die in den eigenen vier Wänden wohnen oder gar ein Mietshaus besitzen, darf das eigentlich kalt lassen. Sie haben ihr Soll an Immobilien erfüllt und können bestens in andere Anlageformen investieren, meint der Fachmann für Geldanlagen und Altersvorsorge Thomas Bieler von der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Für sie und für diejenigen, die das Vertrauen in diese Branche verloren haben, eignen sich andere Anlagen, zum Beispiel Indexzertifikate. Diese Papiere versprechen eine sicherere Anlage als etwa Rentenfonds oder hoch verzinste und risikobehaftete Anleihen aus Schwellenländern. Für alle anderen bleibt es dabei: offene Immobilienfonds

gelten als gute Geldanlage auf lange Sicht, auch wenn der der Deutschen Bank vorübergehend ins Trudeln geriet. Dieser Fonds hatte sich auf den angeschlagenen Büromarkt spezialisiert. Die Preise für diese Immobilien waren stark gesunken und bedurften der Anpassung, einer Neubewertung in der Bilanz. Deshalb schloss der Vorstand den Fonds vorübergehend. Eine notwendige Maßnahme, um rechtlichen Schritten der Investoren vorzubeugen. Aktionäre können eine Bank wegen Untreue verklagen, wenn Anteile während einer Neubewertung an- und verkauft werden. Leider führte die Schließung zu Missverständnissen: Experten befürchteten die Abwicklung des Fonds. Um wieder flüssig zu werden, bemüht sich die DB Real Estate zurzeit, Gebäude im Wert von einer Milliarde Euro zu verkaufen. Dieses Vorhaben braucht Zeit. Rund 200 Millionen Euro konnte das Geldhaus jedoch bereitstellen, um allen Kunden den entstandenen Schaden aus der Wertberichtigung zu ersetzen. Krisen gab es in den vergangenen Monaten aber nicht nur bei der Deutschen Bank. Rund einen Monat darauf verfielen die Groß- und Kleinanleger der beiden Fonds KanAm Grundinvest und KanAm US Grundinvest in Panik.



Foto: CC

Entzweigung auf dem Anlagemarkt: Die Kunden von Immobilienfonds fühlen sich von den Anbietern nicht ausreichend informiert.

Auslöser war eine Verkaufsempfehlung der Rating-Agentur Scope. Diese Meldung genügte, um Fonds mit Verkaufsaufträgen zu überschütten. Für sie bedeutet das ebenfalls die vorübergehende Schließung.

Massenflucht

Aufgeschreckt von diesen Vorgängen zeigten sich auch Anteilseigner von nicht betroffenen Fonds beunruhigt und trennten sich im großen Stil von ihren Anlagen. Insgesamt zogen die Investoren bis Ende Januar bei den Immobilienfonds rund drei Milliarden Euro ab. Genaue Angaben über die Auswirkungen der Massenflucht wollte der Sprecher des Bundesverbandes Investment und Asset Management (BVI) Markus Rieß nicht machen. Was dabei verwunderte: Die Krise traf ausgerechnet die Fonds, die im vergangenen Jahr mit sechs Prozent die besten Renditen (Branchendurchschnitt 3,1 Prozent) erwirtschaftet hatten.

Guter Ruf bedroht

Immobilienfonds sind als langfristige Maßnahme besonders für die Altersvorsorge beliebt. Jahrzehntlang genossen sie den Ruf, besonders seriös und renditestark zu sein. Panikverkäufe, die die Fonds in ernste Liquiditätsschwierigkeiten bringen würden, hätte sich niemand träumen lassen. Vor diesem Hintergrund glaubten sich vor allem private Anleger auf der sicheren Seite, wenn sie sich für diese Investition entschieden. Die Anbieter schürten das Gefühl der Sicherheit noch; der KanAm-Fonds Grundinvest lockte sogar damit, als mündelsicher anerkannt zu sein.

Von Experten bekamen die beiden KanAm-Fonds allerdings schlechtere Noten. Für den bis dato erfolgreichen Fonds KanAm US Invest gab Scope-Geschäftsführerin Alexandra Merz das Verkaufssignal. Denn sie hatte bei Mills, einem Mieter von KanAm-Objekten, der amerikanische Einkaufszentren betreibt, Bilanzpro-

bleme entdeckt. Vorher hatte bereits der Fondsspezialist Stefan Loipfing die beiden KanAm-Anlagen als zu spekulativ eingestuft. Bis Ende Januar blieb sich die Branche uneinig darüber, ob allein der Verkaufshinweis von Alexandra Merz zu dem Ansturm geführt hat oder die offensive Geschäftspolitik des Anbieters.

Unsensibler Handel

Das mittlere Erdbeben verdankt die Branche der Sprunghaftigkeit von Profis wie institutionellen Anlegern und Vermögensberatern. Sie nutzen die Immobilienfonds, um große Summen renditeträchtig für kurze Zeit zu parken. Zwei Gründe machen das

für sie zu einer attraktiven Option: Zum einen liegt die Verzinsung hier deutlich über den Renditen der Geldmarktfonds. Zum anderen sieht die Gebührenpolitik der Anbieter für professionelle Investoren keine Ausgabeaufschläge in Höhe von fünf Prozent vor – wie für Otto Normalverbraucher üblich. In den Fonds geht es aufgrund dieser Freiheiten zu wie im Taubenschlag. Die Gefahr, dass es dadurch kurzfristig zu hohen Mittelabflüssen kommt, ist vorprogrammiert. Für Kleinanleger lohnt sich eine Investition in Immobilien wegen der Ausgabeaufschläge hingegen nur, wenn sie mindestens ein Jahr läuft. Um in den Genuss einer Rendite zu gelangen, muss

zm-Kommentar

Wie aus einer Mücke ein Elefant wurde

Für Jochen Sanio, Präsident der Finanzaufsicht BaFin, geht der 13. Dezember 2005 als „Schwarzer Dienstag“ in die Annalen der offenen Immobilienfonds ein. An diesem Tag schloss die Deutsche Bank ihr Angebot Grundbesitz-Invest. Der Grund: Preisverfall bei deutschen Büroimmobilien erfordere eine Neubewertung des Portfolios. Die Auswirkungen: Verunsicherte Kunden, Panikverkäufe und eine ganze Branche, die in Misskredit geriet. Politik und BVI bemühten sich um Schadensbegrenzung. Experten verdammt das gesamte Konzept der offenen Immobilienfonds in Grund und Boden. Und wofür das alles: Am Ende stand ein Wertberichtigungsbedarf von rund 200 Millionen Euro für einen sechs Milliarden schweren Fonds, also ganze drei Prozent. Der bislang einzige Profiteur des Dramas: Deutsche-Bank-Chef Josef Ackermann, der auf seiner Pressekonferenz am 2. Februar stolz eine sensationelle Eigenkapitalrendite in Höhe von 26 Prozent verkündete und den Aktionären eine höhere Dividende versprach. Böswillige Beobachter könnten nun den Schluss ziehen: Der Banker hat mit einem höheren Verlust des Fonds gerechnet und wollte in jedem Fall sein Traumergebnis nicht gefährden. Wie sehr sich die gestressten Verwalter der restlichen 74 Milliarden Euro über den Erfolg des international gefeierten Topmanagers freuen, bleibt abzuwarten. Allerdings: So ganz hat der coole Strategie das Wohl der Kunden nicht aus den Augen verloren. Über tatsächlich vorhandene Missstände bei den offenen Immobilienfonds wird mal wieder diskutiert – dieses Mal hoffentlich zum Nutzen der Anleger.

Marlene Endroweit

der Gewinn außerdem die Fünf-Prozent-Hürde nehmen. Ein früherer Verkauf der Anteile bedeutet Verluste.

Dramatisch werden sich die Ereignisse um den Jahreswechsel auf die Portefeuilles der Anleger kaum auswirken. Für den Fonds der Deutschen Bank rechnen die Experten mit einer Abwertung unter fünf Prozent. Die KanAm-Anteilseigner hoffen sogar auf einen Gewinn nach der Wiedereröffnung in zirka zwei Monaten.

Augenwischerei

Damit dürften die Probleme, die die Branche sich selbst geschaffen hat, aber nicht aus der Welt sein. Der BVI ging aus diesem Grund in die Offensive und pries Maßnahmen an, die neues Vertrauen schaffen sollen. Der Verband fordert vom Gesetzgeber, für Anlagen über einer Million Euro eine Haltefrist von zwölf Monaten einzuführen. Darüber hinaus setzt man auf die Verdopplung der Liquidität von derzeit fünf auf zehn Prozent, um den Mittelabflüssen in Ruhe begegnen zu können. Ein Ausgabeaufschlag für die Großanleger gehörte allerdings nicht zu den Forderungen.

Nicht nur deshalb ist der BVI-Vorstoß Augenwischerei. Die Entwicklung der vergangenen Monate zeigen, dass sie am eigentlichen Problem vorbeisteuern. Denn der geschlossene KanAm-Fonds verfügte vor seiner Schließung nach eigenen Angaben über rund 20 Prozent flüssige Mittel. Erlaubt sind sogar 49 Prozent.

Mehr Aussicht auf Erfolg verspricht das Ansinnen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die Bonner Aufsichtsbehörde will in Zu-

kunft die Bewertung der Immobilien selbst übernehmen, indem sie einen unabhängigen Experten stellt und bezahlt. Bislang beauftragten die Unternehmen die Gutachter selbst.

Das Bekenntnis der Gesellschaften zu mehr Transparenz – es wurde nicht zum ersten Mal geäußert. So sollen zwar die Daten über Anschaffungswert, Nebenkosten und Verkehrswert offen gelegt werden. Höhe der Mieteinnahmen, Vertragsdauer sowie Mieter je Objekt sollen aber auch weiterhin der Schweigepflicht unterliegen. Ob eine verbesserte Informationspolitik Anleger vor bösen Überraschungen schützt, ist fraglich. Galt doch gerade der Immobilienfonds der Deutschen Bank als ein Vorbild für Transparenz. Ruhe wird daher auch nach der Wiedereröffnung der geschlossenen Fonds nicht einkehren. Die Kunden sind misstrauisch geworden und viele von ihnen wollen ihre Anteile trotz der Wohlverhaltensgelöbnisse des BVI zurückgeben. Die Gründe dafür sind immer rationaler Natur. Vielmehr bestimmen Angst und Panik das Handeln der Investoren.

Die Folgen weiterer Panikverkäufe könnten verheerend sein.

zm-Index

Stichwort: Wertberichtigung

Eine Wertberichtigung ist ein Korrekturposten in der Bilanz eines Unternehmens. Er wird auf der Passivseite für zu hoch ausgewiesene Positionen des Anlagevermögens und des Umlaufvermögens und auf der Aktivseite für zu hoch ausgewiesene Passiva eingesetzt.



Foto: Jump

Bei der Begründung von Entscheidungen sollten Unternehmen ihren Anlegern reinen Wein einschenken. Nur so vermeiden sie Panikverkäufe.

Rund 80 Milliarden Euro parken in Immobilienfonds. Flüchten die Kunden, sehen sich die Gesellschaften gezwungen, Objekte unter Wert zu verkaufen. Davon betroffen sind dann nicht nur die Fonds, sondern auch die gesamte Immobilienbranche.

Reiner Wein

Dabei lassen sich weitere Krisen durchaus vermeiden, wenn beide Seiten – Kunden und Fonds – besonnen handeln. Die Anbieter tun gut daran, ihrer Klientel in Zukunft reinen Wein einzuschenken.

Der hiesige Immobilienmarkt befindet sich nach wie vor in einem Tief. Vor allem die Gesellschaften, die die Gelder ihrer Kunden vorzugsweise in deutsche Objekte investiert haben, werden um eine Wertberichtigung ihrer Bestände nicht herumkommen.

Das Instrument der vorübergehenden Schließung eines Fonds eignet sich durchaus, einem drohenden Sturm zu trotzen. Es ist aber wichtig, den Kunden die Entscheidung zu erklären. Dann können sie mit der Situation gelassen umgehen. Da sie ihr Geld langfristig angelegt haben, werden sie eine einmalige Abwertung um ein paar Prozentpunkte verkraften. Hätten sie dagegen in Aktienfonds investiert, müssten sie mit Verlusten in einer

ganz anderen Größenordnung rechnen.

Ruhe bewahren

Besitzer von Anteilen profitabler Immobilienfonds sollten die Ruhe bewahren. In den vergangenen Jahren haben offene Immobilienfonds gute Zuwächse verzeichnet, trotz vorgenommener Wertberichtigungen. Eine allgemeine Gefahr zur Schieflage besteht nicht. Auch die Stiftung Warentest bezeichnet die Anlageform als eine „bislang sichere Sache“. Es lohnt sich, den Fondsprospekt genau zu studieren und den Bankberater um weitere Informationen über die Qualität der Anlagen zu bitten. Stellt sich heraus, dass der Fonds weltweit in erstklassige Gebäude investiert, kann der Anleger sich zurücklehnen und sein Geld für sich arbeiten lassen.

Grund zur Sorge besteht erst dann, wenn es sich zum Beispiel um alte Bürokomplexe in deutschen Städten handelt, die zudem zu überhöhten Preisen in der Bilanz auftauchen. Von solchen Beteiligungen trennt sich der kundige Anleger zügig. Hat aber bereits eine Neubewertung stattgefunden, bestehen im Zuge des erwarteten wirtschaftlichen Aufschwungs für die Zukunft wieder Gewinnchancen für alle, die ihr Geld in Immobilienfonds anlegen. ■

Der Zahnarztbesuch als Versicherungsfall

Tauziehen um das Vertrauen

Andreas Fink, Michael Zach

Für die Private Krankenversicherung stellt jede mit Kosten verbundene Konsultation des Zahnarztes einen Versicherungsfall dar, den sie entsprechend ihres privaten Krankenversicherungsvertrages und des individuellen Erstattungstarifs zu regulieren hat. Im Umgang mit den Versicherern lernen Privatpatienten schnell die Unterschiede in den Definitionen des Begriffs „Versicherungsfall“ kennen. Gut, wenn der Zahnarzt da zu den Wissenden zählt.

Der Privatpatient lernt im Umgang mit seiner Krankenversicherung beizeiten, dass die Beurteilung dessen diffus ist, was als „notwendig“ gilt und was als „Luxusversorgung“. Die Differenzen darüber, welche Therapie geeignet sei und welche ihm schade, welche Behandlungsmethode bereits wissenschaftlich-schulmedizinisch anerkannt wurde oder nur als gleichermaßen erfolgreich angesehen wird, sind vielfältig. Vor allem lernt er jedoch, dass nicht sein Zahnarzt als Behandler die Beurteilungsprerogative in diesen Fragen hat, sondern seine Krankenversicherung – in Gestalt eines Kostenablenkungsbescheides.

Die Diskussion über die abrechnende Richtigkeit der eingereichten Gebührenliquidation und die entsprechende, fortdauernde Korrespondenz mit Versicherung und Zahnarzt erwecken leicht den Eindruck, letzterer stehe als Verursacher oder gar als eigentlicher Schädiger da. Zuweilen führen Querelen im Vorfeld dazu, dass überhaupt kein so genannter Versicherungsfall mehr entsteht, sprich ein Zahnarzt kommt gar nicht dazu, zu behandeln, weil beispielsweise die Versicherung die Kostenübernahme des Heil- und Kostenpla-

nes ablehnt und ihr Versicherter deshalb auf die Behandlung verzichtet. Oder der Patient moniert nach der Behandlung eine unzureichende Kostenaufklärung und verlangt von dem Behandler die seitens seiner Versicherung nicht erstatteten Kosten als Schadensersatz – sprich Honorarverzicht (Oberlandesgericht (OLG) Celle, Urteil vom 28. Mai 2001, 1 U 28/00) (siehe hierzu auch ein neues Urteil: OLG Köln, Urteil vom 23. März 2005, Az: 54 144/04 in den zm 02/06).

Pflicht oder Kür

Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung kann mannigfach sein. Der behandelnde Zahnarzt wird geneigt sein, dem Drängen seines Patienten nach besonders komfortablen, aufwändigen und damit mitunter kostenträchtigen Lösungen nachzugeben, die Versicherungsgesellschaft wird unter Berufung auf die Solidargemeinschaft ihrer Mitglieder dagegen den Begriff der Luxusbehandlungen und der rein kosmetisch motivierten Maßnahmen extensiv auslegen. Bei der Abgrenzung hilft eine griffige

Formel des Landgerichtes (LG) Köln (Beschluss vom 26. November 2003, 23 O 269/03):

„Die medizinische Notwendigkeit ist dann gegeben, wenn es nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und ihrer Planung vertretbar ist, die Maßnahme des Zahnarztes als medizinisch notwendig anzusehen. Vertretbar ist eine Heilbehandlung dann, wenn sie in fundierter und nachvollziehbarer Weise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst

sie der Wiederherstellung der Kau- und Sprechfunktion dienen. Kostengesichtspunkte sind bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit nicht zu berücksichtigen.“

Trügerische Objektivität

Der Zahnarzt wird den Patienten eventuell von speziellen Behandlungsmethoden überzeugen, deren Erfolg er zwar in seiner täglichen Praxis schon vielfach beobachtet hat – die Versicherungsgesellschaft aber eben noch nicht. Während man es der Rechtswissenschaft und den Gerichten ohne weiteres nachsieht, dass im juristischen Disput mitunter



Foto: projekt photos

Mancher Zahnarzt wird vom Tauziehen der PKV um das Vertrauen der Patienten überrascht. Gut, wenn er Bescheid weiß und ihnen zur Seite stehen kann.

und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. Davon ist dann auszugehen, wenn eine Behandlungsmethode und Therapie zur Verfügung steht und angewendet wird, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Zahnersatzbehandlungen sind dann medizinisch notwendig, wenn

mehr Meinungen vertreten werden, als sich Personen am Disput beteiligen und dass man auf „hoher See und vor Gericht sich in Gottes Hand“ befinde, rückt es erst allmählich in das Bewusstsein der Versicherten, dass zum Beispiel selbst eine Bilanzerstellung und Testierung auch als Wertungswissenschaft mit entsprechenden gestalterischen

Freiräumen und ergebnisorientierten Entscheidungsfindungen verstanden werden kann. Ähnlich die Zahnmedizin: Sie scheint im Bewusstsein vieler privatversicherter Patienten im naturwissenschaftlich-objektiven Umfeld abzulaufen, in dem sich klar die Grenze zwischen vertretbarer und unvertretbarer Therapieplanung verlässlich ziehen lässt. Dies ist ein Trugschluss.

Im juristischen Streitfall hat allerdings der Patient zu beweisen, dass die Beurteilung durch seinen Zahnarzt zahnmedizinisch vertretbar war. Die Erstattungsregelungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenkassen differenzieren danach, ob die zur Linderung

des Leidens eingesetzte Therapie der Schulmedizin zugehörig oder als alternative Behandlung zu qualifizieren ist, sofern sie gleichermaßen geeignet ist, den Heilerfolg herbeizuführen wie die schulmedizinische.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist jüngst durch das BVerfG (Urteil vom 06. Dezember 2005, 1 BvR 347/98) die Leistungspflicht der GKV auf alternative, bislang im Leistungskatalog des gemeinsamen Bundesausschusses nicht aufgeführte Behandlungsmethoden erweitert worden, sofern für die Bekämpfung der lebensbedrohlichen Erkrankung eine dem allgemein anerkannten Standard entsprechende Behandlungsmethode nicht existiert, die alternative Vorgehensweise jedoch eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufes bewirken kann. Auf das Recht der privaten Krankenversicherung ist diese Entscheidung nicht übertragbar. Dort besteht eine Leistungs-

pflcht für Methoden, die (noch) nicht der Schulmedizin zugeordnet werden, wenn sich diese in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen, § 4 Abs. 6 Satz 2 der Musterbedingungen KV. Die Leistungspflicht der PKV ist insofern also weiter, als keine letale Grunderkrankung erforderlich ist und sie deshalb auch bei zahnmedizinischen oder kieferorthopädischen Sachverhalten bestehen kann.“

Auch die Variante „Alternative Methode mit anerkanntem Heilerfolg“ führt in der Regel zum Anspruch auf Kostenerstattung, allerdings der Höhe nach begrenzt, gedeckelt auf die Kosten der schulmedizinischen Maßnahme. Die medizinische Notwendigkeit in beiden Varianten muss der Patient durch Sachverständigengutachten beweisen. Bei der zweiten Variante – der medizinisch notwendigen, alternativen Behandlung – obliegt es der Versicherung nachzuweisen, bis zu welcher Höhe Kosten bei Durchführung einer Behandlung nach schulmedizinischer Behandlung entstanden wären.

Als Schulmedizin wird der Teil der Zahnmedizin verstanden, der nach wissenschaftlichen Kategorien arbeitet, als alternative Behandlung wäre der übrige Teil zu verstehen.

Welcher Behandlungsansatz nun als wissenschaftlich qualifiziert werden kann, darf oder muss und welche Kriterien anzulegen sind, ist in den zahnmedizinischen Wissenschaften umstritten. Wohl deshalb rekurriert man auf das Kriterium der Langzeiterprobung, bei deren Gültigkeit qua definitionem neue Behandlungsmethoden nie wissen-

Stichwort:

Versicherungsfall

Ein Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer Person wegen Krankheit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach dem medizinischen Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall wird ausgelöst und verursacht durch die Diagnose und Therapieplanung des Zahnarztes; durch seine Feststellung, dass die Therapie abgeschlossen ist, wird er beendet.

schaftlich sein könnten und deshalb stets vom vollwertigen Versicherungsschutz selbst dann ausgeschlossen sind, wenn sie sich in der (alternativen) Praxis als gleichwertig zielführend und Erfolg versprechend bewährt haben.

Zwei Beispiele: Invisalign und BOI-Zahnimplantate.

Beide Methoden werden seit vielen Jahren angewendet, beiden wurde die wissenschaftliche Anerkennung mangels nachgewiesener Langzeiterprobung zunächst versagt. Daher erfolgt oft nur eine begrenzte Kostenerstattung nach § 5 Abs. 2 MB/KK 94. Dabei gibt es erkennbare Varianten im Regulierungsverhalten:

Trotz einer Fülle von Rechtsprechungen zu früheren Einzelfällen, wird seitens einzelner Versicherungsgesellschaften bestritten, dass eine gleichermaßen gegebene Eignung der BOI-Zahnimplantate (einführend: Ihde, Principles of BOI, Springer Verlag, 2004) mit den herkömmlichen Schraubenimplantaten gegeben sei, so dass der Patient die Eignung der Methode für seinen Behandlungsfall feststellen lassen muss. Die vorliegende Recht-

sprechung, die die Eignung und Anerkennungswürdigkeit der BOI-Zahnimplantate bestätigt, wird von den Versicherungsgesellschaften zum Teil nicht akzeptiert. Begründung: Sie sei jeweils zu anderen Behandlungsfällen ergangen und könne eine abstrakt-generelle Studie mit langfristiger klinischer Erprobung nicht ersetzen.

Neue Wege gehen

Angesichts der beachtlichen Sachverständigenkosten sieht mancher Patient davon ab, diesen Rechtsweg zu beschreiten. Dabei kann der Auswahl des seitens des Gerichtes zu bestellenden Sachverständigen maßgebliches Gewicht zukommen.

Der Marktführer im Bereich der privaten Krankenversicherungen (PKV) lehnte beispielsweise den Mitte 2004 aus seinem Amt ausgeschiedenen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Prof. Dr. Dr. Weber wegen grundsätzlicher Besorgnis der Befangenheit in fachlichen Fragen regelmäßig als Sachverständigen ab und verwies zur Begründung auf einzelne seiner Publikationen, in denen er sich kritisch mit der Privaten Krankenversicherungen befasste. Gerade dass die PKV einzelne Gutachter ablehnt, zeigt, wie umstritten eine Behandlungsmethode ist und steht damit als sicherer Indikator dafür, dass die Anwendung der fraglichen Methode jedenfalls medizinisch vertretbar ist. Und alleine daran ist die Leistungspflicht der Gesellschaft geknüpft.

In Bezug auf die kieferorthopädische Invisalign-Therapie (einführend: Schwarze, KFO Zeitung Praxis, 2002, Ausgabe 12, 15)

stellte die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) in ihrer fachlichen Stellungnahme vom 12. September 2001, noch fest, dass das Unternehmen erst 1997 gegründet wurde und seine Entwicklungsmaße aufnahm und deshalb Langzeiterfahrungen über die Methode und eine ausreichende Anzahl abgeschlossener Fälle noch nicht vorliegen können. Das machte die PKV damals zur Grundlage der – überwiegend ablehnenden – Bescheide zur Erstattung der Kosten. In der gemeinsamen Erklärung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 6. September 2002 heißt es für die vertragszahnärztliche Versorgung, dass sich die Methode in der Erprobungsphase befinde, dass Langzeiterfahrungen nicht existierten und von einer wissenschaftlichen Anerkennung nicht auszugehen sei. Damit war für diese Therapie in der privat-zahnärztlichen Versorgung eine Erstattung faktisch ausgeschlossen. Mit einer aktuellen Stellung-

nahme vom Januar 2004 wischte die DGKFO unter Hinweis auf die seit 2001 mit dieser Behandlungsmethode weltweit gesammelten klinischen Erfahrungen alle Bedenken vom Tisch und bejahte eine Langzeiterprobung.

Lange Probezeiten

Das Kriterium der Langzeiterprobung einer neuen oder alternativen Behandlungsmethode ist in der Rechtsprechung zuweilen als ungeeignet angesehen worden, um den so genannten Wissenschaftlichkeitsbegriff zu präzisieren, an den die privaten Krankenversicherungen ihre Erstattungspflicht knüpfen. Wollte man zum Nachweis der wissenschaftlichen Absicherung retrospektivische, klinische Studien fordern, die einen klinischen Zeitraum von auch nur zehn Jahren erfordern, so könnte die Rezeption einer neuen Methode in der Erstattungspraxis der Versicherer frühestens 15



Jahre nach Einleitung dieser Studie erfolgen. Zumindest, wenn man berücksichtigt, dass die universitären Behandler selbst erst diese Methoden anwenden müssen, Patienten zu akquirieren hätten und etwa zehnjährige postoperative Intervalle abzuwarten wären. Falls überhaupt die Bereitschaft zu einer derartigen universitären Studie bestünde.

Ob eine Universität einen Forschungsauftrag annehmen kann, hängt unter anderem davon ab, ob sie Drittmittel erhält. Deren Höhe scheint zuweilen nicht an dem Forschungsaufwand orientiert zu sein, sondern eher an dem wirtschaftlichen Nutzen, der dadurch entsteht, dass das neue Produkt das etablierte verdrängt. Sprich: Freiheit und Objektivität der universitären Forschung sind hier betroffen. Zuweilen entsteht hinsichtlich der Abschottung vor neuen Methoden der Eindruck eines Schulterschlusses zwischen Wissenschaft und privaten Krankenversicherungen.

Der Faktor Zulassung

Ob eine medizinische Behandlungsmethode oder das verwendete Medizinprodukt noch oder schon dem aktuellen medizinischen Standard entspricht und vertretbarerweise als zahnmedizinisch notwendig angesehen werden kann, sollte sich vorrangig danach richten, ob es als Medizinprodukt zugelassen ist.

So hatte das Oberlandesgericht (OLG) Hamm (siehe Versicherungsrecht 2002, 312) in einem Haftungstreit von einer Beweiserhebung durch Sachverständige zur Frage der Gesundheitsgefährdung durch den Werkstoff Amalgam abgesehen, weil bis dato noch kein Nachweis dafür geführt worden war, dass Amalgam aufgrund seines Quecksilberanteils gesundheitsschädlich oder -gefährdend sei und dieser Werkstoff vom Bundesgesundheitsamt nach wie vor auf dem Markt zugelassen ist. Es sei nicht die Aufgabe des Gerichtes, bei allgemeinen medizinischen Fragen durch Auswahl von Sach-

verständigen oder durch die juristische Bewertung naturwissenschaftlicher Lehrmeinungen für die eine oder andere Position Partei zu ergreifen oder durch Gutachtensaufträge den Fortschritt der medizinischen Erkenntnisse voranzutreiben, sofern das Medizinprodukt durch eine entsprechende CE-Kennzeichnung zertifiziert und verkehrsfähig sei.

Bei der Beurteilung der Eignung einer neueren Methode und der medizinischen Notwendigkeit ihrer Anwendung sollte aus denselben Gründen auf das klare Kriterium der Zulassung abgestellt werden, statt der Versicherungsgesellschaft einen schier unbegrenzten Wertungsfreiraum bei Bewilligung und Versagung der Regulierung zuzugestehen. So vertritt der Lehrstuhl Prof. Zöller der Universität Köln zum Beispiel hinsichtlich der BOI-Implantate den Standpunkt, dass deren medizinische Notwendigkeit hinreichend belegt sei und Langzeitstudien nicht gefordert werden können, weil diese Forderung im Zusammenhang mit der Entwicklung der ersten Zahnimplan-

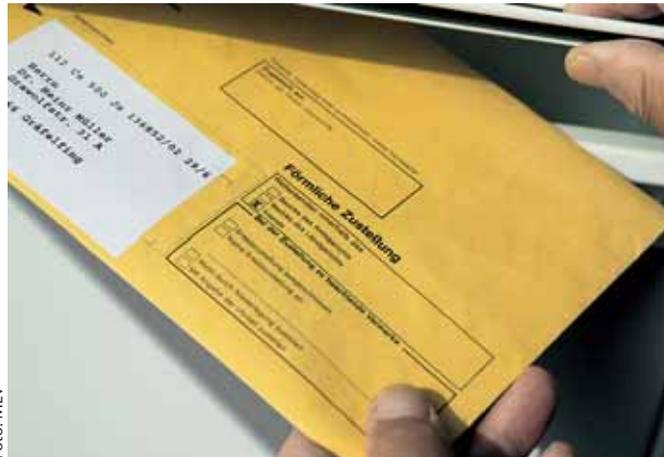


Foto: MEV

Post vom Versicherer kann Ärger bedeuten. Für den Patienten wie für den Arzt. Dem heißt es richtig zu begegnen.

tate aufgestellt worden sei und dies angesichts der Innovationsfreudigkeit der Branche heute nicht mehr gelten könne.

Status quo trickreich erhalten

Zuweilen wollen Versicherungsgesellschaften einen Streit über die wissenschaftliche Anerkennung einer Methode oder einer Behandlungsplanung vermeiden. Sei es, weil der individuelle Versicherungsvertrag dies her-

gibt, oder um eine – für die Versicherungen ungünstige – Gerichtsentscheidung und deren Publikation zu vermeiden, weil sie deren mögliche Präjudizwirkung scheuen. Einzelne Gesellschaften schlagen folgende sehr zweifelhafte Abwicklung vor: Sie genehmigen den Heil- und Kostenplan für eine herkömmliche Methode, der Zahnarzt behandelt aber nach einer (anderen) modernen Methode und stellt diese dem Patienten in Rechnung, der zudem ausschließlich zwecks Weiterlei-

tung an die Versicherung eine „fiktive Rechnung“ für die zwar genehmigte aber nicht durchgeführte herkömmliche Versorgung erhält, aufgrund derer die Versicherung ihm Kosten erstattet. Mit dem Ergebnis: Der Patient zahlt aufgrund der realen Rechnung an den Zahnarzt, die Versicherung verbucht ihre Ausgabe als Leistung auf eine hergebrachte, möglicherweise aber schon überkommene Behandlungsmethode. Hierdurch wird zwar einerseits der konkrete Versicherungsfall abgewickelt, andererseits aber kein Präjudiz geschaffen, auf das sich Patienten unter Umständen berufen können. Dieses Vorgehen ist zulässig, wenn alle Beteiligten wissen, dass diese Abrechnung nur fiktiv erfolgt, weil sie dann wirtschaftlich gesehen nichts anderes als einen Festzuschuss darstellt.

Angriff auf das Vertrauen

Schriftwechsel der Patienten mit ihrer privaten Krankenversicherung zeigt immer wieder, dass

Versicherungen versuchen, den Patienten aus dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient herauszureißen. Die Versicherung stellt sich zum Beispiel als Betreuer und Lotse des Patienten dar, der für den Patienten teure und langwierige Krankheitsbilder auswerten, Kranke fachkundig beraten und an geeignete Therapieeinrichtungen verweisen will. Sein erklärtes Ziel ist die optimale medizinische Versorgung zu finanziell tragbaren Kosten, so genanntes Gesundheitsmanagement. Dieses Ziel kann dazu führen, dass der Behandlungsvorschlag des Zahnarztes nach den versicherungsvertraglichen Tarifbestimmungen als „medizinisch nicht vertretbar“ abqualifiziert wird. Selbst der gut informierte Patient wird dahinter regelmäßig den Vorwurf einer Fehlbehandlung oder gar des Abrechnungsbetruges vermuten, und das belastet sein Vertrauen in den Zahnarzt. In einem Fall hatte der Gebührenreferent einer Kammer im Namen und für Rechnung einer PKV den Behandlungsplan



Foto: MEV

Der Zahnarzt hat gegenüber der PKV einen Vorteil: Er ist nah am Patienten dran und kann Querelen im Vorfeld ausräumen.

eines Vorbehandlers mit vernichtender, aber wohl objektiv unrichtiger Kritik überzogen, was den Patienten zur Durchführung einer KfO-Therapie in der Praxis des Gutachters veranlasste. Ferner unterstützt die Versicherung ihre Mandanten, unberechtigte Forderungen der Behandler abzuwehren. Sie darf hierbei sogar rechtsberatend tätig sein, da regelmäßig Identität mit den abgelehnten Versicherungsleistungen besteht,

kurz Leistungsmanagement genannt.

Dieses kann dazu führen, dass die Versicherung auf der Grundlage von § 11 der versicherungsrechtlichen Musterbedingungen ihre Kostenerstattung an den Patienten davon abhängig macht, ob dieser eventuelle Regressansprüche an sie abtritt. Dann nämlich kann sie gegebenenfalls das Honorar zumindest teilweise vom Behandler zurückfordern, falls Komplikationen auftreten

oder sie eventuell eine Aufklärungsrüge erheben will. Deshalb sollte sich jeder Zahnarzt frühzeitig ein Konzept erstellen, ob und in welchen Situationen er mit einer Versicherung korrespondieren oder Behandlungsunterlagen an diese herausgeben will oder muss. Einerseits ist er verpflichtet, die Grundlagen seiner Behandlungsplanung – sprich zum Beispiel (Röntgen-)Diagnostik – herauszugeben, soweit die Versicherung sie zur Beurteilung seiner Leistungspflicht vor Beginn einer Behandlung benötigt. Andererseits kann diese hieraus nach abgeschlossener Behandlung Einwände gegen seine Arbeit erheben. Ein derartiges Verhalten unterminiert das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient.

Die Potenz des Misstrauens

Bei Versorgungsformen, denen die PKV kritisch gegenübersteht – sei es, dass sie die Planung für angreifbar hält oder dass sie die verwendete Methode kritisiert –

bietet sie mitunter Erstattung der Erstbehandlung an, sofern sich der Patient bereit erklärt, auf die Kosten etwaiger Nach-, Kontroll- oder Folgebehandlungen zu verzichten. Der Patient, der sich damit am Ziel seiner Erstattungswünsche sieht, wird sodann geneigt sein, die Frequenz seiner – selbst zu zahlenden – Kontrollbesuche zu drosseln. Damit löst er, etwa bei implantatgetragenen Versorgungen, bekanntlich schnell unumkehrbare Fehlentwicklungen aus, die ex post die anfänglich geäußerten Bedenken der PKV scheinbar bestätigen.

Hat die PKV schließlich nach zahllosen Schriftwechseln oder auf erstes Anfordern den Rechnungsbetrag an den Patienten überwiesen, muss das Honorar noch den Weg zum Zahnarzt finden, dessen Rechnung ja erst die Auszahlung an den Patienten ermöglicht hat. Noch ist zwar eine Verrechnungsmöglichkeit für die PKV etwa mit rückständigen Beiträgen des Patienten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht vorgesehen,

doch kommt es vor, dass der Patient die Versicherungsleistung zweckwidrig verwendet. Die PKV stößt sich an einem solchen Verhalten des Versicherungsnehmers nicht.

Damit der Zahnarzt nicht auf seinem Schaden sitzen bleibt, kann er mit der titulierten Forderung die künftigen Ansprüche seines Patienten gegen seine PKV, die aus Erstattungsanträgen aufgrund anderweitiger ärztlicher Rechnungen resultieren, mit guten Aussichten auf Erfolg beim Versicherer pfänden lassen (OLG Hamburg, Beschluss vom 8. März 1995, 6 W 71/94). Trotz der zwar grundsätzlich bestehenden Unpfändbarkeit gem. § 850b Abs. 1 Nr. 4 ZPO sind Zahlungen der privaten Krankenversicherung, sowie Krankentagegeld/ Krankenhaustagesgeld und Prämienrückerstattungen sowie jegliche Erstattungsleistung ausnahmsweise pfändbar, wenn die Vollstreckung in das sonstige Vermögen des Schuldners zu einer vollständigen Befriedigung des Gläubigers nicht geführt hat und nach den Umständen des

Falles die Pfändung der Billigkeit entspricht.

Es wäre unbillig, dem Patienten die Zahlungen seiner privaten Krankenversicherung als unpfändbar zu belassen, obwohl er die diesbezüglichen Zahlungen entgegengenommen aber nicht an den Gläubiger weitergeleitet hat. Indiz für ein grob treuwidriges Verhalten kann es sein, wenn der Patient die Abtretung der Versicherung beziehungsweise die Geltendmachung der Forderung durch den Zahnarzt verweigert. Handelt ein Patient wiederholt und systematisch derart, erfährt er durch die Versagung des Pfändungsschutzes auch kein Unrecht, da nicht zu erwarten ist, dass er sich künftig nicht mehr in ärztliche Behandlung begibt, wenn die Kostenerstattungsleistungen gepfändet würden. Vielmehr ist unter dieser Konstellation den Belangen des zahnärztlichen Gläubigers Vorrang einzuräumen (AG Bergheim, Beschluss vom 13. August 2004, 44 M 6331/04).

Das privatärztliche Behandlungsverhältnis ist von der Aus-

einandersetzung zwischen Zahnarzt und PKV geprägt, wem die Beratungshoheit über den Patienten/Versicherungsnehmer zusteht. Die Gründung von PKV-Zahnkliniken zielt auf die Steuerbarkeit von zahnärztlicher Diagnostik und Therapieplanung durch die PKV ab, auf die die Gesellschaften bisher lediglich mittelbar durch die Kürzung von Abrechnungen und die Voten ihrer zahnärztlichen Berater Einfluss nehmen konnten. Eine vertiefende Einflussnahme der Gesellschaften auf diese originären zahnärztlichen Verantwortungsbereiche ist zu erwarten.

*Rechtsanwalt Michael Zach
Fachanwalt für Medizinrecht
Eickener Straße 83
41061 Mönchengladbach
info@rechtsanwalt-zach.de*

*Dr. med. dent. Andres Fink
Goethestraße 20
41372 Niederkrüchten*





„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden?

Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

Prozess gegen Arzt angelaufen

Verdacht auf Patientinnen-Missbrauch

Vor dem Schöffengericht Pinneberg hat Anfang Februar ein Missbrauchprozess gegen einen Internisten begonnen. Dabei kamen mehrere Delikte aus seiner Vergangenheit ans Tageslicht.

Die Staatsanwaltschaft hat den 57-jährigen Mediziner angeklagt, während einer Ultraschalluntersuchung wegen eines Magen-Darm-Problems eine junge Patientin minutenlang ohne medizinischen Grund intim berührt

saal geführt, da er zurzeit eine Haftstrafe wegen Betruges absitzt. Das Amtsgericht Pinneberg hatte ihn im Dezember 2004 schuldig gesprochen, weil er in den Jahren 2000 und 2001 in 1 762 Fällen gefälschte Abrechnungen an die Krankenkassen schickte. Damals hatte er unter anderem sogar die Namen von Toten auf seinen Abrechnungen angegeben – wie zuvor bereits in Baden-Württemberg. Dort hatte ihn seinerzeit das Amtsgerichts Heilbronn in zwei Verfahren zu einer Geld- und einer Bewährungsstrafe verurteilt. Trotzdem hatte der kriminelle Arzt anschließend im Kreis Pinneberg ohne Probleme erneut eine Zulassung als Kassenarzt bekommen, da es für Verfehlungen kein nationales Melderegister gibt. Das Amtsgericht Heilbronn widerrief mittlerweile die Bewährung, da sich der Mediziner in Schleswig-Holstein „nicht bewährt“ hat. Der Prozess soll im Beisein eines Sachverständigen fortgesetzt werden. pit/dpa

zu haben. Der Angeklagte wies die Vorwürfe zurück. Es sei eine für ihn übliche Untersuchung im Scheidenbereich ohne sexuellen Hintergrund gewesen, sagte er. Während des Prozesses zeigte sich, dass der Angeklagte kein unbeschriebenes Blatt war. Zudem belastete eine Zeugin den Mediziner: Nach Aussage der 45-jährigen Kripobeamtin kamen bei den Ermittlungen weitere Sexualstraftaten ans Tageslicht, wie sexuelle Belästigung seiner Angestellten. Der Mediziner wurde in Handschellen in den Gerichts-



Fotos: MEV/PP

Urteil schränkt Ansprüche an GKV ein

Angehörige kostenpflichtig krankenversichert

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die kostenlose Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von Ehepartnern eingeschränkt.

Nach zwei jetzt bekannt gegebenen Urteilen gelten eine in Monatsraten gezahlte Abfindung (Az: B 12 KR 2/05 R) ebenso wie eine private Altersrente (Az: B 12 KR 10/04 R) als Einkommen, aus dem eine eigenständige Krankenversicherung finanziert werden muss. In der GKV sind die Kinder und der Ehepartner nur solange kostenlos mitversichert, wie sie kein eigenes Einkommen über 350 Euro haben; bei Minijobs werden die Beiträge pauschal

entrichtet. In den entschiedenen Fällen bekam ein Mann von seinem früheren Arbeitgeber eine Abfindung in Raten von umgerechnet 2 300 Euro, ein anderer erhielt aus einer Lebensversicherung eine Rente. In beiden Fällen hatten die Richter zunächst gemeint, das Geld sei nicht als Einkommen anzurechnen; ihnen widersprach nun das BSG. pit/dpa

BSG, Januar 2006
Az: B 12 KR 2/05 R
Az: B 12 KR 10/04 R

Erst das eigene Einkommen, dann das Kindergeld

Angerechnet, aber in Maßen

Verdienen die Kinder eigenes Geld, so kann die Familienkasse den Arbeitslohn auf das Kindergeld anrechnen. Aber nicht immer ganz. Das bestätigte jetzt der Bundesfinanzhof.

Wie die Ärzte-Zeitung berichtet, hatte ein Vater geklagt, weil die Familienkasse ihm für drei Monate im Jahr 2003 für seinen Sohn kein Kindergeld zahlen wollte. Der hatte nämlich nach seinem Zivildienst bis Oktober 2003 fünf Monate ganztägig als Betriebsshelfer gearbeitet, um die Zeit bis zum Studienbeginn im Oktober zu überbrücken und dabei mit einem Verdienst von brutto 8 200 Euro die damalige Höchstgrenze von maximal 7 188 Euro per anno überschritten. Die Familienkasse befand, die so genannte Einkünfte- und Bezügegenze sei überschritten – und strich für gleich bis Jahresende das Kindergeld. Der Vater protestierte, weil der Sohn ja ab Oktober nur studiert hatte. Be-

reits das Finanzgericht als erste Instanz lehnte das Ansinnen der Familienkasse ab; der BFH entschied die Sa-

che jetzt und sprach dem Vater ab Oktober 2003 Kindergeld zu (Az.: III R 67/04). Vollzeit arbeitender Nachwuchs gelte formal nicht als Kind, dementsprechend könne dann sein Verdienst aber auch nicht auf das Kindergeld angerechnet werden. Allerdings verringert sich mit jedem Monat in voller Beschäftigung für den Nachwuchs der Grenzbetrag von 7 680 Euro um ein Zwölftel. pit

BFH
Februar 2006, Az.: III R 67/04



Mundgesundheit und Lebensqualität

Startschuss für eine neue Studie

STOPP – so kürzt sich eine neue Studie zum Stellenwert der Oralprophylaxe für die Patientenzufriedenheit ab. Sie ist gerade angelaufen und soll wissenschaftlich messbar zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Mundgesundheit besteht.



Fotos: art tempi communications

Einige Kernaussagen der Emnid-Befragung

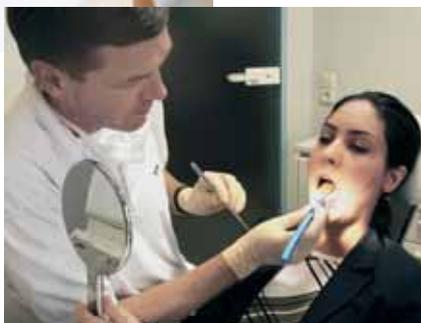
„Wir sind sicher, dass orale Gesundheit eine wichtige Bedeutung für die Lebensqualität eines Menschen besitzt. Diesen Zusammenhang wollen wir nun wissenschaftlich nachweisen.“ Dies erklärte Prof. Dr. Stefan Zimmer, stellvertretender Leiter der Poliklinik für Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde, Düsseldorf, zum Start einer neuen Studie über den Stellenwert der Oralprophylaxe für die Patientenzufriedenheit (abgekürzt STOPP-Studie). Am Rande des Berliner Zahnärztetages wurde das Studiendesign der Presse präsentiert. Die Ergebnisse sollen 2006 auf dem Deutschen Zahnärztetag in Erfurt veröffentlicht werden.

Untersucht werden soll, wie gut die Lebensqualität mit dem subjektiv wahrgenommenen oralen Gesundheitszustand übereinstimmt. Die Studie wird außerdem Angaben zu Maßnahmen, Motivationsfaktoren und Zielen der häuslichen Mundhygiene erheben. Untersucht wird auch der Stellenwert der Mundhygiene innerhalb der allgemeinen Körperpflege. In den nächsten zwei Monaten sollen 3 000 bis 4 000 Zahnärzte ran-

domisiert einen Fragebogen an jeweils 20 Patienten verteilen. So sollen insgesamt rund 60 000 bis 80 000

Probanden teilnehmen. Die Studie wird vom Unternehmen GlaxoSmithKline Consumer Healthcare gefördert.

Der Fragebogen besteht aus 33 Fragen, von denen zwölf aus dem standardisierten SF-12 Health Survey von Bullinger und Kirchberger zum Thema Lebensqualität stammen. Er untersucht neben demografischen Daten die Selbsteinschätzung der Patienten zu ihrem Mundhygiene-Verhalten und ihrer oralen Gesundheit, ihre Zufriedenheit mit ihrer Zahnarztpraxis und ihre Lebensqualität. PD Dr. Jens Ulrich Rüffer von der Deutschen Fatigue Gesellschaft Köln und wissenschaftlicher Beirat der Studie, erklärte, dass Messungen der Lebensqualität in der Medizin immer häufiger als primäres oder sekundäres Studienziel bei klinischen Untersuchungen akzeptiert würden.



Der SF-12 ist ein Lebensqualitäts-Messinstrument aus der Medizin. Es fragt sich, warum in der Studie der Oral Health Impact Profile (OHIP) keine Verwendung findet, der zu den Erfassungsinstrumenten speziell zur Messung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität gehört und mittlerweile international einen hohen Stellenwert erlangt hat (siehe zm 15/2004, Seite 26 ff).

Emnid-Umfrage

Wie eine neue Emnid-Umfrage, die Prof. Dr. Christoph Benz, München vorstellte, belegt, trägt Mundhygiene entscheidend zur Lebensqualität eines Menschen bei. Über 1 000 Teilnehmer sind befragt worden, davon gaben 91 Prozent an, dass Mundgeruch die Lebenszufriedenheit beeinträchtigt. 87 Prozent glauben, dass Mundgeruch zu Problemen bei der Partnersuche führe. 74 Prozent erklärten, dass Menschen mit Mundgeruch eine geringe Akzeptanz in

ihrem beruflichen Umfeld genießen. Erfasst wurde auch, welche Ursachen für Mundgeruch angegeben wurden. In kranken Zähnen oder bestimmten Nahrungsmitteln sehen 92 Prozent der Befragten

den Auslöser. 88 Prozent sehen den entscheidenden Faktor in einer schlechten Mundhygiene, 77 Prozent machen eine belegte Zunge verantwortlich. Auch nach dem Einsatz von Mundhygiene-Artikeln wurde gefragt. 77 Prozent der Teilnehmer gaben an, sich die Zähne manuell zu putzen, 33 Prozent bevorzugen eine elektrische Zahnbürste. 60 Prozent greifen der Befragung zufolge zusätzlich zu einer Interdentalbürste oder zu Zahnseide, außerdem reinigen mittlerweile 42 Prozent der Befragten ihre Zunge.

Die Zungenhygiene habe einen neuen Stellenwert in der individuellen Körperpflege eingenommen. Dieser Tatsache werde auch ein wachsendes Sortiment an Mund- und speziellen Zungenpflegeprodukten gerecht, hieß es auf der Pressekonferenz. pr

Europäisches Verfahren zur Durchsetzung offener Forderungen

Warum umständlich, wenn's auch einfacher geht

Petra Spielberg

Die EU-Kommission will es Unternehmen und Verbrauchern künftig erleichtern, zivilrechtliche Ansprüche gegenüber Bürgern aus anderen EU-Ländern geltend zu machen. Zwei Gesetze hierfür – zum Mahnverfahren und zur Durchsetzung von Forderungen in geringfügiger Höhe – liegen dem Europaparlament und dem Ministerrat inzwischen zur Entscheidung vor. Der europäische Vorschlag soll die bisherigen rechtlichen Möglichkeiten allerdings nur ergänzen. Völlig unberührt von den Gesetzesvorhaben bleibt zudem der außergerichtliche Weg.

Grundsätzlich kann es sich für deutsche Zahnarztpraxen lohnen, auch Patienten aus dem europäischen Ausland zu behandeln, vor allem dann, wenn es sich um zahlungskräftige Kunden handelt. Problematisch wird es allerdings, wenn ein ausländischer Patient nach der Rückkehr in seine Heimat die Zahnarztrechnung nicht bezahlt.

In der Regel ist es dann sehr mühsam, zeit- und kostenaufwändig, seine Honoraranprüche geltend zu machen. Denn nach der bisherigen Rechtslage muss der Zahnarzt den Patient zunächst vor einem deutschen Amtsgericht verklagen. Danach muss ein Gericht im Wohnsitzland des Patienten den Urteilsspruch bestätigen. Will der Schuldner dann immer noch nicht zahlen, muss der Zahnarzt schließlich noch einen ausländischen Gerichtsvollzieher damit beauftragen, sein Honorar einzutreiben.

Einheitliches Muster

Nach dem Willen der europäischen Kommission soll dies künftig einfacher werden. Die Brüsseler Beamten haben sich nämlich einen Weg ausgedacht, mit dem grenzüberschreitende Forderungen europaweit nach einem einheitlichen Muster geltend gemacht werden können, egal ob es sich um Bagatellen oder um Beträge von mehreren tausend Euro handelt. Die entsprechenden Verordnungsentwürfe befinden sich zwar noch im Gesetzgebungsverfahren. Allerdings ist davon auszugehen, dass die



Zivilrechtliche Ansprüche EU-weit geltend zu machen, soll zukünftig erleichtert werden – so will es die EU-Kommission.

Gesetze voraussichtlich mit einigen kleinen Änderungen im kommenden Jahr in Kraft treten werden.

Das EU-Verfahren sieht vor, dass ein Gläubiger eine einmal gefällte gerichtliche Entscheidung über die Rechtmäßigkeit seiner grenzüberschreitenden Forderung nicht



Die zm berichten regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

mehr von einem ausländischen Gericht bestätigen lassen muss. Das heißt: Hat ein deutscher Zahnarzt einen polnischen Patienten behandelt und die Bezahlung seines Honorars ist überfällig, dann muss er sich – so er sich für das europäische Verfahren entscheidet – nur noch an das für ihn zustän-

dige Amtsgericht in Deutschland wenden. Dafür muss er lediglich ein von der EU-Kommission entworfenes Formblatt ausfüllen, in dem er seine Ansprüche darlegt. Das

zm-Info

Europäische Verbraucherzentrale

Die Verbindungsstelle Deutschland bei der Euro-Info-Verbraucher e.V. ist Teil eines Netzwerks von insgesamt 27 Verbraucherzentralen in Europa. Die Mitarbeiter vermitteln unter anderem Kontakte zu Schlichtungsstellen im In- und Ausland, übersetzen Beschwerdetexte und informieren darüber, wie ein grenzüberschreitendes Schlichtungsverfahren abläuft. Die Dienstleistungen der Clearingstelle sind kostenfrei, da die Verbindungsstelle durch öffentliche Mittel des Bundesministeriums der Justiz und der Europäischen Kommission gefördert wird. Es fallen höchstens Kosten für Porto und Kopien sowie gegebenenfalls Gebühren für die Durchführung eines Verfahrens vor einer Schlichtungsstelle an.



■ Die deutsche Zentrale befindet sich in Kehl, an der deutsch-französischen Grenze. Adresse: Euro-Info-Verbraucher e. V. Europäisches Verbraucherzentrum Deutschland - Kehl Deutsche Verbindungsstelle für Schlichtung Rehfußplatz 11 D-77694 Kehl Tel.: 00 49 (0) 7851 / 991 48 - 0 Fax: 00 49 (0) 7851 / 991 48 - 11 E-Mail: info@euroinfo-kehl.com

Urteil, das die Richter auf dieser Grundlage fällen, würde dann automatisch in Polen gelten.

„Die Vollstreckbarkeit des Titels kann allerdings auch beim europäischen Verfahren weiterhin nur nach nationalem Recht erfolgen. Das geht aufgrund der unterschiedlichen Rechtssysteme der einzelnen europäischen Länder nicht anders“, erklärt Professor Dr. Burkhard Hess vom Institut für Ausländisches und Internationales Privat- und Wirtschaftsrecht. Somit käme der Zahnarzt nicht umhin, im Zweifel doch noch einen ausländischen Gerichtsvollzieher zu beauftragen, der seine Ansprüche einlöst.

Praktische Hilfe im Netz

Praktische Hilfestellung bei diesen oder auch zivilrechtlichen Fragen allgemein bietet immerhin das Europäische Justizielle Netz (EJN) an, an das sich jeder europäische Bürger bei Streitigkeiten wenden kann. Die vom EJN angebotenen Informationen zu den geltenden Rechtsvorschriften, der Rechtsprechung sowie den Rechts- und Justizsystemen der EU-Länder sind außerdem im Internet abrufbar (http://europa.eu.int/comm/justice_home/ejn/index_de.htm).

Darüber hinaus bleibt es natürlich jedem selbst überlassen, eine Angelegenheit außergerichtlich beizulegen. Wer lieber diesen Weg wählen will, findet ebenfalls Information und Unterstützung bei einem europäischen Netzwerk,

nämlich der Europäischen Verbraucherzentrale Euro-Info-Verbraucher e.V.

Petra Spielberg
Rue Colonel Van Gele 98
B-1040 Brüssel

Prof. Rudolf Voß 80 Jahre

In alter Frische vollendet am 21. Februar 2006 Prof. Dr. Rudolf Voß, emeritierter Direktor der Prothetischen Abteilung des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln, sein achtzigstes Lebensjahr. Rudolf Voß gehört keineswegs „zum alten Eisen“. Freunde, Kollegen und Schüler werden sich aus diesem Anlass in der Kölner Klinik am 25.3.06 zu einem Symposium zusammenfinden, um den ausgesprochen rüstigen Jubilar zu ehren. Sein Entschluss, Hochschullehrer für Prothetik zu werden, nahm in den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts Gestalt an. Als Nachfolger seines Lehrers van Thiel, übernahm Rudolf Voß 1955 zunächst kommissarisch die Leitung der Abteilung für Zahnersatz. 1960 erhielt er die Venia legendi für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Sechs Jahre später, 1966, wurde er zum außerplanmäßigen Professor, 1967 zum Wissenschaftlichen Abteilungsvorsteher und Professor ernannt. Nur drei Jahre später folgte die Ernennung zum ordentlichen Professor für das Fach „Zahnärztliche Prothetik“ in Köln. Seit 1972 bekleidete Prof. Voß das Amt eines Direktors des Zentrums für Zahn- und Kieferheilkunde. Während seiner Tätigkeit nahm er viele bedeutende Ämter wahr: So war er 1979/80 Dekan der Hohen Medizinischen Fakultät und gehörte seit 1980 dem Senat an. Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde (DGZPW) führte er als 1. Vorsitzender durch vier erfolgreiche Jahre und wurde später ihr Ehrenmitglied. In der Vereinigung der Hochschullehrer für



Foto: zsm-Archiv

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) wurde er für die Amtsperiode 1976/77 zum 1. Vorsitzenden gewählt. Als Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (1971 bis 1973 und von 1977 bis zur Übernahme der Präsidentschaft) waren sein Rat und seine aktive Mitarbeit stets begehrt. Ab 1985 lenkte der Jubilar die Geschicke der DGZMK über vier Jahre sehr erfolgreich. Standes- und hochschulpolitische Aufgaben nahm er als Mitglied der „Arbeitsgruppe Zahnmedizin“ des Wissenschaftsrates, als Mitglied der Kommission zur Reform der Approbationsordnung und bei den Beratungen über die Kapazitätsverordnung wahr. Als Mitglied des „Beratenden Ausschusses für die Zahnärztliche Ausbildung“ der Europäischen Kommission widmete er sich der Harmonisierung des Studiums der Zahnmedizin in Europa. Rudolf Voß kann auf eine große Anzahl von Ehrungen stolz sein.

Für die kommenden Jahre wünschen wir ihm beste Gesundheit, Glück und viele schöne Reisen und Radtouren zusammen mit seiner Frau Helga. Ad multos annos!

Th. Kerschbaum, Köln

Prof. Dr. Wolfgang Pilz gestorben

Nach langer Krankheit verstarb am 2. Dezember 2005 Prof. emer. Dr. med. habil. Max Erich Wolfgang Pilz in Arnstadt. Am 15. November 1927 im sächsischen Lobstädt geboren, siedelte die Familie nach dem frühen Tod des Vaters 1933 aus der Niederlausitz nach Zwickau über. Dort besuchte Pilz das Gymnasium. Die Hochschulreife holte Pilz 1946 nach. Seine Bemühungen um einen Studienplatz blieben zunächst jedoch fruchtlos.

Im Wintersemester 1949/50 wurde er schließlich doch zum Zahnmedizinestudium an der Universität Leipzig zugelassen.

Nach seiner Promotion baute Pilz die damals im Entstehen begriffene konservierende Zahnheilkunde tatkräftig mit auf. Im Jahr 1961 habilitierte er sich auf dem Gebiet der Morphologie der Speicheldrüsen. Im September 1965 wurde er dann an die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ nach Dresden berufen, wo er sich um die Kinderzahnheilkunde verdient machte.

Pilz zählt zu den bedeutendsten Lehrbuchautoren seiner Zeit. Darüber hinaus engagierte sich der Zahnmediziner für das Wiedererscheinen der traditionellen Reihe der „Zahnärztlichen Fortbildung – Neue Folge“.

Schließlich kann er als Autor des Standardwerks „Forensische Stomatologie“ (1974) – das er in Kollaboration mit dem Gerichtsmediziner Wolfgang Reimann herausgab – zu den Begründern dieser damals noch jungen Wis-

senschaft in Deutschland gezählt werden. Bevor Pilz 1990 krankheitsbedingt emeritiert wurde, widmete er sich fast ausschließlich der Kinderzahnheilkunde.

Prof. Dr. Dr. Peter Gängler



Dr. Rudolf Präsl

Dr. Rudolf Präsl, Zahnarzt aus Nürnberg, ist vom Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, nachträglich für sein großes Engagement als Helfer bei der Identifizierung der Tsunami-Opfer in Phuket geehrt worden. Er erhielt eine Verdienstmedaille nebst Urkunde.

Präsident Weitkamp unterstrich: „Sie haben durch Ihren Einsatz der Öffentlichkeit gezeigt, dass sich die deutsche Zahnärzteschaft über die verantwortungsvolle Ausübung ihres Berufes hinaus für Menschen in Not auf der ganzen Welt engagiert. Hierfür danke ich Ihnen ausdrücklich.“

BZÄK

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 123

Amann Girrbach

Kein Modelltransfer ohne Gesichtsbogen



Die neu überarbeitete Patientenbroschüre von Amann Girrbach unterstützt den Zahnarzt bei der Erklärung, warum ein Gesichtsbogen für einen funktionellen Zahnersatz wichtig ist. Anschaulich bebildert zeigt die Broschüre,

wie der Artex-Gesichtsbogen verwendet wird und warum jeder Patient darauf bestehen sollte. Die Patientenbroschüre wird im Plexi-Ständer zur Aufstellung im Wartezimmer präsentiert. Sie ist kostenlos unter der Telefonnummer 07231 / 957 100 zu bestellen (Art.Nr. 921 828).

Amann Girrbach GmbH
Dürrenweg 40
75177 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 957 221
Fax: 0 72 31 / 957 249
<http://www.amanngirrbach.com>
E-Mail: kurse@amanngirrbach.com

GEBR. BRASSELER

Diamanten für die Kavitätenpräparation



Die S-Diamanten von Gebr. Brasseler/Komet gibt es jetzt auch für die Kavitätenpräparation. Sie wurden speziell für die Eröffnung der Kavität und die Vorpräparation entwickelt und

leisten effektive Vorarbeit für nachfolgende direkte oder indirekte Restaurationen. Der zügige Arbeitsablauf spart nicht nur wertvolle Behandlungszeit, sondern setzt den Patienten

auch keinen unnötigen Belastungen aus. Herzstück der S-Diamanten ist ein strukturierter Rohling, der in Verbindung mit grobem Korn für einen schnellen und starken Materialabtrag sorgt. Wie auch schon bei den S-Diamanten für die Kronenstumpfpfpräparation, ist der Abtrag gegenüber herkömmlichen Instrumenten messbar höher. Seine Mehrkantstruktur ermöglicht eine gute Kühlung sowie den reibungslosen Abtransport der Zahnschubstanz, ohne das Instrument zu verschmieren.

GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 0 52 61 / 701 - 0
Fax: 0 52 61 / 701 - 289
<http://www.kometdental.de>
E-Mail: info@brasseler.de

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

B. Braun Melsungen

Latexfreie OP-Handschuhe



Mit Vasco OP free bietet B. Braun einen latexfreien Operationshandschuh in sechs Größen an. Er besteht aus synthetischem Polyisopren, einem Rohstoff, der ähnliche Eigenschaften

wie natürliches Latex hat: Er besitzt hohe Elastizität, Reißkraft und geringe Spannung. Die anatomische Form sorgt für eine entspannte Handhaltung und ermüdungsfreies Arbeiten. Durch seine mikrorauhe Oberfläche ermöglicht er auch im feuchten Milieu hohe Griffsicherheit.

B. Braun Melsungen AG
Carl-Braun-Straße 1
34212 Melsungen
Tel.: 0 56 61 / 71 33 99
Fax: 0 56 61 / 71 35 50
<http://www.bbraun.de>
E-Mail: info-opm@bbraun.com

DÜRR DENTAL

Effizient und leise: C-Separiersysteme



Die neue Generation der Separiersysteme und Amalgamscheider von Dürr Dental eignet sich auch zum Nachrüsten bereits vorhandener Einheiten. Die CAS 1 Combi-Separatoren beziehungsweise die CS 1 Combi-Sepamaticen haben durch den zweistufigen Aufbau der Separierstufe mit Zyklonabscheider und Separationsturbine eine gegenüber herkömmlicher Technik vielfach höhere „tro-

ckene“ Separierleistung. Das System erreicht eine Trennung von Sekret, Luft und Feststoffen. In der Amalgamzentrifuge des CAS 1 Combi-Separators wird Amalgam zu nahezu 98 Prozent abgeschieden. Dabei sind die Separiergeräusche aus der Spießfontäne kaum noch vernehmbar. Für Zahnarztpraxen, die aufgrund ihrer Installationsbedingungen ein sekretführendes „nasses“ Saugsystem bevorzugen, steht der CA 1 Amalgam-Separator zur Verfügung. Er erreicht ebenfalls eine Abscheiderate von fast 98 Prozent. Damit wird die neue Technologie der Dürr C-Separiersysteme auch speziell zur Ergänzung „nasser“ Sauganlagen einsetzbar.

DÜRR DENTAL GmbH & Co. KG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 231
Fax: 0 71 42 / 213 96
<http://www.duerr.de>
E-Mail: probst.k@duerr.de

VOCO

Auftragen, trocknen, lighthärten



Das Self-Etch-Bond Futurabond NR von Voco hat schon in der Easy-Drop-Bottle für Aufsehen gesorgt. Das neue Futurabond NR SingleDose ist dank der innovativen Verpackung noch einfacher anwendbar. Das mit Nanopartikeln verstärkte Produkt erreicht hervorragende Scherhaftwerte an Schmelz und Dentin.

Die Dentin-Mikrozughaftung von Futurabond NR beträgt 35,6 MPa. Selbst unter Extrembelastungen überzeugt es in Kombination mit dem Nanohybrid-Composite Grandio durch exzellente Randsichtigkeit. Der An-

mischvorgang erfolgt im Single-Dose-Bliester durch leichtes Drücken und garantiert so ein optimales Mischungsverhältnis.

VOCO GmbH
Anton-Flettner-Straße 1 - 3
27452 Cuxhaven
Tel.: 0 47 21 / 719 - 0
Fax: 0 47 21 / 719 - 109
<http://www.voco.de>
E-Mail: info@voco.de

Gillette

Mundpflege im Doppel

Die Elektrozahnbürste Braun Oral-B ProfessionalCare 8500 mit 3D-Action Technologie reinigt mit bis zu 40 000 oszillierend-rotierenden und 8 800 pulsierenden Bewegungen des Bürstenkopfes. Für die individuelle Mundpflege sind vier verschiedene Aufsätze enthalten – der FlexiSoft-Bürstenkopf, die Pro-Bright Aufsteckbürste für natürliche Zahnaufhellung sowie ein Interdental- und ein Zungenre-

nigeraufsatz.

Die
Mund-
dusche
Braun

Oral-B ProfessionalCare 8500 Oxyjet weist eine patentierte Micro-Luftblasen-Technologie auf, die Millionen winziger, sauerstoffhaltiger Luftblasen erzeugt. Diese sind so stabil, dass sie ihren Wirkort effektiv erreichen. Weitere Informationen können unter der Fax-Nummer 06171 / 586256 angefordert werden. Der Oral-B Bestell-Service ist unter der Telefonnummer 06173 / 303285 zu erreichen.

Gillette Gruppe Deutschland
GmbH & Co. oHG
Geschäftsbereich Braun Oral-B
Frankfurter Straße 145
61476 Kronberg im Taunus
Tel.: 0 61 73 / 30 - 50 00
Fax: 0 61 73 / 30 - 50 50
<http://www.oralb.de>
E-Mail: info@gillettegruppe.de



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

Hu-Friedy

Spitze zum Modellieren

Komposit- und andere Füllungs-materialien bereiten in punkto Materialabrieb und Formstabilität oft Probleme, die sich durch korrektes Modellieren auf ein Minimum reduzieren lassen. Das bewährte Modellierinstrument PKT3R erleichtert das Arbeiten mit Füllungsmaterialien schon lange. Jetzt ist es zusätzlich in einer überarbeiteten Version erhältlich: Das PKT3RM6 verfügt über spezielle Spitzen und einen ergonomisch ausgefeilten Griff. Damit unterstützt es genaues, zahnschonendes, zügiges und komfortables Arbeiten. Das Instrument besitzt eine

abgerundete konische Spitze, die sich zum Platzieren, Modellieren, Kondensieren, Glätten und Polieren eignet. Das andere Ende ist ideal zum Ausarbeiten von Fissuren und Schmelzfurchen, da es spitz zuläuft, die eigentliche Spitze aber fehlt. So wird beim Modellieren zum Beispiel die Entstehung von „Badewannen“ auf der Okklusalfäche verhindert.

Hu-Friedy
Rudolf-Diesel-Straße 8
69181 Leimen
Tel.: 0 62 24 / 97 00 - 0
Fax: 0 62 24 / 97 00 - 97
<http://www.hu-friedy.de>
E-Mail: info@Hu-Friedy.de

XO CARE

Neue Unit für stressfreie Behandlungen



„Gut sitzen, gut sehen, gut arbeiten - und zwar gleichzeitig“, lautete die Devise bei der Entwicklung der neuen Behandlungseinheit XO 4 von XO Care. Die Umsetzung ist gelungen: Die Unit zeichnet sich durch ergonomisches Design und viele durchdachte Details aus, die einen entspannten Zahnarztbesuch ermöglichen. So sorgt das Lumbarkissen, eine aufblasbare Lendenstütze des Patientensitzstuhls, mit seinem weichen Pol-

ster für Sitzkomfort auch bei langen Behandlungen. Da die Instrumente nicht ins Blickfeld des Patienten gelangen, fällt ein wichtiger Stressfaktor weg. Auch dem Zahnarzt erleichtert die neue Unit die Arbeit: Das Design des Behandlerstuhls garantiert eine rückschonende Haltung, und die flexible, ausbalancierte Aufhängung der Instrumente überanstrengt weder Finger noch Hände. Unter hygienischen Aspekten ist die XO 4 ebenfalls top: Das XO Water Clean System verhindert eine Kreuzkontamination und wirkt einer Biofilm-Bildung entgegen.

XO CARE DEUTSCHLAND GmbH
Bovestraße 4
22041 Hamburg
Tel.: 0 40 / 68 94 24 11
Fax: 0 40 / 68 94 24 24
<http://www.xo-care.de>
E-Mail: info@xo-care.de

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

makro-med

Hochfrequenzchirurgie öffnet Perspektiven



Die Hochfrequenzchirurgie verbindet die Vorteile eines Skalpell mit denen der Laser- und Elektrochirurgie. Die 4.0 MHz-Technologie des ellman radio-lase verursacht den geringsten lateralen Hitzeschaden; Wunden verheilen primär und komplikationsfrei. Dank der dünnen, blutarmen und drucklosen Schnitführung eignet sich das Gerät optimal zum Weichgewebsmanagement für adhäsive Füllun-

gen, Kronen, Implantate und zur PA-Chirurgie. Es kann außerdem zur Freilegung von Implantaten genutzt werden. Auf das Fadenlegen vor Abdrucknahme kann bei dieser Technik weitgehend verzichtet werden. Die Konditionierung des Sulkus bei Füllungen und vor Abdrucknahme zeigt gute Ergebnisse. Ausgerüstet mit einem Fuß- und Handschalter, ist das Gerät schnell und effizient einsatzbereit.

makro-med GmbH
medical products
Hauptmarkt 13
54290 Trier
Tel.: 06 51 / 994 16 49
Fax: 06 51 / 471 81
<http://www.makro-med.de>
E-Mail: info@makro-med.de

WIELAND

Begegnung am Kochtopf



Ende September 2005 veranstaltete Wieland Düsseldorf für Kunden ein Koch-Event der „Mediterranen Küche“ von Spitzenkoch Dieter Schalljo. In der Profiküche wurde ohne Stress, dafür aber mit Begeisterung das Können am Kochtopf vermittelt. Unter fachlicher Hilfe von Dieter Schalljo planten die Teilnehmer ein Sommermenü und bereiteten es selbst zu. Die Begegnung am Kochtopf in privater und

lockerer Atmosphäre förderte die Kommunikation bei den Beteiligten auf eine besonders gaumenfreundliche Art und Weise. Für weitere Interessenten aus dem Raum Düsseldorf bietet Wieland im Frühjahr

2006 einen weiteren Kochkurs bei Dieter Schalljo an. Informationen über die Privatkochschule sind unter www.kochschule-schalljo.de erhältlich.

Wieland Dental + Technik GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 0 8 00 / 943 52 - 63
Fax: 0 72 31 / 35 79 - 59
<http://wieland-international.com>
E-Mail: info@wieland-international.com

JOHN O. BUTLER

Schmerzlinderndes Mundspray

Gum Aloclair für die rasche Schmerzlinderung bei Aphthen, Mundschleimhautentzündungen, Prothesendruckstellen oder orthodontischen Apparaturen ist jetzt neben den Darreichungsformen Mundspülung und Gel auch als Mundspray erhältlich. Es hat einen drehbaren Applikator und lässt sich schnell und gezielt anwenden. Zudem ist es alkoholfrei und beruhigt schon bei der Anwendung. Der mechanische Schutzfilm, den es über der Aphthe oder Läsion bildet,

lindert die Schmerzen schnell. Gum Aloclair Mundspray enthält Polyvinylpyrrolidon, Natriumhyaluronat und Aloe Vera.



JOHN O. BUTLER GmbH
Beyerbachstraße 1
65830 Kriftel
Tel.: 0 61 92 / 951 08 55
Fax: 0 61 92 / 951 08 44
<http://www.jbutler.com>
E-Mail: service@jbutler.de

Pfizer

Mundspülung mit ätherischen Ölen



Der tägliche Einsatz einer Mundspülung mit ätherischen Ölen kann die gingivale Gesundheit und die Plaque-Kontrolle verbessern. Dies zeigen Studiendaten, die im September auf dem von Pfizer Consumer Healthcare unterstützten Symposium „Biofilm Architecture and the Role of Antiseptics in Whole Mouth Cleansing“ im Rahmen der IADR vorgestellt wurden. Eine weitere Erkenntnis des Symposiums war, dass Mundspülungen mit ätherischen Ölen, wie Listerine, in der

Lage sind, den oralen Biofilm zu penetrieren. So betonte Professor Marc Quirynen, Leuven, dass sich schädliche Bakterien nicht nur an einem Ort im Mund ansiedeln, sondern intraoral wandern können. Eine wirksame Gegenmaßnahme sei die regelmäßige Verwendung einer antiseptischen Mundspülung.

Pfizer Consumer Healthcare GmbH
Postfach 49 49
76032 Karlsruhe
Tel.: 07 21 / 61 01 - 90 86
<http://www.listerine.de>

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

NORDENTA**Neue Dental Kataloge erschienen**

Die neuen Nordenta Dental-Kataloge sind telefonisch unter 040/656 68 700 oder im Internet unter www.nordenta.de zu bestellen. Das Sortiment mit über 20 000 Artikeln gibt es zudem auf CD-Rom. Farbcodes für die einzelnen Produktbereiche ermöglichen eine schnelle Orientierung. Der Praxiskatalog umfasst 715 Seiten. Innovationen gibt es auch bei der Eigenmarke Kent, zum

Beispiel Schwebetischauflagen und Polishing Powder. Ebenfalls informativ, kompakt und übersichtlich sind der Prophylaxekatalog und der Laborkatalog.

NORDENTA
Handelsgesellschaft mbH
Am Neumarkt 34
22041 Hamburg
Tel: 0 40 / 656 68 700
Fax: 0 40 / 656 68 750
<http://www.nordenta.de>
E-Mail: info@nordenta.de

GABA**Trend zu weicheren Zahnbürsten**

Jeder fünfte Erwachsene leidet unter sensiblen Zähne und freiliegenden Zahnhälsen, und dementsprechend kaufen die Verbraucher verstärkt Produkte für sensible Zähne. Dabei zeigt sich ein klarer Trend zu den zahnärztlich empfohlenen weichen Zahnbürsten mit kurzem Bürstenkopf. In einer Umfrage bestätigten 39 Prozent der Betroffenen, dass sie zeitweise oder regelmäßig Spezialprodukte für sensible Zähne kaufen. Die Ansprüche der Verbraucher und der Zahnmedizin nach einer gründlichen und schonenden Reinigung bei freiliegenden

Zahnhälsen erfüllen die elmex interX Sensitive Zahnbürsten von Gaba. Ihre Schon-Borsten mit X-Schnitt ermöglichen eine sanfte und schmerzfreie Reinigung der Zähne bis in die besonders kariesgefährdeten Zwischenräume. Die neue Variante Kurzkopf erleichtert die Reinigung der hinteren Backenzähne und der Zahninnenflächen.

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel: 0 76 21 / 907 120
Fax: 0 76 21 / 907 124
<http://www.gaba-dent.de>
E-Mail: presse@gaba-dent.de

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

Lifecore Biomedical**Knochenaufbau mit System**

Das Kalzium-Sulfat-Knochenersatz-Bindemittel CalMatrix und die Kalzium-Sulfat-Knochenersatz-Barriere CalForma bilden gemeinsam mit dem bewährten TefGen die Lifecore Produktpalette Regeneration. Vermischt mit einem Knochenersatzmaterial, erzeugt CalMatrix eine frei modellierbare Masse, die ossäre und parodontale Knochendefekte ausfüllt und die Knochenregeneration unterstützt. Das Material ist leicht formbar und passt sich jedem Defekt gut an, wobei es einheitliche Handhabung bietet und gute Ergebnisse erzielt. CalForma dient als schützende Rückhaltebarriere zur Abdeckung intraoraler Defekte und bietet Raum für die ungestörte Knochenregeneration. Es verhindert das Eindringen von Weichgewebe, Zellen und Bak-



terien und hält das Knochenersatzmaterial im aufgefüllten Defekt. Mit der TefGen Membrane erhält der Zahnarzt eine nicht-resorbierbare Rückhaltebarriere zur Behandlung ossärer und parodontaler Defekte. Weitere Informationen sowie Einführungsangebote sind telefonisch unter 02222 / 92 940 oder unter www.lifecore.de erhältlich.

Lifecore Biomedical GmbH
Kundenservice
Jägerstraße 66
53347 Alfter
Tel.: 0 22 22 / 92 94 - 0
Fax: 0 22 22 / 97 73 56
<http://www.lifecore.de>
E-Mail: info@lifecore.de

TRAFO2**Neuplatzierung im Internet**

Die Essener Internetagentur Trafo2 übernimmt die Neuplatzierung von Dentsply Friadent im Internet. Das Projekt umfasst Konzept, Workshop, Design und Implementierung des Content-Management-Systems. Das Web-Portal wird im ersten Schritt zweisprachig sein und soll später mehrsprachig ausgebaut werden. Für die Pflege der Inhalte wird das Content-Management System RedDot zum Einsatz kommen. Das Dentsply Friadent Web-Portal soll im April 2006 unter www.friadent.de online gehen. Dentsply Friadent entwickelt und vertreibt Zahnimplantate, chirurgische Antriebseinhei-

ten, Spezialinstrumente für die Bearbeitung des Knochens und Biomaterialien zur Augmentation. Hinzu kommen Soft- und Hardware für die computergestützte Diagnose, Planung und Dokumentation. Ein besonderer Schwerpunkt liegt seit Jahren auf den eigenen Fortbildungsprogrammen für Chirurgen, Zahnärzte, Zahntechniker und Zahnarzthelferinnen.

TRAFO2 GmbH
Hoffnungsstraße 2
45127 Essen
Tel.: 02 01 / 87 84 99 - 0
Fax: 02 01 / 87 84 99 - 44
<http://www.trafo2.de>
E-Mail: info@trafo2.de

IC Medical System

Prothesenreinigung mit Bleaching

Das Prothesenreinigungsgerät MRD-1000 von IC Medical System eignet sich zur regelmäßigen professionellen Reinigung des Zahnersatzes in der Praxis oder im Labor. Bei der In-house-Reinigung entfallen Transportzeiten und -kosten sowie die Terminkoordination mit dem Patienten. Das Gerät reinigt

selbstständig, weswegen das Personal lediglich für die Bestückung, Kontrolle und Entnahme der Prothese aktiv werden muss. Es funktioniert mittels feiner Metallnadeln und speziellen Reinigungsfluiden. Die Poliernadeln aus einer gehärteten Chrom-Molybdän-Legierung werden durch Magnete zum Rotieren gebracht.

IC Medical System GmbH
Rosenstraße 42
73650 Winterbach
Tel.: 071 81 / 70 60 - 0
Fax: 071 81 / 70 60 - 99
<http://www.icmedical.de>
E-Mail: info@icmedical.de



KaVo

Für alle Fälle das richtige Instrument

Wer sich als Praxisneugründer oder langjährig erfahrener Zahnarzt für Hand- und Winkelstücke oder Turbinen interessiert, findet bei KaVo für jeden Bedarf und Anspruch das richtige Instrument. Mit den KaVo Gentlepower Lux Instrumenten steht ein flexibles Premium Hand- und Winkelstück-Programm für sämtliche Aufgaben in der Praxis zur Verfügung, wie konservierende Arbeiten, Endodontie, Prothetik, Prophylaxe und Kieferorthopädie. Eine Alternative stellen die Classic Hand- und Winkelstücke Intracompact dar. Auf dem Tur-

binensektor setzt die KaVo Premium Turbine Gentlelence 8000 neue Maßstäbe. Das Laufgeräusch dieser Turbine konnte auf ein bislang unerreicht niedriges Maß reduziert werden. Gleichzeitig ist es KaVo gelungen, die hohen Frequenzspitzen zu eliminieren.

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach / Riss
Tel.: 0 73 51 / 56 - 16 91
Fax: 0 73 51 / 56 - 17 07
<http://www.kavo.com>
E-Mail: Petra.Auracher@kavo.com



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 12. 4. 2006 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Andrea Hoffmann
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- Amann Girschbach** – Kein Modelltransfer ohne Gesichtsbogen (S. 118)
- B. Braun Melsungen** – Latexfreie OP-Handschuhe (S. 118)
- DÜRR DENTAL** – Effizient und leise: C-Separiersysteme (S. 118)
- GABA** – Trend zu weicheren Zahnbürsten (S. 122)
- GEBR. BRASSELER** – Diamanten für die Kavitätenpräparation (S. 118)
- Gillette** – Mundpflege im Doppel (S. 119)
- Hu-Friedy** – Spitze zum Modellieren (S. 120)
- IC Medical System** – Prothesenreinigung mit Bleaching (S. 123)
- JOHN O. BUTLER** – Schmerzlinderndes Mundspray (S. 121)
- KaVo** – Für alle Fälle das richtige Instrument (S. 123)
- Lifecore Biomedical** – Knochenaufbau mit System (S. 122)
- makro-med** – Hochfrequenzchirurgie zeigt neue Perspektiven (S. 120)
- NORDENTA** – Neue Dental Kataloge erschienen (S. 122)
- Pfizer** – Mundspülung mit ätherischen Ölen (S. 121)
- TRAF02** – Neuplatzierung im Internet (S. 122)
- VOCO** – Auftragen, trocknen, lichterhärten (S. 119)
- WIELAND** – Begegnung am Kochtopf (S. 120)
- XO CARE** – Neue Unit für stressfreie Behandlungen (S. 120)

Bekanntmachungen der KZBV und der KZVen

Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen

Gemäß § 79 Abs. 4 SGB V sind die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen jährlich in einer Übersicht zum 1. März zu veröffentlichen.

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung										
einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grundvergütung	Variable Bestandteile	Umfang der Nebentätigkeit in der Praxis	Dienstwagen auch zur priv. Nutzung	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderregelung der Versorgung	Regelungen für den Fall der Amtsenthebung oder -entbindung
Erläuterungen	Höhe gem. Vorstandsvertrag in €	gezahlter Betrag	Wochenstunden	ja/nein	Höhe/Laufzeit	ja/nein	jährl. aufzuwendender Betrag in €	jährl. aufzuwendender Betrag	Höhe/Laufzeit	Höhe/Laufzeit einer Abfindung/eines Übergangsgeldes
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung										
Vorstandsvorsitzender	220 000,-	nein	Nebentätigkeit gem. § 79 Abs. 4 SGB V	ja	zwei Monatsgehälter je Dienstjahr (Zahnärzte erhalten 3 Monatsgehälter je Dienstjahr)	nein	30 420,-	nein	nein	die Übergangsentschädigung entfällt
Vorstandsmitglied	210 000,-	nein		ja		nein	30 420,-	nein	nein	
Vorstandsmitglied	210 000,-	nein		ja		nein	30 420,-	nein	nein	
Kassenzahnärztliche Vereinigung Baden-Württemberg										
Vorstandsvorsitzender	175 000,-	—	0	ja	Übergangsgeld	nein	ja 6 142,56	nein	nein	Übergangsgeld 1/12 der Jahresvergütung für jedes Vorstandsjahr
Vorstandsmitglied	148 750,-	—	12	ja	Übergangsgeld	nein	ja 6 142,56	nein	nein	Übergangsgeld 1/12 der Jahresvergütung für jedes Vorstandsjahr
Vorstandsmitglied	170 000,-	—	—	ja	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses	Beamtenversicherung BBO/B7	nein	nein	nein	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses
Vorstandsmitglied	170 000,-	—	—	ja	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses	Beamtenversicherung BBO/B7	nein	nein	nein	Fortsetzung des vorherigen Dienstverhältnisses
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns										
Vorstandsvorsitzender	186 000,-	—	16	nein	1 Monatsgehalt je Dienstjahr maximal 6 Monate	nein	Höchstbeitrag der gesetzlichen Rentenversicherung	nein	2%/anno	18 bis 24 Monatsgehälter, je nach Amtsdauer
Vorstandsmitglied	186 000,-	—	16	nein		nein		nein	2%/anno	
Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin										
Vorstandsvorsitzender	175 000,-	—	—	nein	nein	nein	—	—	nein	1/2 Jahr Fortzahlung der monatl. Bezüge
Vorstandsmitglied	175 000,-	—	—	nein	nein	nein	—	—	nein	1/2 Jahr Fortzahlung der monatl. Bezüge
Vorstandsmitglied	111 500,-	—	—	nein	nein	nein	—	—	beamtenähn. Gesamtversorg.	nein

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grundvergütung	Variable Bestandteile	Umfang der Nebentätigkeit in der Praxis	Dienstwagen auch zur priv. Nutzung	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderregelung der Versorgung	Regelungen für den Fall der Amtsenthebung oder -entbindung
<i>Erläuterungen</i>	<i>Höhe gem. Vorstandsvertrag in €</i>	<i>gezahlter Betrag</i>	<i>Wochenstunden</i>	<i>ja/nein</i>	<i>Höhe/Laufzeit</i>	<i>ja/nein</i>	<i>jährl. aufzuwendender Betrag in €</i>	<i>jährl. aufzuwendender Betrag</i>	<i>Höhe/Laufzeit</i>	<i>Höhe/Laufzeit einer Abfindung/eines Übergangsgeldes</i>
Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg										
Vorstandsvorsitzender	165 000,-	—	erlaubt	nein	keine	ja	—	—	nein	nein
Stellvertretender Vorsitzender	72 000,-	—	erlaubt	nein	keine	ja	—	—	nein	nein
Vorstandsmitglied	120 000,-	—	—	nein	keine	Pensionsrückstellung nach beamtenrechtlichen Regeln	—	—	—	—
Kassenzahnärztliche Vereinigung im Lande Bremen										
Vorstandsvorsitzender	108 000,-	—	im Jahresdurchschnitt nicht mehr als 1/3 des zeitlichen Umfangs der Haupttätigkeit (= mind. 30 Std./Woche)	nein	einmalige Zahlung von 50 % der Grundvergütung	nein	—	—	—	—
Vorstandsmitglied	96 000,-	—	Umfang der Haupttätigkeit (= mind. 30 Std./Woche)	nein		nein	—	—	—	—
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg										
Vorstandsvorsitzender	140 000,-	—	K. A.	nein	nein	nein	6 084,-	—	—	—
Vorstandsmitglied	130 000,-	—	K. A.	nein	nein	nein	6 084,-	—	—	—
Vorstandsmitglied	140 000,-	—	—	nein	nein	nein	—	—	Pensionszusage nach Hamburger Recht	—
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen										
Vorstandsvorsitzender	180 000,-	—	—	nein	nein	nein	Zuschuss analog gesetzl. Rentenversicherung	—	—	—
stellv. Vorstandsvorsitzender	144 000,-	—	8 Std.	nein	¹⁾	nein	Zuschuss analog gesetzl. Rentenversicherung	—	—	—
stellv. Vorstandsvorsitzender	144 000,-	—	8 Std.	nein	¹⁾	nein	Zuschuss analog gesetzl. Rentenversicherung	—	—	—

¹⁾ 50 % der vertraglichen Vergütung für die Dauer von 6 Monaten für den Fall, dass nach Ausscheiden aus dem Vorstand vor dem 63. Lebensjahr die Praxistätigkeit wieder aufgenommen wird.

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grundvergütung	Variable Bestandteile	Umfang der Nebentätigkeit in der Praxis	Dienstwagen auch zur priv. Nutzung	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufsständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderregelung der Versorgung	Regelungen für den Fall der Amtsenthebung oder -entbindung
Erläuterungen	Höhe gem. Vorstandsvertrag in €	gezahlter Betrag	Wochenstunden	ja/nein	Höhe/Laufzeit	ja/nein	jährl. aufzuwendender Betrag in €	jährl. aufzuwendender Betrag	Höhe/Laufzeit	Höhe/Laufzeit einer Abfindung/eines Übergangsgeldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern										
Vorstandsvorsitzender	146 696,37	—	—	ja	—	nein	—	—	nach beamtenrechtl. Regelungen	—
stellv. Vorstandsvorsitzender	79 800,—	—	—	nein	—	nein	10 296,—	—	—	—
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen										
Vorstandsvorsitzender	156 000,—	keine	²⁾	nein	keine	³⁾ nein	keine	keine	keine	keine
Vorstandsmitglied	156 000,—	keine	²⁾	nein	keine	³⁾ nein	keine	keine	keine	keine
Vorstandsmitglied	156 000,—	keine	²⁾	nein	keine	³⁾ nein	keine	keine	keine	keine
Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein										
		Funktionszulage								
Vorstandsvorsitzender	192 000,—	30 000,—	in begrenzt. Umfang	Pauschalersatzung	1/6 der Grundvergütung für jedes Jahr hauptamtl. Tätigkeit ⁴⁾	—	—	—	1,8 % der monatl. Grundvergütung für jedes versorgungsfähige Dienstjahr	—
stellv. Vorstandsvorsitzender	157 935,— ⁵⁾	19 742,—	—	ja	—	—	—	—	—	—
Vorstandsmitglied	180 000,—	—	in begrenzt. Umfang	ja	—	—	12 168,—	—	—	—
Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz										
Vorstandsvorsitzender	158 000,—	—	16 Std.	nein	12 Monatsgehälter	nein	15 141,—	3 163,— KV	—	—
Vorstandsmitglied	158 000,—	—	16 Std.	nein	12 Monatsgehälter	nein	15 141,—	3 163,— KV	—	—
Vorstandsmitglied	158 000,—	—	16 Std.	nein	12 Monatsgehälter	nein	15 141,—	3 163,— KV	—	—

²⁾ keine konkrete Stundenzahl vereinbart

³⁾ Zahlung des Arbeitgeberanteils zur Rentenversicherung

⁴⁾ uneingeschränkter Anspruch nur beim Ausscheiden nach sechs Jahren

⁵⁾ Dienstbeginn 5. 3. 2005

Veröffentlichung der Höhe der Vorstandsvergütung einschließlich Nebenleistungen (Jahresbeträge) und der wesentlichen Versorgungsregelungen der einzelnen Vorstandsmitglieder gemäß § 79 Abs. 4 SGB V										
	Vorjahresvergütung				wesentliche Versorgungsregelungen					
Funktion	Grundvergütung	Variable Bestandteile	Umfang der Neben-tätigkeit in der Praxis	Dienstwagen auch zur priv. Nutzung	Übergangsregelung nach Ablauf der Amtszeit	in der gesetzl. Rentenvers. versichert	berufs-ständische Versorgung	Zuschuss zur priv. Versorgung	vertragl. Sonderregelung der Versorgung	Regelungen für den Fall der Amtsenthebung oder -entbindung
Erläuterungen	Höhe gem. Vorstands-vertrag in €	gezahlter Betrag	Wochenstunden	ja/nein	Höhe/Laufzeit	ja/nein	jährl. aufzuwendender Betrag in €	jährl. aufzuwendender Betrag	Höhe/Laufzeit	Höhe/Laufzeit einer Abfindung/eines Übergangsgeldes
Kassenzahnärztliche Vereinigung Saarland										
Vorstands-vorsitzender	123 800,-	nein	gem. § 79 Abs.4 SGB V	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Vorstands-mitglied	118 200,-	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	beamtenähn. Gesamtversorg.
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen										
Vorstands-vorsitzender	150 000,-	30 000,-	max. 1/3 der Gesamt-arbeitszeit	nein	—	nein	nicht durch KZV	20 000,- p. a.	—	—
Vorstands-mitglied	150 000,-	30 000,-	—	ja	Wiederauf-leben des Dienstvertrages von 1991	nein	—	—	Sitzungsgeld-pauschale 12 000,-	Wiederaufleben des Dienstvertrages von 1991
Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt										
Vorstands-vorsitzender	180 000,-	—	keine Regelung	nein	nein	nein	12 x 429,-	nein	10 % des Monatsbrutto ab dem 65. Lebensjahr	nein
Vorstands-mitglied	155 000,-	—	keine Regelung	nein	nein	nein	12 x 429,-	nein		nein
Kassenzahnärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein										
Vorstands-vorsitzender	136 000,-	nein	vereinbart gem. § 79 Abs.4 S.4 SGB V	nein	nein	nein	gesetzl. RV	nein	nein	nein
Vorstands-mitglied	126 000,-	nein	—	nein	nein	nein	gesetzl. RV	nein	nein	nein
Vorstands-mitglied	B7 zzgl. 5 000,- p.a.	nein	—	nein	nein	ja	entfällt	nein	beamtenähn. Gesamtversorg.	entfällt
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen										
Vorstands-vorsitzender	120 000,-	35 500,-	nicht bestimmt	nein	1/12 der Grundvergütung monatl. max. 1 Jahr	befreit	5 200,-	2 200,-	—	wie Übergangsregelung
Vorstands-mitglied	117 600,-	34 100,-	nicht bestimmt	nein	—	befreit	5 150,-	2 770,-	—	wie Übergangsregelung
Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe										
Vorstands-vorsitzender	191 600,-	—	10,25	nein	nein	nein	6 084,-	36 346,17	nein	nein
Vorstands-mitglied	220 000,-	—	—	nein	nein	nein	nein	nein	beamtenähn. ⁶⁾ Gesamtversorg.	nein

⁶⁾ Altersversorgung wurde bereits durch Tätigkeit in der Geschäftsführung erworben

Bekanntmachung von BZÄK und DAHZ

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ)

Hygieneplan / Betriebsanweisungen für die Zahnarztpraxis

In der Zahnarztpraxis und im zahntechnischen Labor werden im Sinne der Biostoffverordnung (BioStoffV) u.a. nicht gezielte Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen ausgeübt, die in der Regel der Schutzstufe 2 zuzuordnen sind (Technische Regel Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 250 / BGR 250). Auf der Grundlage einer praxisbezogenen Gefährdungsbeurteilung sind in Betriebsanweisungen und einem Hygieneplan für die einzelnen Arbeitsbereiche und Tätigkeiten Verhaltensregeln, Maßnahmen zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation, zur Ver- und Entsorgung, zum Tragen von Schutzausrüstung sowie Anweisungen für Notfälle und für die arbeitsmedizinische Vorsorge festzulegen. Es ist zulässig, Hygieneplan und Betriebsanweisungen (Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen) zu kombinieren.

Der vorliegende Rahmen-Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer und des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) erfüllt diese Forderungen und ist vom Praxisinhaber an seine individuelle Praxissituation anzupassen. Es ist vorgesehen, diesen Rahmen-Hygieneplan um weitere Muster-Betriebsanweisungen zu ergänzen. Eine ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten zur erneuten Verwendung wird nach § 4 Abs. 2 Satz 3 Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung des Robert Koch-Institutes (RKI) und des Institutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ beachtet wird.

Die Wiederverwendung von Medizinprodukten setzt voraus, dass der Hersteller Angaben zu ihrer Aufbereitung zur Verfügung stellt und dass diese Medizinprodukte anhand einer Risikobewertung vor der Aufbereitung als unkritisch, semikritisch oder kritisch eingestuft werden. Eine entsprechende Bewertung und Einstufung nach Medizinproduktgrup-

pen wurde vom DAHZ vorgenommen. Eine Einzelauflistung sämtlicher in der Praxis vorhandenen Medizinprodukte in einem „Medizinprodukte-Bestandsverzeichnis“ ist weder gefordert noch sinnvoll.

Grundsätzlich ist für die Aufbereitung von Medizinprodukten thermischen Verfahren in Reinigungs- und Desinfektionsgeräten der Vorzug zu geben, manuelle Verfahren (Eintauchdesinfektion) sind aber auch zugelassen.

Geeignete Desinfektionsverfahren müssen bakterizid, fungizid und zusätzlich begrenzt viruzid (inklusive HBV, HCV, HIV) wirksam sein.

Geeignete Desinfektionsverfahren sind solche, die durch den Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) und der Deutschen Vereinigung zur Verhütung und Bekämpfung von Viruskrankheiten (DVV) zertifiziert wurden.

Der Hygieneplan für die Zahnarztpraxis von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Deutschem Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) ist umfassend aktualisiert worden und berücksichtigt die Maßgaben der neuen zahnärztlichen Hygiene-Empfehlung des Robert Koch-Institutes vom 30. Januar 2006. Er ersetzt die Fassung aus dem Jahr 2000. Da es sich um einen Musterplan handelt, muss er durch entsprechende Eintragungen in den Feldern an die Belange der Praxis angepasst werden. Eine Arbeitsanweisung für die Praxis wird derzeit erarbeitet und steht in Kürze zur Verfügung. Sie wird in den zm veröffentlicht.

Im Zuge der Aufarbeitung der RKI-Empfehlung wird der Hygieneplan in Details aktualisiert. Die jeweils aktuellste Version findet sich im Internet unter www.bzaek.de und www.zm-online.de.

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Hände	Waschen (Reinigen)	Flüssigwaschpräparat aus Direktspender: Trocknen mit Handtuch zum Einmalgebrauch (Box, Spender)	<ul style="list-style-type: none"> • vor Arbeitsbeginn • bei Bedarf • nach Arbeitsende 	alle Beschäftigten
	Desinfizieren (ausreichende Menge, um die Hände während der Einwirkzeit feucht zu halten)	Händedesinfektionsmittel aus Direktspender		
	hygienische Händedesinfektion (Einwirkzeit nach Herstellerangabe)	Präparat: Dosierung: Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> • vor der Arbeitsvorbereitung • vor und nach jeder Behandlung • bei Unterbrechung der Behandlung • nach Arbeitsplatzwartung • vor dem Anziehen bzw. nach dem Ausziehen von Handschuhen 	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, Behandlungs- und Wartungsbereich
	chirurgische Händedesinfektion (Einwirkzeit nach Herstellerangabe)	Präparat: Dosierung: Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> • vor umfangreichen zahnärztlich-chirurgischen/oralchirurgischen Eingriffen, • vor allen zahnärztlich-chirurgischen/oralchirurgischen Eingriffen an Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko: <p>Waschen, Trocknen, anschließend Desinfizieren der Hände und Unterarme (besondere Sorgfalt an Fingerringen und Nagelfalten). Anziehen (steriler) Handschuhe. Nach der chirurgischen Behandlung: Ablegen der Handschuhe, hygienische Händedesinfektion.</p>	nur unmittelbar an der chirurgischen Behandlung Beteiligte
Pflegen	Hautpflegepräparat aus Spender oder Tube:	• bei Bedarf	alle Beschäftigten	
Persönliche Schutzausrüstung	nach hygienischer Händedesinfektion auf die trockene Haut	unsterile, ungepuderte Einmalhandschuhe:	<ul style="list-style-type: none"> • immer, wenn die Hände mit Blut, Eiter oder infektiösen Sekreten in Kontakt kommen können oder ein Infektionsrisiko bekannt ist • i.d.R. Wechsel nach jedem Patienten (unversehrte Handschuhe mit nachgewiesener Beständigkeit gegenüber Desinfektionsmitteln können nach einer Desinfektion weiterverwendet werden, sofern nur Speichelkontakt bestand) 	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, Behandlungs- und Wartungsbereich
	nach hygienischer bzw. chirurgischer Händedesinfektion auf die trockene Haut	sterile, ungepuderte Einmalhandschuhe:	<ul style="list-style-type: none"> • vor chirurgischen Eingriffen • vor allen Eingriffen bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko 	
		flüssigkeitsdichte, widerstandsfähige Handschuhe:	• wenn die Hände mit schädigenden Stoffen in Kontakt kommen können, z. B. bei Desinfektions-, Reinigungs- und Entsorgungsarbeiten	alle Beschäftigten im Wartungsbereich
	bei Verschmutzung oder Durchfeuchtung wechseln	Mund-Nasen-Schutz:	• wenn mit Verspritzen oder Versprühen erregerehaltiger Materials zu rechnen ist	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, Behandlungs- und Wartungsbereich
	nach Kontamination mit desinfektionsmittelgetränktem Tuch abwischen	Brille, möglichst mit Seitenschutz		
		flüssigkeitsdichte (langärmelige) Kittel, Haarschutz (Kopfhaube)	• nur in besonderen Risikosituationen	
Schleimhautantiseptik	präparategetränkte Tupfer oder Besprühen bzw. Spülen der Mundhöhle	Präparat: Dosierung: Einwirkzeit:	zu empfehlen: <ul style="list-style-type: none"> • vor Behandlung von Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko • vor umfangreichen chirurgischen Eingriffen 	Patient vor Behandlung bzw. Eingriff

unkritische Medizinprodukte, die lediglich mit intakter Haut in Berührung kommen				
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
z. B. extraorale Teile des Gesichtsbogens, Schieblehre <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (RDG) ¹⁾ : im Gerät reinigen, desinfizieren, trocknen	RDG: Programm: Temperatur / Haltezeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • Einsortieren in das RDG nach der Behandlung • nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (Eintauchverfahren) ¹⁾ : Einlegen in Lösung, die reinigt und desinfiziert. Nicht mit ungeschützter Hand in die Lösung greifen.	geeignetes Instrumentendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit: auch in Kombination mit einer Reinigung durch Ultraschall anwendbar (Herstellerangaben beachten) Standzeit der Lösung:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • unmittelbar nach der Behandlung vollständig und blasenfrei einlegen • nach der Einwirkzeit unter fließendem Wasser abspülen (Siebeinsatz) • Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege • Salz-/Kalkablagerungen auf Oberflächen lassen sich durch Abspülen mit geeignetem Wasser (z. B. entmineralisiertem oder destilliertem Wasser) oder durch sorgfältiges Abtrocknen vermeiden 	
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schränk, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung 	

¹⁾ Grundsätzlich ist eine Reinigung unkritischer Medizinprodukte ausreichend. Aus Gründen der Praktikabilität und der generellen Nähe zur Schleimhaut empfiehlt das RKI dennoch eine Desinfektion.

Medizinprodukte semikritisch A, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen – <i>ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung</i>					
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER	
Instrumente und Hilfsmittel für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nichtinvasive) Massnahmen <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (RDG): im Gerät reinigen, desinfizieren, trocknen ¹⁾	RDG: Programm: Temperatur / Haltezeit:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) Einsortieren in das RDG nach der Behandlung nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind	
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung	
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind	
	oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (Eintauchverfahren): Einlegen in Lösung, die reinigt und desinfiziert. Nicht mit ungeschützter Hand in die Lösung greifen.	geeignetes Instrumentendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit: auch in Kombination mit einer Reinigung durch Ultraschall anwendbar (Herstellerangaben beachten) Standzeit der Lösung:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) unmittelbar nach der Behandlung vollständig und blasenfrei einlegen nach der Einwirkzeit unter fließendem Wasser abspülen (Siebeinsatz) Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind	
	abschließende Behandlung im Dampfsterilisator (unverpackt auf Trays, Siebschalen, Tablett)	Dampfsterilisator: Programm (unverpackt):	<ul style="list-style-type: none"> beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten 	<ul style="list-style-type: none"> ausgenommen bei unmittelbarer Anwendung nach der Sterilisation, sind unverpackt sterilisierte Medizinprodukte nach Entnahme aus dem Sterilisator nicht mehr als steril, sondern nur als desinfiziert zu betrachten. 	
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung	
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind	
				<ul style="list-style-type: none"> Salz-/Kalkablagerungen auf Oberflächen lassen sich durch Abspülen mit geeignetem Wasser (z. B. entmineralisiertem oder destilliertem Wasser) oder durch sorgfältiges Abtrocknen vermeiden 	

¹⁾ wird lediglich eine maschinelle Reinigung, aber keine nachweisliche Desinfektion durchgeführt, ist eine abschließende Behandlung im Dampfsterilisator erforderlich.

Medizinprodukte semikritisch A, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen – ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung				
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Zusatzgeräte ohne Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln z. B. intraorale Kamera, Geräte zur Kariesdiagnostik, Ansätze für Polymerisationslampen <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren für abnehmbare Geräteteile, wenn vom Hersteller zugelassen ¹⁾	RDG: Programm: Temperatur / Haltezeit:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Zusatzgeräte) Einsortieren in das RDG nach der Behandlung nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	oder Wischdesinfektion	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	gegebenenfalls abschließende Behandlung abnehmbarer Geräteteile im Dampfsterilisator, wenn vom Hersteller zugelassen	Dampfsterilisator: Programm (unverpackt):	<ul style="list-style-type: none"> beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten ausgenommen bei unmittelbarer Anwendung nach der Sterilisation, sind unverpackt sterilisierte Medizinprodukte nach Entnahme aus dem Sterilisator nicht mehr als steril, sondern nur als desinfiziert zu betrachten. 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind

¹⁾ wird lediglich eine maschinelle Reinigung, aber keine nachweisliche Desinfektion durchgeführt, ist eine abschließende Behandlung im Dampfsterilisator erforderlich (wenn Dampfsterilisation vom Hersteller zugelassen).

Medizinprodukte semikritisch B, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen – <i>mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung</i>					
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER	
<p>rotierende oder oszillierende Instrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nichtinvasive) Massnahmen</p> <p>z. B. Bohrer, Fräser, Schleifer, Polierer, Finierer, Bürsten, Kelche, Feilen, Ultraschallarbeitssteile</p> <p><i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i></p> <p>wegen besonderer Schwierigkeiten bei der Aufbereitung sollte bei einer möglichen Kontamination mit Blut (z. B. Prophylaxebehandlung) ggf. auf eine Wiederverwendung von Bürsten und Kelchen verzichtet werden</p>	<p>je nach Materialeigenschaft:</p> <p>entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (RDG)¹⁾: im Gerät reinigen, desinfizieren, trocknen</p>	<p>RDG:</p> <p>Programm:</p> <p>Temperatur / Haltezeit:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • Einsortieren in das RDG nach der Behandlung (Kleinteilsiebgefäße) • nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	<p>alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind</p>	
	<p>oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (Eintauchverfahren): Einlegen in Lösung mit Korrosionsschutz (Bohrerbad), die reinigt und desinfiziert. Nicht mit ungeschützter Hand in die Lösung greifen.</p>	<p>geeignetes Instrumenten-desinfektionsmittel für rotierende oder oszillierende Instrumente, ggf. mit Korrosionsschutz:</p> <p>Dosierung / Einwirkzeit:</p> <p>auch in Kombination mit einer Reinigung durch Ultraschall anwendbar (Herstellerangaben beachten)</p> <p>Standzeit der Lösung:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • unmittelbar nach der Behandlung vollständig und blasenfrei einlegen • Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege • ggf. Korrosionsschutz (Stahlbohrer) 		
	<p>abschließende Behandlung im Dampfsterilisator (unverpackt in Ständern, Schalen)</p>	<p>Dampfsterilisator:</p> <p>Programm (unverpackt):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten <p>• ausgenommen bei unmittelbarer Anwendung nach der Sterilisation, sind unverpackt sterilisierte Medizinprodukte nach Entnahme aus dem Sterilisator nicht mehr als steril, sondern nur als desinfiziert zu betrachten.</p>		
	<p>Freigabe zur erneuten Anwendung</p>	<p>Dokumentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 		<p>alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung</p>
	<p>staubgeschützte, trockene Lagerung</p>	<p>Schrank, Schublade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung 		<p>alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind</p>

¹⁾ wird lediglich eine maschinelle Reinigung, aber keine nachweisliche Desinfektion durchgeführt, ist eine abschließende Behandlung im Dampfsterilisator erforderlich.

Medizinprodukte semikritisch B, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen – mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung				
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Übertragungsinstrumente für allgemeine, restaurative oder kieferorthopädische Behandlung Hand- und Winkelstücke, Turbinen <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	mit Aufbereitungsgerät: entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren ¹⁾ , Pflege (Ölung) der Innenteile	Gerät: Betriebszeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • ggf. vor Aufbereitung Instrumente zerlegen 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren ¹⁾ , Pflege (Ölung) der Innenteile	Gerät: Betriebszeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • ggf. vor Aufbereitung Instrumente zerlegen 	
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	ohne Aufbereitungsgerät: Aussenreinigung und –desinfektion (Wischdesinfektion)	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • ggf. vor Aufbereitung Instrumente zerlegen 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	Innenreinigung und –pflege (Ölung), auch in Geräten unter Rotation der beweglichen Innenteile	Gerät und Spezialspray nach Herstellerangaben:		
	abschließende Behandlung im Dampfsterilisator (unverpackt), Herstellerangaben beachten	Dampfsterilisator: Programm (unverpackt):	<ul style="list-style-type: none"> • beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten • ausgenommen bei unmittelbarer Anwendung nach der Sterilisation, sind unverpackt sterilisierte Medizinprodukte nach Entnahme aus dem Sterilisator nicht mehr als steril, sondern nur als desinfiziert zu betrachten. 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind

¹⁾ wird lediglich eine maschinelle Reinigung, aber keine nachweisliche Desinfektion durchgeführt, ist eine abschließende Behandlung im Dampfsterilisator erforderlich.

Medizinprodukte semikritisch B, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen – mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung				
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Zusatzgeräte mit Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln z. B. Pulverstrahlgeräte, Zahnsteinentfernungsgерäte <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren ¹⁾ für abnehmbare Geräteteile, wenn vom Hersteller zugelassen	RDG: Programm: Temperatur / Haltezeit:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Zusatzgeräte) Einsortieren in das RDG nach der Behandlung nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	oder Wischdesinfektion	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	abschließende Behandlung abnehmbarer Geräteteile im Dampfsterilisator, wenn vom Hersteller zugelassen	Dampfsterilisator: Programm (unverpackt): bei Arbeitsteilen mit Hohlräumen vorzugsweise Verfahren mit Sterilisationszyklus B (fraktioniertes Vakuumverfahren)	<ul style="list-style-type: none"> beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten ausgenommen bei unmittelbarer Anwendung nach der Sterilisation, sind unverpackt sterilisierte Medizinprodukte nach Entnahme aus dem Sterilisator nicht mehr als steril, sondern nur als desinfiziert zu betrachten. 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> nach Ende der Aufbereitung 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind

¹⁾ wird lediglich eine maschinelle Reinigung, aber keine nachweisliche Desinfektion durchgeführt, ist eine abschließende Behandlung im Dampfsterilisator erforderlich (wenn Dampfsterilisation vom Hersteller zugelassen).

Medizinprodukte kritisch A, die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen (einschl. Wunden) und Medizinprodukte zur Anwendung von Blut, Blutprodukten und anderen sterilen Arzneimitteln – ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung					
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER	
Instrumente und Hilfsmittel für chirurgische, parodontologische oder endodontische (invasive) Massnahmen z. B. Extraktionszangen, Hebel <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (RDG): im Gerät reinigen, desinfizieren, trocknen	RDG: Programm: Temperatur / Haltezeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • Einsortieren in das RDG nach der Behandlung • nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind	
	oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (Eintauchverfahren): Einlegen in Lösung, die reinigt und desinfiziert. Nicht mit ungeschützter Hand in die Lösung greifen.	geeignetes Instrumentendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit: auch in Kombination mit einer Reinigung durch Ultraschall anwendbar (Herstellerrangaben beachten) Standzeit der Lösung:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • unmittelbar nach der Behandlung vollständig und blasenfrei einlegen • nach der Einwirkzeit unter fließendem Wasser abspülen (Siebeinsatz) • Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege • Salz-/Kalkablagerungen auf Oberflächen lassen sich durch Abspülen mit geeignetem Wasser (z. B. entmineralisiertem oder destilliertem Wasser) oder durch sorgfältiges Abtrocknen vermeiden 		
	Verpackung	z. B. - Folienbeutel - Klarsichtsterilisiervpackungen (Siegelnahtbreite 8 mm) - Container, Dentalkassetten	Kennzeichnung: <ul style="list-style-type: none"> • Sterilisier- bzw. Verfalldatum • Inhalt (sofern nicht erkennbar) • ggf. Sterilisationsverfahren (wenn mehrere Geräte betrieben werden) 		
	Dampfsterilisation (verpackt in Sterilisiervpackungen)	Dampfsterilisator: Programm (verpackt):	<ul style="list-style-type: none"> • beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiervgut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiervgut: verpacktes Sterilisiervgut oben, unverpacktes unten 		
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 		alle Beschäftigten mit Freigabeberechtigung
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung • maximale Lagerfristen: - Containerverpackung oder Klarsichtsterilgutverpackung 6 Monate - Sterilgutlagerverpackung 5 Jahre 		alle Beschäftigten, die mit der Aufbereitung von Medizinprodukten betraut sind

Medizinprodukte kritisch B, die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen (einschl. Wunden) und Medizinprodukte zur Anwendung von Blut, Blutprodukten und anderen sterilen Arzneimitteln – mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung					
WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER	
rotierende oder oszillierende Instrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische (invasive) Massnahmen z. B. Endodontieinstrumente, chirurgische rotierende Instrumente <i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i>	je nach Materialeigenschaft entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (RDG): im Gerät reinigen, desinfizieren, trocknen	RDG: Programm: Temperatur / Haltezeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • Einsortieren in das RDG nach der Behandlung (Kleinteilsiebgefässe) • nach Programmende Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege 	Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahnarzthelferin, Stomatologische Schwester oder andere Personen mit entsprechender Ausbildung und Freigabeberechtigung	
	oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren (Eintauchverfahren): Einlegen in Lösung mit Korrosionsschutz (Bohrerbad), die reinigt und desinfiziert. Nicht mit ungeschützter Hand in die Lösung greifen.	geeignetes Instrumenten-desinfektionsmittel für rotierende oder oszillierende Instrumente, ggf. mit Korrosionsschutz: Dosierung / Einwirkzeit: auch in Kombination mit einer Reinigung durch Ultraschall anwendbar (Herstellerangaben beachten) Standzeit der Lösung:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • geeignete Vorbereitung (z. B. Zerlegen der Instrumente) • unmittelbar nach der Behandlung vollständig und blasenfrei einlegen • Kontrolle auf Rückstände, Funktionsprüfung • ggf. Nachreinigung, erneute Desinfektion, Trocknung und Pflege • ggf. Korrosionsschutz (Stahlbohrer) 		
	falls bei begrenzter Anzahl von Aufbereitungszyklen erforderlich: Kennzeichnung des Medizinproduktes	nach Herstellerangaben:			<ul style="list-style-type: none"> • Salz-/Kalkablagerungen auf Oberflächen lassen sich durch Abspülen mit geeignetem Wasser (z. B. entmineralisiertem oder destilliertem Wasser) oder durch sorgfältiges Abtrocknen vermeiden
	Verpackung	z. B. - Folienbeutel - Klarsichtsterilisierverpackungen (Siegelnahtbreite 8 mm) - Container, Dentalkassetten			Kennzeichnung: <ul style="list-style-type: none"> • Sterilisier- bzw. Verfalldatum • Inhalt (sofern nicht erkennbar) • ggf. Sterilisationsverfahren (wenn mehrere Geräte betrieben werden)
	Dampfsterilisation (verpackt in Sterilisiergutverpackungen)	Dampfsterilisator: Programm (verpackt):			<ul style="list-style-type: none"> • beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten
	Freigabe zur erneuten Anwendung	Dokumentation			<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten
	staubgeschützte, trockene Lagerung	Schrank, Schublade			<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung • maximale Lagerfristen: - Containerverpackung oder Klarsichtsterilgutverpackung 6 Monate - Sterilgutlagerverpackung 5 Jahre

Medizinprodukte kritisch B,
 die die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut, inneren Geweben oder Organen kommen (einschl. Wunden) und Medizinprodukte zur Anwendung von Blut, Blutprodukten und anderen sterilen Arzneimitteln – **mit erhöhten Anforderungen an die Aufbereitung**

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
<p>Übertragungsinstrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische (invasive) Behandlung</p> <p>Hand- und Winkelstücke</p> <p><i>thermischen Verfahren (Reinigungs- und Desinfektionsgerät – RDG) ist, soweit nach Art des Objektes anwendbar, der Vorzug vor chemischen Verfahren zu geben</i></p>	<p>mit Aufbereitungsgerät:</p> <p>entweder thermisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren, Pflege (Ölung) der Innenteile</p>	<p>Gerät:</p> <p>Betriebszeit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • ggf. vor Aufbereitung Instrumente zerlegen 	<p>Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahnarzthelferin, Stomatologische Schwester oder andere Personen mit entsprechender Ausbildung und Freigabeberechtigung</p>
	<p>oder chemisches Reinigungs- und Desinfektionsverfahren, Pflege (Ölung) der Innenteile</p>	<p>Gerät:</p> <p>Betriebszeit:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • ggf. vor Aufbereitung Instrumente zerlegen 	
	<p>Verpackung</p>	<p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folienbeutel - Klarsichtsterilisierverpackungen (Siegelnahtbreite 8 mm) - Container, Dentalkassetten 	<p>Kennzeichnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterilisier- bzw. Verfalldatum • Inhalt (sofern nicht erkennbar) • ggf. Sterilisationsverfahren (wenn mehrere Geräte betrieben werden) 	
	<p>Dampfsterilisation (verpackt in Sterilisiergutverpackung), Herstellerangaben beachten</p>	<p>Dampfsterilisator:</p> <p>Programm (verpackt):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten 	
	<p>Freigabe zur erneuten Anwendung</p>	<p>Dokumentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	
	<p>staubgeschützte, trockene Lagerung</p>	<p>Schrank, Schublade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung • maximale Lagerfristen: - Containerverpackung oder Klarsichtsterilgutverpackung 6 Monate 	
	<p>ohne Aufbereitungsgerät:</p> <p>Aussenreinigung und –desinfektion (Wischdesinfektion)</p>	<p>geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach jeder Behandlung • kontaminationssicherer Transport zum Aufbereitungsbereich • bei Bedarf nicht fixierende (nicht eiweißfällende) Vorreinigung • ggf. vor Aufbereitung Instrumente zerlegen 	
	<p>Innenreinigung und –pflege (Ölung), auch in Geräten unter Rotation der beweglichen Innenteile</p>	<p>Gerät und Spezialspray nach Herstellerangaben:</p>		
	<p>Verpackung</p>	<p>z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Folienbeutel - Klarsichtsterilisierverpackungen (Siegelnahtbreite 8 mm) - Container, Dentalkassetten 	<p>Kennzeichnung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterilisier- bzw. Verfalldatum • Inhalt (sofern nicht erkennbar) • ggf. Sterilisationsverfahren (wenn mehrere Geräte betrieben werden) 	
	<p>Dampfsterilisation (verpackt in Sterilisiergutverpackung), Herstellerangaben beachten</p>	<p>Dampfsterilisator:</p> <p>Programm (verpackt):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • beim Beladen des Sterilisators Instrumente nicht stapeln • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: obere Etage Textilien, untere Etage Instrumente • beim Beladen des Sterilisators mit gemischtem Sterilisiergut: verpacktes Sterilisiergut oben, unverpacktes unten 	
	<p>Freigabe zur erneuten Anwendung</p>	<p>Dokumentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wurden bei der Aufbereitung Abweichungen vom korrekten Prozessablauf festgestellt, sind die Instrumente nach Behebung des Fehlers erneut aufzubereiten 	
	<p>staubgeschützte, trockene Lagerung</p>	<p>Schrank, Schublade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ende der Aufbereitung • maximale Lagerfristen: - Containerverpackung oder Klarsichtsterilgutverpackung 6 Monate 	

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Flächen und Gegenstände patientennahe Oberflächen und Gegenstände (auch Einrichtungsgegenstände), die durch Aerosol oder Kontakt mit Händen, Instrumenten, Gegenständen oder Substanzen kontaminiert wurden und nicht thermisch oder durch Einlegen in Lösung desinfizierbar sind z. B. Leuchtengriff, Schränke, Patientenstuhl, Geräte	Reinigung und Desinfektion durch Wischen mit getränktem Tuch die Sprühdeseinfektion ist auf schwierig zu desinfizierende Flächen zu beschränken, sofern diese während der Behandlung nicht abgedeckt sein können	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> nach jeder Behandlung 	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, Behandlungs- und Wartungsbereich
Flächen und Gegenstände, die sichtbar kontaminiert wurden (Blut, Speichel, Eiter)	Aufnahme mit desinfektionsmittelgetränktem Zellstoff, danach Wischdesinfektion	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> sofort 	
schwierig zu reinigende und zu desinfizierende Flächen und Gegenstände, die kontaminiert werden können	Barrieremaßnahmen: Abdecken mit entsprechenden Abdeckmaterialien	Abdeckmaterial unsterilisiert: Abdeckmaterial steril:	<ul style="list-style-type: none"> i.d.R. nichtsterilisierte Materialien zur Abdeckung ausreichend sterile Abdeckung, wenn ein aseptisches Vorgehen erforderlich ist nach der Behandlung Materialien entsorgen bzw. aufbereiten 	
Fußböden in Untersuchungs- und Behandlungsbereichen, die sichtbar kontaminiert wurden (Blut, Speichel, Eiter)	Reinigung/Desinfektion durch Wischen (z. B. Bezugswechsel-Verfahren)	geeignetes wässriges Flächendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> unmittelbar nach Abschluss der Behandlung des betreffenden Patienten 	
Fußböden	Feuchtreinigung	Reinigungsmittel ohne Zusatz von Desinfektionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> am Ende des Behandlungstages 	Reinigungspersonal

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Absauganlage	Durchsaugen	Wasser-Luft-Gemisch	<ul style="list-style-type: none"> • möglichst nach jeder Behandlung, bei der abgesaugt wurde 	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, und Behandlungsbereich
feststehende Kupplungen und Absaugschläuche	Wischdesinfektion außen und innen (soweit erreichbar)	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jedem Patienten 	
Mundspülbecken	Reinigung und Wischdesinfektion außen und innen	geeignetes alkoholbasiertes Flächendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach jedem Patienten 	
Spraynebelschlauch Speichelsaugerschlauch	Reinigen bzw. Desinfizieren: Gemisch aus Luft und Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittel langsam durchsaugen	geeignetes, unter Blut-/ und Speichelbelastung wirksames Reinigungs- und Desinfektionsmittel:	<ul style="list-style-type: none"> • mindestens am Ende des Behandlungstages 	
Mundspülbecken	Desinfektionsmittel in das Mundspülbecken gießen			
abnehmbare Kupplungen, Absaugschläuche u.ä.	Reinigung, Desinfektion nassthermisch oder nasschemisch	Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) oder geeignetes Instrumentendesinfektionsmittel: Dosierung / Einwirkzeit:	<ul style="list-style-type: none"> • nach Bedarf 	
Filter	Filterwechsel bzw. -reinigung nach Herstellervorschrift	Handschuhe benutzen	<ul style="list-style-type: none"> • nach Bedarf 	
Amalgamabscheider	Wechsel / Entleerung des Auffangbehälters und Entsorgung des Abscheidegutes nach Herstellerangaben	- kontaminierte Teile des Abscheiders nicht berühren - Handschuhe benutzen	<ul style="list-style-type: none"> • nach Bedarf 	

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Wasser führende Systeme der Behandlungseinheiten Entnahmestellen: z. B. Turbine, Mikromotor, ZEG, Mehrfunktionsspritze, Mundglasfüller	alle Entnahmestellen (auch Mundglasfüller) 2 Minuten spülen	Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • zu Beginn des Behandlungstages (ohne aufgesetzte Übertragungsinstrumente) 	alle Beschäftigten im Untersuchungs-, und Behandlungsbereich
	benutzte Entnahmestellen 20 Sekunden spülen	Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • nach jedem Patienten • am Ende des Behandlungstages 	
	sofern vorhanden: Dauerentkeimung / Intensiventkeimung	Desinfektionsanlage mit nachgewiesener Wirksamkeit Desinfektionsmittel:	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellerangaben beachten • Kontrolle der Betriebsparameter <ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt Intensiventkeimung: 	
Externe Kühlsysteme	Kühlen mit steriler Lösung	sterile Lösung:	<ul style="list-style-type: none"> • umfangreiche zahnärztlich-chirurgische/oralchirurgische Eingriffe • zahnärztliche Behandlung von Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko 	

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Abformungen, zahntechnische Werkstücke	Reinigen durch vorsichtiges Abspülen	fließendes Leitungswasser	<ul style="list-style-type: none"> • unmittelbar nach Entnahme aus dem Mund • Abformungen im Anschluss an das Abspülen • zahntechnische Werkstücke vor Versand an das zahntechnische Labor • zahntechnische Werkstücke nach Erhalt aus dem zahntechnischen Labor 	Beschäftigte im Untersuchungs-, Behandlungs- oder Wartungsbereich, Beschäftigte im zahntechnischen Labor / Praxislabor
	<i>entweder</i> Sprühdeseinfektion im geschlossenen System (Reinigungs- und Desinfektionsgerät):	geeignetes, unter Blut-/Speichelbelastung wirksames und werkstoffkompatibles Desinfektionsmittel: Dosierung: Einwirkzeit:		
	<i>oder</i> Tauchdesinfektion			

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
kontaminierte Wäsche ... z. B. Handtücher, OP-Tücher, Berufs- bzw. Schutzkleidung	Sammeln, Waschen	Waschmaschinenprogramm (Kochwäsche): handelsübliches Waschmittel: mikrobizides Waschmittel (60° Wäsche): Dosierung:	<ul style="list-style-type: none"> • nach Gebrauch • Wechsel der Berufskleidung muß zweimal wöchentlich bzw. nach Verschmutzung möglich sein 	alle Beschäftigten, Reinigungspersonal

WAS	WIE	WOMIT	WANN	WER
Abfall hausmüllähnliche Abfälle z. B. Papier/Pappe, Glas, Kunststoff, Metall, Filme, Chemikalien, Altmedikamente, Batterien, Leuchtstoffröhren	sammeln entsprechend den kommunalen oder anderen Bestimmungen, getrennt nach Abfallarten	Entsorgung mit dem normalen Siedlungsabfall, verwertbare Fraktionen in Wertstofftonnen oder Abgabe an Recyclingbetriebe	<ul style="list-style-type: none"> • nach Abfallaufkommen 	alle Beschäftigten, Reinigungspersonal
Abfälle aus Untersuchungs- und Behandlungsräumen: spitze, scharfe oder zerbrechliche Gegenstände (sharps)	sammeln in durchstich- und bruchsicheren sowie feuchtigkeitsbeständigen Behältnissen	Entsorgung sicher umschlossen in Behältnissen oder nach Einbetten in eine feste Masse (Gips) mit dem normalen Siedlungsabfall	<ul style="list-style-type: none"> • nach Abfallaufkommen 	
mit Blut oder Sekreten kontaminierte Abfälle, auch extrahierte Zähne und trockene (nicht tropfende) Abfälle aus Einzelfallbehandlung entsprechend erkrankter Patienten (HIV, HBV)	sammeln in feuchtigkeitsbeständigen Abfallsäcken im Abfalleimer	Entsorgung sicher umschlossen mit dem normalen Siedlungsabfall	<ul style="list-style-type: none"> • nach Abfallaufkommen 	
mit besonders kontagiosen oder gefährlichen Erregern kontaminierte Abfälle	<i>entweder</i> Desinfektion vor der Entsorgung (Verfahren mit Wirkungsbereich ABC) <i>oder</i> sammeln in geeigneten, dichten, sicher verschlossenen Behältnissen	Entsorgung sicher umschlossen mit dem normalen Siedlungsabfall Behältnisse mit biohazard-Symbol, Verbrennung in zugelassener Anlage	<ul style="list-style-type: none"> • nach Abfallaufkommen • <i>Abfälle, die mit besonders kontagiosen oder gefährlichen Erregern kontaminiert sind (Abfallschlüssel 18 01 03, z. B. Erreger des hämorrhagischen Fiebers, der offenen Lungentuberkulose oder des Milzbrandes), fallen i.d.R. in der Zahnarztpraxis nicht an</i> 	
Photochemikalien	sammeln in Kanistern	Abgabe der Kanister an Recyclingbetrieb (Entsorgungsnachweis)	<ul style="list-style-type: none"> • nach Abfallaufkommen • <i>Photochemikalien (AS 18 01 06) und amalgamhaltige Abfälle (AS 18 01 10) gelten nach Art, Beschaffenheit oder Menge in besonderer Masse als gesundheits-, luft- oder wassergefährdend</i> 	
quecksilberhaltige Abfälle, Abscheidegut	sammeln in dicht verschlossenen Behältnissen	Abgabe der Behältnisse an Recyclingbetrieb (Entsorgungsnachweis)		

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
 Universitätsstr. 73, 50931 Köln
 Postfach 41 01 69, 50861 Köln
 Fon: (02 21) 40 01-251,
 Leserservice Fon: (02 21) 40 01-252,
 Fax: (02 21) 4 00 12 53
 E-Mail: zm@zm-online.de
 http://www.zm-online.de
 ISDN: (0221) 4069392

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
 Chefredakteur, mn;
 Gabriele Prchala, M.A.,
 Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte,
 Leserservice), pr;
 Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d.L.
 (Wissenschaft, Dentalmarkt), sp;
 Marion Pitzken, M.A.,
 (Praxismanagement, Finanzen, Recht) pit;
 Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV,
 Technik, zm-online/newsletter), ck;
 Susanne Theisen, M.A., (Volontärin), sth

Gestaltung: Piotr R. Luba,
 Karl-Heinz Nagelschmidt, Margret Wallisch

Für dieses Heft verantwortlich:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen 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.

Verlag, Anzeigendisposition Vertrieb und Herstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Anschrift des Verlags:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
 Dieselstr. 2, 50859 Köln;
 Postfach 40 02 54, 50832 Köln,
 Fon: (0 22 34) 70 11-0,
 Fax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:
 Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:
 Norbert Froitzheim
 Froitzheim@aerzteverlag.de
 http://www.aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:
 Marga Pinsdorf
 Pinsdorf@aerzteverlag.de

Vertrieb:
 Nicole Schiebahn
 Schiebahn@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten:
Nord/Ost: Götz Kneiseler,
 Uhlandstr 161, 10719 Berlin,
 Fon: 0 30/88 68 28 73,
 Fax: 0 30/88 68 28 74,
 E-Mail: kneiseler@aol.com
Mitte/Südwest: Dieter Tenter,
 Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad,
 Fon: 0 61 29/14 14,
 Fax: 0 61 29/17 75,
 E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran,
 Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
 Fon: 0 72 21/99 64 12
 Fax: 0 72 21/99 64 14
 E-Mail: Gavran@gavran.de

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. 48, gültig ab 1. 1. 2006.

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. d. Mts. 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.



IA-MED

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

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

Lt. IWV 4. Quartal 2005:
Druckauflage: 81 100 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 909 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 73 283 Ex.
Verbreitete Auflage: 72 482 Ex.
96. Jahrgang
ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

- 3M Espe AG**
Seite 71
- BEGO Bremer Goldschlägerei Wilh. Herbst GmbH & Co.**
Seite 73
- BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG**
Seite 75
- Beycodent Beyer + Co GmbH**
Seite 63
- Brasseler GmbH & Co. KG**
2. Umschlagseite
- Braun GmbH**
Seite 11
- Busch & Co KG**
Seite 81
- Coltène Whaledent GmbH + Co. KG**
Seite 7 und 83
- Computer konkret AG**
Seite 77
- Cumdente Ges. für Dentalprodukte mbH**
Seite 9, 21 und 43
- DampSoft Software-Vertriebs GmbH**
Seite 79
- DeguDent GmbH**
Seite 53
- Dental Magazin**
Seite 91 und 111
- Dental-Union GmbH**
Seite 106, 107, 108 u. 109
- Dentsply DeTrey GmbH**
Seite 35
- Dentsply Friadent**
Seite 47
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Fitness und Wellness**
Seite 129
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Spectator**
Seite 124 und 125
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung**
Seite 103, 113 und 117
- DGI e.V.**
Seite 13
- DGP-Service GmbH – Deutscher Zahnärztetag 2006**
Seite 94 und 95
- Discus Dental Europe B.V.**
Seite 89
- Doctoreseyes GmbH**
Seite 131
- Dr. Rudolf Liebe Nachf. GmbH & Co. KG**
Seite 17
- Dürr Dental GmbH & Co. KG**
Seite 57
- EMS Elektro Medical Systems Vertriebs GmbH**
Seite 18 und 19
- Etikon AG**
Seite 4 und 5
- Evident GmbH**
Seite 101
- F 1 Dentalsysteme Deutschland GmbH**
Seite 119
- GC Germany GmbH**
Seite 87
- Girardelli Dental-Medizinische Produkte**
Seite 77
- GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG**
Seite 41
- Heraeus Kulzer GmbH**
Seite 37
- IMEX Dental Lab. GmbH**
3. Umschlagseite
- InteraDent Zahntechnik AG**
Seite 59
- K.S.I. – Bauer-Schraube GmbH**
Seite 115
- KaVo Dental GmbH**
Seite 23 und 49
- Kers Neon Licht**
Seite 131
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 27 und 29
- Kuraray Europe GmbH**
Seite 85
- NSK Europe GmbH**
Seite 25
- Permadental Zahnersatz**
4. Umschlagseite
- Pharmatechnik GmbH & Co. KG**
Seite 15
- Philips Oral Health Care**
Seite 69
- Pluradent AG & Co. KG**
Seite 65
- proDentum Medizintechnische Handels- u. Dentaltechnik GmbH**
Seite 131
- Rabidental GmbH**
Seite 82
- SAFE AG**
Seite 131
- Semperdent Dentalhandel GmbH**
Seite 51
- Southern Dental Industr.GmbH**
Seite 45
- TePe Mundhygiene-produkte**
Seite 121
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 97
- Ultradent Products USA**
Seite 67
- Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co.KG**
Seite 31
- Voco GmbH**
Seite 55
- ZM-Jahresband**
Seite 99
- Vollbeilagen**
BEGO Bremer Goldschlägerei Wilh. Herbst GmbH & Co.
Dental-Union GmbH
OCC Oral Care Center
IMC Münster
Roos Dental e.K.
Rothacker Verlagsbuchhandlung GmbH & Co.
SIRONA Dental Systems GmbH
- Postkarte auf Anzeige**
KaVo Dental GmbH

GOZ und Neubeschreibung

Schreiben an das BMG

In einem Schreiben an den zuständigen Referatsleiter im Bundesgesundheitsministerium (BMG), Franz-Heinrich Schäfer, hat Dr. Peter Engel als Vorsitzender des Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht der BZÄK die grundlegende Bedeutung der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für eine Neuformulierung und -strukturierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) herausgestellt. Engel empfahl den von BZÄK und DGZMK gemeinsam erarbeiteten Leistungskatalog auf Basis der Neubeschreibung, den der BZÄK-Vorstand auf seiner Brüsseler Sitzung einstimmig verabschiedet hat und der am 29. März gemeinsam mit der DGZMK der Öffentlichkeit vorgestellt werden soll. Dieser Katalog werde den Anforderungen einer wissenschaftlich gesicher-

ten und präventionsorientierten Zahnheilkunde gerecht. Der darauf basierende Entwurf eines Leistungskatalogs trage der Tatsache Rechnung, dass Art und Umfang der ZMK nicht mehr primär nach dem Therapieprinzip, sondern befund- und indikationsbezogen beschrieben werden müssten. BZÄK

Geschäftsjahr 2005

Apo-Bank zieht Bilanz

Der Jahresüberschuss erhöhte sich 2005 um 15 Millionen auf 105 Millionen Euro, teilte die Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, Düsseldorf, jetzt mit. Sparsamer Umgang mit Ressourcen, wachsende Erträge und mehr Kunden führt Vorstandssprecher Günther Preuß als maßgebliche

Schmidt zu IQWiG-Site

Gute Infos für Patienten

Die Patienten in Deutschland wissen nach Ansicht von Bun-

desgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) zu wenig Bescheid über Unterschiede bei Therapien, Ärzten und Kliniken. „In Deutschland sind die Patienten überwiegend uninformatiert“, sagte sie in Berlin. „Beim Autohändler und beim Kauf von Waschmaschinen lässt man sich über alles ber-

aten. Aber die meisten gehen ins nächstgelegene Krankenhaus, ohne zu fragen: Ist es da gut?“

Deshalb begrüße sie den geplanten Start einer Internetseite des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) für bessere Patienteninformation, sagte Schmidt. Sie erhoffe sich verständliche Informationen, auf die sich die Menschen auch verlassen könnten. ck/dpa



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln



zm **Leser service**

Nr. 5
 2006

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

R. Böckmann: Submandibuläre Schwellung (S. 42) Literaturliste

H. Demmel: Psychosomatik (S. 44) Literaturliste

M. Klein: Aneurysma (S. 50) Literaturliste

D. Nagel: Halitophobie (S. 52) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

BZÄK/ Dienstleistungsrichtlinie

Kritik am Ausschluss des Gesundheitsbereichs

Für den kompletten Ausschluss des Gesundheitsbereichs von der Dienstleistungsrichtlinie hat das Europäische Parlament (EP) in einer ersten Lesung am 16. Februar gestimmt.

„Dies ist für uns schlecht nachzuvollziehen“, erklärte der Vizepräsident der BZÄK, zuständig für Europapolitik, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels. „Die EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen sichert weitgehend die Geltung der Berufsregeln und Disziplinarvorschriften des Aufnahmestaates bei der vorübergehenden grenzüberschreitenden Dienstleistungserbringung.

Das kontrovers diskutierte Herkunftslandprinzip findet deswegen in der Dienstleistungsrichtlinie keine Anwendung für die reglementierten Berufe, darunter für die zahnärztliche Profes-

sion.“ Auch für BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp ist die Ausklammerung des Gesundheitssektors nicht wünschenswert.

„Die mehrheitlich von sozialdemokratischen und grünen Abgeordneten geforderte Alternative einer sektoralen Richtlinie für Gesundheits- und soziale Dienstleistungen beinhaltet die Gefahr einer Überregulierung, die sich nachteilig auf den gesamten Berufsstand auswirken könnte“, sagte er in Berlin.

Die BZÄK hatte sich in Gesprächen mit Abgeordneten des Parlaments und mit Vertretern der Kommission wiederholt für den Verbleib von Gesundheitsdienstleistungen in dem Richtlinienvorschlag ausgesprochen. Die Kommission will im April einen überarbeiteten Vorschlag vorlegen. BZÄK

Trotz heftiger Ärzteproteste

Arznei-Spargesetz beschlossen

Trotz heftiger Ärzteproteste haben Union und SPD im Bundestag das Arzneimittel-Sparpaket beschlossen. Dadurch sollen die gesetzlichen Krankenkassen vom 1. April an jährlich 1,3 Milliarden Euro an „medizinisch nicht nötigen Ausgaben“ sparen. Experten von Union und SPD sind überzeugt, dass die Patienten trotz Kostenbremse künftig qualitativ hochwertig

versorgt werden und die Ärzte weiter Therapien frei wählen können. FDP, Linksfraktion und Grüne lehnten das Gesetz ab.

Patienten können laut Gesetz von den Kassen künftig von fünf Euro Zuzahlung bei günstigen Medikamenten befreit werden. Mit Honorareinbußen sollen Ärzte davon abgehalten werden, vermeintlich unnötig teure Arzneien zu verschreiben, wirtschaftliches Verordnen werde jedoch kollektiv belohnt.

Die Malus-Regelung widerspreche dem medizinisch Notwendigen zutiefst, kritisierte dagegen der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Für die Ärzte habe sich nichts geändert: Sie sollen weiterhin mit Honorareinbußen bestraft werden, wenn sie nach medizinischen Notwendigkeiten und nicht nach staatlichen Verordnungsvorgaben verschreiben. ck/dpa/pm



Foto: CC

Wille benennt Änderungsbedarf

Reformen möglich

Mit der geplanten Gesundheitsreform können Union und SPD nach einem Vorschlag des obersten Regierungsberaters fürs Gesundheitswesen, Eberhard Wille, die Kassenbeiträge stark senken. Ein weitgehender Systemwechsel zu Lasten der Privaten Krankenversicherung (PKV) sei rechtlich und faktisch dagegen kaum vorstellbar, sagte der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Mit der Beendigung der beitragsfreien Kinderversicherung in der gesetzlichen Krankenver-



Foto: CC

sicherung (GKV) kann nach Angaben Willes der GKV-Beitragssatz um 1,5 Prozentpunkte gesenkt werden. Statt einer Steuerfinanzierung als einem pauschalen Zuschuss plädierte er dafür,

das Kindergeld anzuheben; dann könne der Steueranteil kaum je nach Kassenlage der öffentlichen Haushalte gekürzt werden. Durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die GKV-Finanzierung könne der Beitragssatz um weitere 0,5 Prozentpunkte sinken. Ebenso viel Geld könne zusätzlich durch ein Splitting-System in die gesetzlichen Kassen fließen. Dabei würde das gemeinsame Einkommen eines Ehepaares rechnerisch auf beide Partner aufgeteilt und jeder von seinem Einkommensanteil einen Beitrag zahlen; anfänglich sei eine Obergrenze von 150 Euro je Monatsbeitrag denkbar. pit/dpa

Anti-Raucher-Gesetze verschärft

Luftschadstoff Zigarettenqualm

Zigarettenqualm wird in Kalifornien ab jetzt in der Liste „giftiger Luftschadstoffe“ geführt. Mit dieser Entscheidung einer staatlichen Regulierungsbehörde („Air Resources Board“) wird der „second hand smoke“ gefährlichen Giftstoffen gleichgesetzt, berichtete der „San Francisco Chronicle“. Kalifornien ist der erste US-Staat, der sich für diese Klassifizierung entschieden hat.

ck/ÄZ



Foto: CC

Neue KBV-Zahlen

Immer weniger Hausärzte

Die Zahl der Hausärzte ist im vergangenen Jahr erneut gesunken. Das geht nach dpa-Informationen aus neuen Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hervor. In den ostdeutschen Bundesländern nahm die Zahl der Hausärzte demnach um 1,5 Prozent ab. 2004 waren dort 8 545 Ärzte in der hausärztlichen Versorgung tätig. Ende 2005 betrug ihre Zahl nur noch 8 416. In ganz Deutschland nahm die Zahl der Hausärzte um 0,2 Prozent ab. Gab es am 31. Dezember 2004 in Deutschland noch 53 119 Hausärzte, so waren es Ende 2005 nur

noch 53 011. Die Zahl der Hautärzte in den neuen Ländern sank von 525 auf 514, die der Kinderärzte ging von 1 050 auf 1 033 zurück, die der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte sank von 639 auf 629. Die KBV warnt seit Monaten vor einem drohenden gravierenden Ärztemangel in Ostdeutschland. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) will dem unter anderem damit entgegensteuern, dass Ärzte leichter angestellt werden, in Teilzeit arbeiten und außerhalb ihrer angestammten Region tätig werden können. pr/dpa

KBV meldet

Immer mehr Ärzte arbeiten im MVZ

Im vierten Quartal 2005 arbeiteten knapp 1 300 Ärzte in Deutschland in einem der mittlerweile 341 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Diese Zahlen gab die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bekannt. Ein Quartal zuvor belief sich die Zahl der MVZ noch auf 270. Das bedeutet einen Zuwachs um 26,3 Prozent innerhalb von drei Monaten.

Auch die Größe der Zentren nimmt laut KBV zu: Waren im dritten Quartal des Vorjahres im Durchschnitt drei Ärzte an einem MVZ tätig, sind es mittler-

weile vier. Hausärzte, Internisten und diagnostisch tätige Radiologen sind nach wie vor die am stärksten vertretenen Facharztgruppen. Die wichtigsten Träger von MVZ sind Vertragsärzte und Krankenhäuser. Dabei konnten die Vertragsärzte ihren Anteil von 71 auf 75 Prozent ausbauen. Laut KBV sind die Zentren eine Chance für junge Mediziner und andere, die lieber als Angestellte tätig sein wollen. Diese Möglichkeit möchte die KBV im Zuge einer Liberalisierung des Vertragsarztrechts weiter ausbauen. ck/DÄB

Praxisbarometer Schleswig-Holstein

Sorgen um die Zukunft

Jeder zweite Zahnarzt zwischen Nord- und Ostsee ist bereit zu Praxisschließungen und Demonstrationen. Das ergab das neue Praxisbarometer, eine regelmäßige Umfrage der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. Die Stimmung ist danach insgesamt schlecht: In Schulnoten drückten die meisten der Teilnehmer dies in einer „vier“ aus, mehr als ein Drittel benotete die Stimmung gar mit „fünf“ oder „sechs“. Über 80 Prozent gaben an, dass sich die wirtschaftliche Situation ihrer Praxis im zweiten

Halbjahr 2005 verschlechtert habe. Über 90 Prozent vermissen Planungssicherheit und kritisieren, dass der Verwaltungsaufwand für die Praxisführung stetig zunimmt. Auf eine von der Politik in Aussicht gestellte Absenkung der zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) wollen die Zahnärzte reagieren, indem sie auf breiter Front Investitionen zurückstellen (80 Prozent) und Personal entlassen (54 Prozent). 18 Prozent der Befragten gaben an, in diesem Fall die Praxis vorzeitig aufzugeben. pr/pm

Ulla Schmidt rät von Kinderversicherung über Steuern ab

Kleinster gemeinsamer Nenner

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) rät davon ab, die Mitversicherung von Kindern bei den Krankenkassen über Steuern zu finanzieren. Das werde „von einigen als eine Art kleinster gemeinsamer Nenner“ der Koalition bei der Gesundheitsreform ins Gespräch gebracht, sagte Schmidt dem Berliner „Tagespiegel“.

Schmidt gab sich zur Steuerfinanzierung skeptisch, denn damit werde Gesundheitspolitik abhängig von Haushaltsentscheidungen



Foto: CC

und konkurriere dann mit allen anderen Ausgaben, sagte die Ministerin. Wer eine Steuerfinanzierung vorschläge, müsse deshalb auch sagen, wie das Geld „sicher in der Gesundheitsversorgung bleibt“. pit/dpa

Ein Jahr gearbeitet

Qualitätsinstitut zieht Bilanz

Ungeachtet der Kritik an den Informationen, mit denen das Qualitätsinstitut IQWiG in der Vergangenheit auch umstrittene Entscheidungen des Bundesausschusses (G-BA) begleitet hat, haben IQWiG-Chef Dr. Peter Sawicki und G-BA-Vorsitzender Dr.

Rainer Hess eine positive Bilanz des ersten Jahres ihrer Zusammenarbeit gezogen. „Die Kooperation ist eine gute Basis, um längerfristig die Versorgungsstrukturen zu verbessern“, sagte Hess. ck/ÄZ

zm-Zitate

Abgeschaut

„Die Pyramide ist das stabilste geometrische Gebäude, das wir kennen. Deshalb hatten die Ägypter ihre Pyramiden auch so gebaut – und keine Trapeze. Hätten sie das nicht so gemacht, wären die heute nicht mehr da.“

(Zur Instabilität derzeitiger Generationenverträge in der GKV)



Fotos: Cnetext/MEV/ingram

Abgekoppelt

„Das Risiko der Krankheit hat normalerweise nichts mit dem Lohn zu tun. Das sehen Sie daran, dass eine Lohnerhöhung nicht krank macht!“

(Zur Koppelung der GKV-Einkünfte an die Einkommenshöhe)

Abgegeben

„Das ist eine gefährliche Botschaft. Das kann für den Botschafter unangenehm werden. Die Politiker, die ja deshalb in die Politik gegangen sind, weil ihnen ihr alter Beruf nicht so gefiel, müssten dann damit rechnen, das Sie nicht wieder gewählt werden und in diesen Beruf zurückkehren müssten. Also brauchen die Politiker Botschafter. Das ist die Genesis einer Kommission für gefährliche Botschaften, meist besetzt mit lebenslangen Beamten, denn die sind unkündbar.“

(Zur Finanzkrise der GKV)

Abgesoffen

„Das Boot, in dem die Politik bei der Gesundheitsreform sitzt, heißt Titanic. Die zwei einzigen Rettungsboote sind mit Selbstständigen und Beamten besetzt – aber der Kapitän will die jetzt wieder an Bord holen. Normalerweise macht man eher mehr Boote klar, es sei denn man hält das Absaufen für einen beglückenden Zustand.“

(Zu Plänen von Ulla Schmidt, Privatversicherte in die GKV zu zwingen)

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Info-Veranstaltung der GenoGyn am 7. Februar 2006 in der Universität zu Köln



Illu.: Wriedenroth

Gesundheitspolitischer Aschermittwoch

Abgeschnürt

Na, wie ist es mit Ihnen? Heute auch wieder zu eng geschnürt? Nein, ich meine nicht die Frauen. Deren Zeiten der Ohnmachten durch zu eng geschnürte Mieder sind längst ein geschlossenes Kapitel repressiver Geschlechtergeschichte. Mir geht es um uns Krawattenträger, von denen US-Mediziner behaupten, dass 60 bis 70 Prozent unserer Spezies einen erhöhten Augeninnendruck haben. Von wegen nur die Augen! Das symbolische Mode-Seil blockiert jeglichen Transport körperinnerer Notwendigkeiten in die so sensiblen Bereiche für Kreativität, Entscheidungsfähigkeit und Karrierismus.

Na, geht Ihnen jetzt ein Licht auf? Der freundlich abschätzende Blick Ihrer Partnerin bevor Sie morgens das Haus verlassen? Das „Schatz, Deine Krawatte hängt schief!“ und der von uns als fürsorglich empfundene Griff an unseren Kragen – alles nichts anderes als der clevere Versuch, uns im täglichen Kampf der Geschlechter die Blutzufuhr zum Hirn zu rauben. Wir selbst sind schon so sozialisiert, dass wir – so der Körper sich über die Halsmuskulatur zu wehren versucht und lockert – unwillkürlich Hand anlegen und den freien Fluss der Dinge bis kurz vor blauem Anlaufen und Austritt der Zunge wieder zurecht rücken.

So behindert bewegen wir uns durch den Alltag, immer wieder mit kritischem Blick geprüft durch Frauenaugen, deren Innendruck von locker drapierten Schals und Tüchern auch nicht im Geringsten gestört wird. Und da spreche jemand noch von Chancengleichheit!

