

Ärzte bei der WM

Alles in Schuss

**Vertragsärzte:
ein neues Gesetz**

**CEREC:
20 Jahre Erfahrung**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Deutschland steckt im Fußballtaumel: Ab dem 9. Juni herrscht offiziöser Ausnahmezustand in der Republik. Für einen Monat grassiert stark ansteckendes Fußballfieber. Wo man hinschaut, ein Volk von Fans und „Experten“, deren Jüngste in dieser Zeit als erste Worte statt des traditionellen „Mama/Papa“ augenscheinlich eher die Kombination „Ball/Ballack“ über die Lippen bringen werden.

Kein Wunder. Denn sobald König Fußball regiert, vergessen selbst zähe Politiker, Gewerkschaften und große Teile vom „Rest der Welt“ alle Probleme. Lieber diskutiert man über das Recht, am Arbeitsplatz fernzusehen, oder ob Fifa-Präsident Blatter – als höchster Adlat der Ballkunst auf Erden – seinen Thron in Höhe der Mittellinie aufstellen lassen darf.

Dabei sind die eigentlichen „Helden“ doch diejenigen, die auf dem Platz dafür Sorge tragen, dass das „Runde ins Eckige“ kommt. Diesen Hochleistungssportlern und ihrer medizinischen Betreuung galt für diese Ausgabe unser Recherche-Interesse. Trotz zum Teil erstaunlicher Informationsblockaden im hochherrschaftlich bestimmten Weltmeisterschafts-Terrain gelang eine für die zm wenig alltägliche Titelgeschichte. Sie zeigt, dass sich seit Zeiten Dr. Loogens und Masseur Deusers, den Mitbestreitern des „Wunders von Bern“, vieles verändert hat. Vorbereitung, Betreuung und Versorgung der Spieler spiegeln ganz klar das wi-



■ Was Zahnmedizin und Fußball gemeinsam haben? Dieser Nachwuchsstürmer – Foto und Idee stammen aus der Zahnarztpraxis Dr. Kotnik – lässt doch wohl keine Fragen offen: Die Zahnärzteschaft ist augenscheinlich vorbereitet.

der, was Wissenschaft und moderne Medizin heute vorgeben. Auch medizinisch wird hier nichts dem Zufall überlassen. Das Andere liegt selbstverständlich nach wie vor bei Klinsmann und Co.

Aber das Massenereignis wirft auch noch ganz andere Fragen auf: Was wird mit den hunderttausenden von Menschen aus aller Welt, die hier „zu Gast bei Freunden“ sind? Wie ist man auf Notfälle in den Stadien vorbereitet? Gibt es besondere Maßnahmen, die für die Versorgung und (zahn-) medizinische Betreuung getroffen wurden? Auffälliges, Neues und Einfallsreiches fand Eingang in dieses Heft.

Bleibt nur noch, für die vier Wochen, in denen sich die Welt um den Fußball dreht, den Sportlern das richtige „Füßchen“ (klar, auch „Köpfchen“) für ihren Erfolg zu wünschen.

Und unter uns Gastgeber-„Freunden“: Vielleicht erweckt ja das eine oder andere fair errungene Tor ein wenig Leitbildcharakter für ganz andere Kämpfe, die in Deutschland anstehen: Schließlich warten wir alle darauf, dass hier endlich der eine oder andere Treffer gelandet wird.

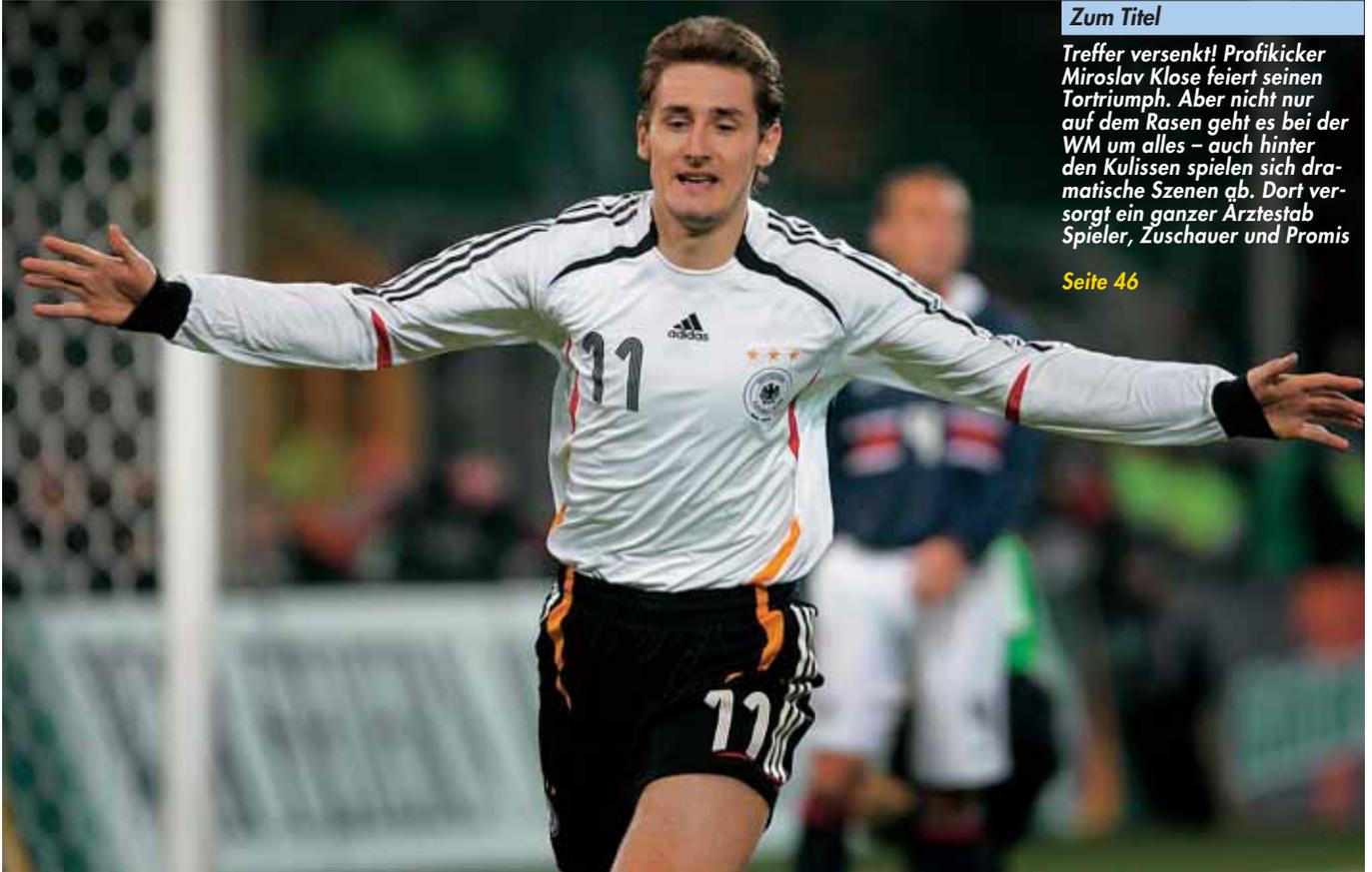
Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur

Foto Und Titelfoto: Corbis



Zum Titel

Treffer versenkt! Profikicker Miroslav Klose feiert seinen Tortriumph. Aber nicht nur auf dem Rasen geht es bei der WM um alles – auch hinter den Kulissen spielen sich dramatische Szenen ab. Dort versorgt ein ganzer Arztestab Spieler, Zuschauer und Promis

Seite 46



Foto: Lopata

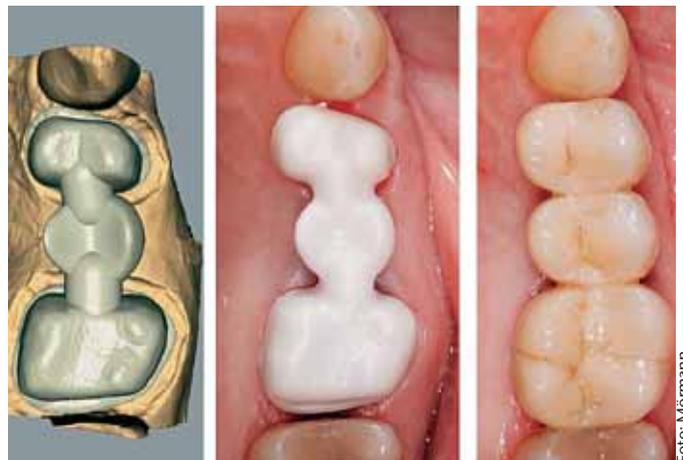


Foto: Mörmann

Das KZBV-Frühjahrsfest in Berlin: Mit der Reform vor der Tür war der Austausch zwischen Politikern und Zahnärzten dieses Jahr besonders intensiv.

Seite 26

Von vier nach sechs und alles in einer Sitzung. 20 Jahre Cerec-System machen das heute möglich.

Seite 58



Foto: MEV

**Zielsparfonds versprechen bequeme
Vorsorge fürs Alter. Das Geschäft floriert.
Wie rosig es für den Anleger aussieht,
darf geprüft werden.**

Seite 104



Foto: Gromnica-Ihle

**Rheuma – typische Knoten an den Händen –
mehr über diese Autoimmunerkrankung im
Repetitorium.**

Seite 72



Editorial	1	20 Jahre CEREC: Technischer Stand, klinische Bewährung	58
Leitartikel			
Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK, zum Vertragsarztrechts- änderungsgesetz	6		
Gastkommentar			
Walter Kannengießer, Sozialpolitik- Journalist, resümiert zur Abgabepolitik	8		
Leserforum	10		
Nachrichten	14		
Das aktuelle Thema			
Vertragsarztrecht: VÄG ist kein Treffer	22		
Politik und Beruf			
Frühjahrsfest: Die Kraft des Dialogs	26		
BZÄK-Consilium: Analyse zur Reform	30		
BZÄK-Klausurtagung: Weichen stellen	32		
50 Jahre VDZI: Versöhnliche Töne	34		
BZÖG-Kongress: Aus der Versenkung	36		
Aus den Ländern			
MPG-Projekt Hessen: Qualitätssicherung im Bereich Hygiene	38		
50 Jahre KZVN: Die KZV – ein moderner Dienstleister	40		
Gesundheit und Soziales			
GBA und Haftungsrecht: Die Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung	42		
MIT: Gesundheitsberufe unterstützen	44		
Titelstory			
Ärzte bei der WM:			
Die Spieler – Alles in Schuss	46		
Not am Mann im Stadion	50		
Die Welt zu Gast beim Zahnarzt	52		
Zahnmedizin			
Der aktuelle klinische Fall: Intraorales Lipom	54		
Rezeptionen	66		
Fachforum			
Neues aus der „Kons“	68		
Medizin			
Ungeborene: Gefahr durch zu hohen Blutzucker	71		
Repetitorium: Gelenkrheuma	72		
Veranstaltungen	79		
Akademisches			
Greifswalder Modell: Studenten besuchen Patienten zuhause	96		
Praxismanagement			
Burn-out vorbeugen: Feuer und Flamme für den Beruf	100		
Trends	102		
Finanzen			
Neue Fonds für die Vorsorge: Der Weg ist das Ziel	104		
Recht			
Urteile	108		
Historisches			
Museum Ingolstadt: Heilkunde in allen Facetten	112		
Internationales			
FDI-Kongress in China: Zu Gast im Reich der Mitte	114		
Persönliches	115		
Neuheiten	118		
Impressum	128		
Letzte Nachrichten	149		
Zu guter Letzt	108		



Foto: BZÄK

„Versozialrechtlichung“ des Zahnarztberufes

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, noch darf spekuliert werden, ob und in welcher Fassung es kommt – das als Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform geplante „Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG)“. Ebenso sperrig wie sein Titel ist der Inhalt des Referentenentwurfes, der derzeit kontrovers diskutiert wird. Gleich vorab bleibt festzustellen, dass BZÄK und KZBV in ihrer gemeinsamen Stellungnahme eine identische Sicht der Dinge haben und eine übergeordnete Betrachtung angebracht ist.

Die angestrebte Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts wird nur ansatzweise und höchst widersprüchlich umgesetzt. Wo liberalisiert wird, geschieht dies halbherzig und mit Systembrüchen zu den fortbestehenden Regularien des Vertragsarztrechts und berufsrechtlichen Vorgaben. So ermöglicht es der Entwurf einerseits den Vertragszahnärzten, in mehreren KZV-Bereichen gleichzeitig tätig zu sein, hält andererseits am System der Bedarfsplanung und Budgetierung der regionalen Vergütungen auf der Grundlage von Gesamtverträgen und Honorarverteilungsmaßstäben fest.

Besonders bedenklich ist aber, dass die Tendenz fortgesetzt wird, das freiberufliche ärztliche Berufsbild durch das Sozialrecht zu vereinnahmen und damit das in der Landeskompentenz liegende Heilberufsrecht durch bundesrechtliche Vorgaben der Sozialversicherung zu präformieren. Seit den Kassenarzturteilen des Bundesverfassungsgerichts von 1960/61 war unumstritten,

dass der Beruf des Arztes und Zahnarztes auch in der Ausübungsform des Kassenbeziehungsweise Vertragsarztes ein Freier Beruf ist und dass es kein eigenständiges Berufsbild des Kassenarztes gibt. Es ist ständige höchstrichterliche Rechtsprechung, dass sich die Sozialversicherung des Arztes und Zahnarztes als Freiberufler zur Versorgung ihrer Versicherten bedient und auf dem freiberuflichen Berufsrecht aufbaut. Daraus folgt, dass (zahn-)ärztliches Berufsrecht Vorrang vor sozialrechtlichen Regelungen haben muss und das Vertragsarztrecht nicht vom (zahn-)ärztlichen Berufsrecht abgekoppelt werden darf.

Wenn der Präsident der Bundesärztekammer und das Consilium unabhängiger Wissenschaftler der BZÄK übereinstimmend eine zunehmende „Versozialrechtlichung“ ärztlicher beziehungsweise zahnärztlicher Berufsausübung konstatieren, bezeichnet dies exakt die Kollision des Heilberufsrechts mit gesellschaftsrechtlichen Organisationsformen der Medizinischen Versorgungszentren, soweit diese als Kapitalgesellschaften betrieben werden, oder die Tatsache, dass die Tätigkeit von Ärzten oder Zahnärzten an mehreren Orten beziehungsweise die Wanderung von Vertragsärzten am Sitz der überörtlichen Gemeinschaftspraxis sozialrechtlich ohne Bezug auf das Berufsrecht definiert wird. Das gleiche gilt für die im ärztlichen Bereich vorgesehene Möglichkeit der Anstellung fachgebietsfremder Assistenten, die im Widerspruch zum ärztlichen Berufsrecht steht.

So souverän der Referentenentwurf berufs- und gesellschaftsrechtliche Hürden überspringt, so zögerlich ist er, wenn es um die dringend erforderliche konsequente Liberalisierung von Bedarfsplanungs- und Zulassungsschranken geht. Weder wird die Zugangsgrenze von 55 Jahren für die Aufnahme einer vertragszahnärztlichen Tätigkeit beseitigt, noch die EU-rechtlich bedenkliche und diskriminierende Altersgrenze von 68 Jahren vorbehaltlos aufgehoben. Für die Zukunft des Freien Berufes ist es ferner unerlässlich, dass die niedergelassenen Vertragszahnärzte nicht benachteiligt werden. So wird die an sich begrüßenswerte erweiterte Möglichkeit, Zahnärzte als Angestellte zu beschäftigen, verwässert, wenn diese Anstellungsverhältnisse anders als im Medizinischen Versorgungszentrum den Beschränkungen des degressiven Punktwertes unterworfen bleiben.

Der derzeitige Referentenentwurf springt in weiten Bereichen unter dem Aspekt der Flexibilisierung zu kurz, birgt aber im Hinblick auf die Freiberuflichkeit und das Berufsbild des Zahnarztes höchst gefährliche Tendenzen, das zahnärztliche Berufsrecht auszuhebeln. Hier ist erheblicher Nachbesserungsbedarf offensichtlich. Den Sozialversicherungszahnarzt mit Sonderstatus und eigenem Berufsbild darf es nicht geben, wenn die Freiberuflichkeit der Heilberufe nicht den bundesgesetzlichen Omnipotenzansprüchen des Sozialgesetzgebers und eines Sozialversicherungssystems geopfert werden soll, dessen evidente Strukturängel durch die bevorstehende Gesundheitsreform gerade erst verbessert werden müssen. Beim VÄG steht daher mehr auf dem Spiel als eine Kontroverse um Gesetzgebungszuständigkeiten im Bund-Länder-Verhältnis oder berufsrechtliche Regelungskompetenzen der Selbstverwaltungsinstitutionen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Der Staat macht Kasse

Über die Erhöhung der Mehrwert- und Versicherungssteuer, die Einführung der „Reichensteuer“, eines „Gesundheits-Soli“ und anderer Steuerkorrekturen mit belastender Wirkung muss bald entschieden werden. Das Mehraufkommen könnte sich, mit Zeitverzug, auf jährlich vierzig Milliarden Euro summieren. Die große Koalition will die Steuerentlastungen der letzten Jahre, durch die Gewinne sowie hohe und niedrige Einkommen begünstigt wurden, durch die Erhöhung anderer Steuern kompensieren. Zur Begründung wird wieder einmal der „arme“ Staat bemüht; Umverteilung wird als solidarisch und gerecht kaschiert.

Wenn die Steuereinnahmen nicht reichen, so liegt dies an der Schuldenpolitik der letzten dreißig Jahre, an der hohen Arbeitslosigkeit, den defizitären Sozialtats und nicht zuletzt an dem schwachen wirtschaftlichen Wachstum der letzten Jahre. Das alles hängt miteinander zusammen. Der Staat ist nicht arm, aber das finanzielle Erbe der Vergangenheit lähmt die Wachstumskräfte. Die Politik muss daher alles tun, was wirtschaftliches Wachstum fördert; sie hat alles zu unterlassen, was es bremst. Aus der Schuldenfalle kann sich der Staat jedenfalls nicht mit der Erhöhung von Steuern befreien. So geht die Mehrwertsteuer in die Preise ein und mindert den Konsum, oder sie geht zu Lasten der Gewinne und damit der Investitionen. Der Aufschwung könnte schon 2007 wieder enden.

Die Unternehmen sollen entlastet werden. Das muss sein, um den deutschen Standort besser im globalen Wettbewerb zu positionieren. Die Gewinne sollen künftig nicht höher als mit dreißig (bisher knapp vierzig)

Prozent besteuert werden. Davon sollen alle Unternehmen profitieren, also auch Personengesellschaften. Gewerbliche Einkommen würden relativ niedrig, private Einkommen erheblich höher belastet. In der Vergangenheit galt der Grundsatz, alle Einkommen und Gewinne möglichst gleichmäßig zu besteuern. Das wird nicht durchzuhalten sein. Gegen das „duale Modell“ spricht jedoch, dass sich die Politik nicht mehr gehindert

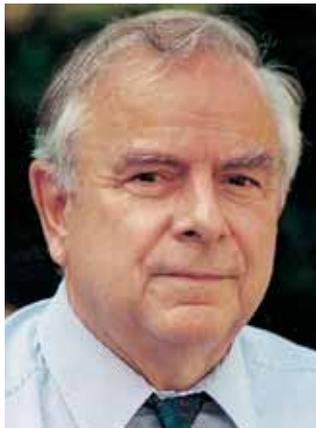


Foto: zm-Archiv

In der Abgabepolitik steht ein Paradigmenwechsel bevor. Wurde in den Jahren zuvor über die Entlastung der Unternehmen und der Bürger gestritten, so geht es jetzt um die Mehrbelastung der privaten Einkommen, auch um Unternehmen entlasten zu können.

Walter Kannengießer
Sozialpolitik-Journalist

sieht, der Minderheit der „Besserverdienenden“ immer tiefer in die Taschen zu greifen. Die Reichensteuer wird nur der Anfang sein. Für die Freien Berufe stellt sich daher mit neuer Dringlichkeit die Frage, ob ihre Einkünfte aus der beruflichen Tätigkeit wie gewerbliche oder wie private Einkommen behandelt und damit höher besteuert werden. Der Finanzminister will die Einnahmen Selbständiger, um die Steuer verfassungsfest zu machen, nicht zusätzlich belasten.

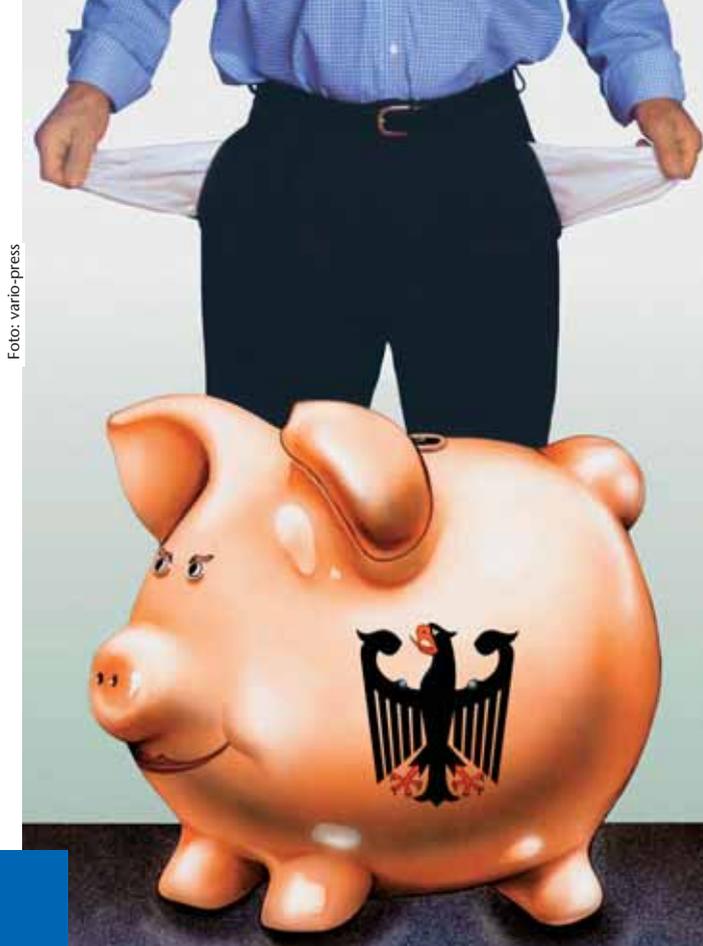


Foto: vario-press

Ob das auch für Freiberufler gilt, bleibt abzuwarten. Die Reichensteuer wird jetzt nur noch 127 Millionen Euro zusätzlich bringen. Steuerpolitik degeneriert so zur Alibi-Veranstaltung.

Die Krankenversicherung der Kinder, so wird erwogen, soll über einen Gesundheits-Soli von acht Prozent der Steuerschuld finanziert werden. Beiträge und Steuern sollen in einen zentralen Gesundheitsfonds fließen. Die Steuereinnahmen müsste der Bund jedoch jeweils in seinem Etat verbuchen. Er kann sie weiterleiten, aber auch behalten. Derzeit bietet der Bund ein Lehrstück seiner Verlässlichkeit. 2006 überweist er für die Versicherung

der Kinder 4,2 Milliarden Euro an die Krankenkassen. Diese Zuschüsse werden bis 2008 gestrichen. Dann kommt der Soli, oder die Versicherten müssen zahlen. Der Gesundheitsfonds lässt sich nur als staatliche Instanz organisieren. Wer das Geld kassiert und verteilt, hat das Sagen. Mit dem Fonds würden die Weichen in Richtung Staatsmedizin und Einheitsversicherung gestellt. Die Finanzierung prägt das System.

Neue Balance von Eigenverantwortung und Solidarität

■ Zum Beitrag: „Die Rolle der Zahnmedizin beim Systemumbruch“ von Prof. Dr. Hans Jörg Staehle in zm 8/2006:

Wie wir es von Herrn Staehle gewohnt sind, eine umfassende Aufarbeitung der für uns anstehenden „Umbruchzeit“ in der deutschen Zahnheilkunde. Das wird allerdings der Masse der Funktionäre, die ja angeblich unsere Interessen vertreten, gar nicht passen!

Im Artikel „Medizinische Argumente“ schwebt Herr Staehle indes auf einer rosaroten Wolke. Das Zahnputzverhalten und insbesondere die Zwischenraumpflege mit Zahnseide liegen – trotz gegenteiliger, verschönernder Statistiken – bei 95 Prozent unserer Patienten in der normalen Kassenpraxis noch meilenweit von dem entfernt, was Herr Staehle „nur mit Zahnbürste und Zahnseide“ als allgemein angenommen bezeichnet. Mir ist auch nicht klar, warum er Zahnseide und Zwischenraumbürste auseinanderdividiert. Natürlich gibt es präventiv ausgerichtete Praxen, zum Beispiel Laurisch, Mönchengladbach, Gebrüder Stockleben, Hannover, Bastendorf, Berlin, und viele andere in ähnlicher Konstellation in München, Hamburg und mehr. Aber dies ist nur ein Tropfen im Ozean der deutschen Zahnärzteschaft! Diese von mir bewunderten Kollegen leben alle von einem Patientenkontingent, das sich die PZR leisten kann, die zum Teil Höhen von 100 Euro und mehr erreicht.

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

Der Hartz IV-Empfänger als Beispiel wird dies vielleicht einmal mitmachen, dann kommt er nicht mehr wieder in diese Praxis, weil sein Geldbeutel dafür zu schmal ist. Für diese fatale Situation müssen die gesetzlichen Krankenkassen eine adäquate Lösung finden.

Hier würde ich meiner Lehrerin Annelise Gentz folgen, die schon in den 50er Jahren in Berlin die Durchsanierung von Milchzahngebissen zum Kassensatz von Pfennigen durchführte und in den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts die Kinderzahnheilkunde in der BRD maßgeblich beeinflusste. Auch einmal eine PZR bei unseren vielen Patienten mit schmalen Geldbeutel anzubieten (und das sind inzwischen mehr als manche denken!), ohne gleich zum großen Geldhammer zu greifen, eine Endo im Seitenzahngelände bei einem armen Studenten zum Kassensatz durchzuführen und viele ähnliche Situationen in der normalen Kassenpraxis, natürlich nur unter der Voraussetzung, dass der Patient zum „Flossfan“ geworden ist. Und dann Herr Staehle „Regelmäßige Zahnarztbesuche“ sagen überhaupt nichts aus, zumal immer häufiger nur die Prophylaxehelferin den Patienten sieht.

Auch auf die Aussagen der Patienten, dass sie „regelmäßig die Zähne putzen“, verlasse ich mich schon lange nicht mehr.

Das „Hurra“ nach der Demo von Zahnseide oder Zwischenraumbürste endet in 95 Prozent der Fälle im täglichen Trott! Hier müssen wir Zahnärzte noch engagierter zu Werke gehen, ohne gleich immer an das liebe Geld zu denken. Die Patienten lohnen es uns in vielfältiger Weise.

Es ist natürlich wichtig, dass alle diese Anstrengungen niemals politisch missbraucht werden dürfen und keinesfalls zur Polari-



Foto: Colgate

sierung innerhalb der Zahnärzteschaft und der Patienten führen dürfen. Etwa in den Teil der Patienten, die es sich „leisten“ können und den großen Rest, der abseits steht, der aber gerade um so mehr unserer ärztlichen Fürsorge bedarf.

Dr. Fritz Haun
Wilhelmplatz 1
53111 Bonn

Während die BZÄK größte Anstrengungen unternimmt, die Novellierung der für uns alle existenziellen GOZ im Sinne einer präventionsorientierten Zahnheilkunde durchzusetzen, entwirft Professor Staehle mit seinem teilweise polemischen Artikel (der besonders von seinem großen betriebswirtschaftlichen Sachverstand zeugt) ein Zerrbild der Berufspolitik. Liest man diesen Artikel mit den Augen eines der Zahnärzteschaft kritisch Ge-

genüberstehenden (und davon soll es ja einige geben, sogar im BMG), so entsteht folgendes Bild der Zahnärzteschaft: Bornierte Leute mit den falschen Konzepten (Prophylaxe bringt ja nichts), sozial kalt und nur auf ihren eigenen wirtschaftlichen Vorteil bedacht. Zu beurteilen, was das für Auswirkungen auf die zahnärztliche Verhandlungsposition in Sachen GOZ hat, bleibt jedem selbst überlassen. Für mich steht jedenfalls fest: Im Jahr der Fußball-WM hat Professor Staehle mit seiner Veröffentlichung zum jetzigen Zeitpunkt das entscheidende Tor für den Berufsstand, sozusagen das „golden Goal“ schon geschossen – nur leider als Eigentor!

ZA Markus Schäfer
Manager in Health Care Systems
gmschaefer@t-online.de

Mit großem Interesse habe ich den Artikel von Prof. Staehle zur Reformdebatte im Gesundheitswesen gelesen. Ich war zunächst überrascht, dass eine solch differenzierte Sichtweise, die aktuellen standespolitischen Standpunkten entgegensteht, überhaupt Platz gefunden hat in der Ausgabe der zm.

Ich bin schon bislang davon ausgegangen, dass eine weitreichende Privatisierung des Gesundheitswesens keine Verbesserung der Situation herbeiführt, sondern das Gegenteil für viele Teile der Gesellschaft bedeutet. Ich bin Ihnen sehr dankbar für die Veröffentlichung dieses hochinteressanten und motivierenden Artikels.

Jakob Rosenbohm
Piusstr. 42
50823 Köln

Standardfrage

■ Zum Beitrag „Keine Wurzelkanalbehandlung ohne Kofferdam“ zm 7/2006 und Gegendarstellung in zm 9/2006:

... Stellungnahmen der DGZMK werden gerne bei der Suche von zahnärztlichen Standards herangezogen. Zahnärztliche Standards werden spätestens und vorwiegend dann gesucht, wenn sie strittig sind. Diese Streitigkeiten werden meistens vor einem Gericht ausgetragen. Derjenige, der diese Standards sucht und darlegen soll, ist der zahnärztliche Sachverständige als Gehilfe des Gerichts.

Wenn Stellungnahmen der DGZMK als Beschreibung von Standards angeführt werden und nicht als „best practice“, muss man rekapitulieren, was bedeutet Standard, auch im Hinblick auf die juristischen Implikationen. Der anerkannte juristische Maßstab ist von jeher – und nicht nur in der Medizin – der Durchschnitt. Universitätsniveau ist nicht Standard, und für alle Universitäten gilt nicht das besonders hohe Niveau des einzelnen Mehrkönners ...

Standard bezeichnet die Durchschnittsbeschaffenheit beziehungsweise das allgemeine Leistungs- oder Qualitätsniveau. Regelmäßig stellt sich also die Frage, wer bestimmt überhaupt den zahnärztlichen Standard? Die Sachverständigen vor Gericht, die oftmals eigene Vorstellungen favorisieren und die zu beurteilende Versorgungsstufe beispielsweise als Hochschullehrer manchmal gar nicht kennen? Oder wird der Standard bestimmt in den zahnärztlichen Praxen, die in Deutschland überwiegend unter vertragszahnärztlichen Rahmenbedingungen

tätig werden müssen? Die Berücksichtigung vertragszahnärztlicher Rahmenbedingungen führt über zu den Kosten, die das von der DGZMK gestellte Postulat auslösen. Jede endodontische Behandlungssitzung, bei der eine so genannte „Medikamentöse Einlage“ durchgeführt werden muss, erhöht sich im vertragszahnärztlichen Bereich hinsichtlich der Kosten um über 60 Prozent, wenn auch dabei das Anlegen von Kofferdam Standard sein sollte.

Ob nun ausschließlich Kofferdam angewandt werden muss, um vor dem Risiko der Aspiration beziehungsweise des Verschluckens von Endo-Instrumenten am „sichersten“ zu schützen, darf bezweifelt werden. Andere Techniken dafür sind mindestens genauso sicher.

Da in dem Artikel wiederholt amerikanische Quellen angeführt werden, sollte man auch die Zahlen für die Akzeptanz der Kofferdamisolierung bei endodontischer Therapie betrachten, die mit 50 Prozent für US-amerikanische Zahnärzte, 20 Prozent der schweizer Zahnärzte und acht Prozent bei den deutschen Zahnärzten angegeben werden. Da nur in Deutschland vertragszahnärztliche Zwänge, wie Wirtschaftlichkeitsprüfungen und nachfolgende Honorarregresse bei Überschreitung bestimmter Durchschnittszahlen, zu befürchten sind, scheinen aufgrund dieser Zahlen in den USA oder in der Schweiz weder ein pekuniäres Risiko noch eine Qualitätseinschränkung Gründe für die Nichtanwendung für Kofferdam bei der überwiegenden Zahl der Zahnärzte zu sein. Und Amerika und die Schweiz werden doch immer herausgestellt, wenn über qualitätsbewusste Zahnmedizin

ausgeführt wird. Diese Diskussion scheint für die meisten der deutschen Zahnärzte zumindest so lange nicht wichtig zu sein, bis sie selber betroffen sind.

*Dr. K. Oehler
Widukindplatz 5
49086 Osnabrück*



Dogmatisch, polemisch, unwissenschaftlich, ärgerlich. Selten wurde dem Kofferdam ein solcher Bärendienst erwiesen. Sicherlich ist es verständlich, ein Herzensanliegen mit Verve vorzutragen. Aber wollten wir nicht alle die Zahnmedizin im dritten Jahrtausend wissenschaftlicher, evidenzbasierter, nachvollziehbarer, qualitätsgesicherter machen? Wie die Autoren richtig bemerken, ist „es geht auch einfacher, das haben wir immer so gemacht“ nicht ansatzweise ein Argument in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Aber „das steht in allen Lehrbüchern und in allen Stellungnahmen der relevanten Fachgesellschaften“ ganz genauso wenig. Wollen wir nicht weg vom Augenschein, „gesunden Menschenverstand“ und Hörensagen? Noch vor zwanzig Jahren stand in allen relevanten deutschen Lehrbüchern, bei der Anwendung der Säureätzttechnik dürfe das Dentin nicht angeätzt werden, da der Kontakt der Säure zu den Dentinkanälchen logischerweise zu Nachbeschwerden und Pulpitiden führen würde. Seit diese Aussage wissenschaftlich ad absurdum geführt wurde, ätzen wir alle das Dentin und freuen uns über weniger Nachbeschwerden und verbesserte Haftung der Füllungen. Nur was mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden statistisch signifikant nachgewiesen ist, darf Bestand ha-

ben! Und in diesem Fall fehlt nicht nur, wie die Autoren selbst bemerken „die Evidenz auf höchster Stufe“, hier fehlt jedwede Evidenz – Zero! Es gibt keine vergleichende Untersuchung zur Kontamination von Wurzelkanälen mit pathogenen Keimen mit oder ohne Anwendung von Kofferdam, ebenso wenig wie Langzeitstudien zu den jeweiligen Erfolgsquoten. Wer so schwache Argumente auf seiner Seite hat, darf weder den Einsatz der von ihm propagierten Methode zwingend von allen fordern, noch von anderen verlangen, sie müssten erst einmal das Gegenteil beweisen. Indiskutabel ist natürlich ebenso der Einsatz billiger Polemik „Möglicherweise kommt als nächster Vorschlag die Renaissance der Silberstifte ...“ etc., was ja überhaupt nicht zur Debatte stand. Obwohl ... auch hier gibt es noch keine statistisch abgesicherte Vergleichsuntersuchung ...

*Dr. Peter Dünninger
Kulmbacher Straße 53
95213 Münchberg*



Die Ausführungen der Herren in diesem Artikel sind so überflüssig! Wer es nicht schafft, Speichelüberflutung bei WKB zu vermeiden, sollte vor allem seine Geschicklichkeit trainieren. Ich erreiche seit 40 Jahren (!) gute Langzeitergebnisse mit WBK ohne Kofferdam. Regelrecht lachen musste ich bei der möglichen Annahme der WK-Infektion über die Atemluft: Die Verfasser arbeiten dann wohl im Vakuum – oder was?

Auch habe ich in 40 Praxisjahren keine Aspiration oder Verschlucken vernommen. Es handelt sich also um ein äußerst seltenes Ereignis.

Auch verbietet sich Kofferdam im jugendlichen Gebiss: Meine Tochter (25 Jahre) hatte nach Anlegen von Kofferdam an Zahn 47 (für okkl. Füllung!) durch Prof. Dr. Merte höchstselbst (Leipzig, 2000/2001) noch zwei Wochen erhebliche Zahnfleischbeschwerden! Sie würde sich nie wieder in einer Uni-Klinik behandeln lassen.

*Dr. Agnes Renate Hempel
Brockenweg 6
38855 Wernigerode*



Foto: Hülsmann/Georgi



Zwei Zahnärzte eine Meinung? Normalerweise leider Fehlangeige. Nun könnte man meinen, unser Berufsstand würde unter dieser Vielschichtigkeit leiden – genau das Gegenteil ist der Fall. Kein Patient ist wie der andere und dementsprechend individuell müssen die Lösungen ausfallen. Das sollte nach meinem Dafürhalten die Zahnärzteschaft jedoch nicht davon abhalten, Qualitätsleitlinien zuzustimmen, in denen Standards für die tägliche Praxis vorgegeben werden. Abgesehen von forensischen Aspekten sind es gerade unsere Patienten, die einen nachweislich qualitätsorientierten Therapieansatz schätzen und einer Behandlung nach Gefühl und Wellenschlag gerne vorziehen.

In Ihrer Gegendarstellung fordern die Vertreter des Berufsverbandes der Allgemeinzahnärzte „keine Beschneidung der Therapiefreiheit ohne Evidenz“ und lehnen die Forderung nach dem grundsätzlichen Einsatz von Kof-

ferdam bei endodontischen Behandlungen, soweit von Georgi und Hülsmann in der Behandlungsrichtlinie der DGZMK für die Wurzelkanalbehandlung empfohlen, ab. Begründet wird diese Forderung mit einer mangelnden Evidenz, die dadurch augenscheinlich würde, das beispielsweise Keime aus der Atemluft in Wurzelkanälen noch nicht nachgewiesen wurden. Eigenartigerweise beeilen sich die Autoren Kau, Adam und Osswald, dem Leser zu versichern, dass „alle hier genannten Autoren Kofferdam verwenden“, bevor sie Georgi und Hülsmann – der Vorteilsnahme wegen – ihrer Tätigkeiten als Fortbildungsreferenten bezichtigen. Die weiteren Ausführungen der Vertreter des BVAZ geraten etwas länglich und lassen keinen klaren wissenschaftlichen Standpunkt erkennen, weswegen künftig Endo ohne Kofferdam stattfinden sollte.

Die saubere und ordentliche Behandlung unserer Patienten bildet nicht nur den Grundstein für eine erfolgreiche Praxis, sondern prägt auch ganz entscheidend das Bild unseres Berufsstandes in der Öffentlichkeit.

Zahnschmerzen sind und bleiben der Hauptgrund für einen Zahnarztbesuch, sie erfolgreich zu lindern, wird immer eine der vornehmsten Aufgaben der Zahnärzteschaft sein. Zugleich zeigt die Erfahrung, wie oft genau jene Zahnschmerzfreie zu den treuesten Patienten werden und einmal Vertrauen gefasst auch vermeintlich lukrativere Behandlungen vereinbaren. Der Kofferdam in der Endodontie ist hierbei keine Frage, sondern eine echte Unterstützung. Evidenzbasiert statt „eminenzbasiert“ fordern Kau, Adam und

Osswald vollkommen berechtigt. Leider muss diese Diskussion in Sachen Kofferdam und Endodontie in eine Sackgasse führen. Dazu konnte in überwältigend vielen Beispielen aus dem Behandlungsalltag gezeigt werden, wie dieses grüne Wunderwerk die Herausforderung im Wurzelkanal zu einer lösbaren Aufgabe macht. Was will man mehr an „praktischer Evidenz?“

*Dr. Wolfgang Gerner
willkommen@zahnblog.de*



Wir haben uns angewöhnt, an alles mit einem absoluten, möglichst wissenschaftlich untermauerten Maßstab heranzugehen, und das führt zur schizophrenen Situation von Parallelwelten (die sich erst in der Unendlichkeit treffen): hier Theorie, da Praxis. Der Fachmann kann so hübsch polemisieren und hat die Lacher auf seiner Seite, gegen die angeführten Argumente ist ja auch nicht zu argumentieren, aber gleichzeitig ist das alles völlig weltfremd.

Aber zur Endodontie:

- Ja, man kann Instrumente verschlucken, aber, wann kommt das vor?

- Ja, Kofferdam schützt den Behandler vor Infektionen, aber wie oft kommen solche Infektionen überhaupt vor? Das ist doch schon gegenwärtig unter mehr oder minder konsequenter Nicht-Verwendung von Kofferdam keine relevante Größe?

- Mag sein, dass im Tierversuch an keimfreien Tieren auch eine erwachsene Pulpa vital reagiert und sich abschottet, aber wie oft ist Ihnen das als perfektem Endodontisten schon beim erwachsenen Mitbürger vorgekommen, und welche Relevanz hatte das für die langfristige Zahngesund-

heit des betreffenden Patienten?

- Ja, grundsätzlich kann jeder bei der Nicht-Verwendung von Kofferdam eingeschleppte Keim einen Infekt auslösen, aber wie relevant ist dieses Problem, wohl-gemerkt nicht am keimfrei gehaltenen Versuchstier, sondern in der bundesrepublikanischen Bevölkerung?

Aus dem Alltag gefragt, und zwar weniger nach dem Motto „das haben wir immer schon so gemacht“ und so weiter, als in pessimistischer Sicht auf die real existierende Gegenwart: Könnte man sich nicht folgendermaßen einigen?

Man führt vor dem Aufstellen von Richtlinien für eine wunderschöne Perfektversorgung, die ganz offenbar auf breitester Front nicht eingehalten werden, zunächst – auf welchem Wege auch immer – das verbreitete Einhalten wenigstens gewisser Grundforderungen herbei (Abfüllen bis zum Apex, und zwar wandständig). Das dürfte der Volksgesundheit bereits in weit größerem Maße zugute kommen als das gegenwärtige, schizophrene Prozedere.

Und wenn dann alle Wurzelkanäle perfekt bis zum Apex gefüllt sind, der koronale Anteil des Zahnes sicher kariesfrei und langfristig versorgungstragend stabil ist, der Zahn auch keine Ramifikationen aufweist und auch nicht längs gespalten ist, und wenn uns vor allem dann noch eine nennenswerte statistikrelevante Problematik mit dentogenen Infektionen plagt, dann wäre es sicher schön, wenn die Ergebnisse weiter verbessert würden mittels strikt eingehaltener Anwendung von Kofferdam.

*Dr. Dr. Stephan Schlesinger
Schlossstr. 111
12163 Berlin*

Diskussion um Praxisgebühr

Fünf Euro pro Arztbesuch

Um drohende Beitragssatzsteigerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen abzuwenden, überlegt die große Koalition nach Informationen der „Welt“ Veränderungen bei der Praxisgebühr. Patienten würden dann nicht mehr zehn Euro pro Quartal, sondern fünf Euro pro Arztbesuch zahlen. Dadurch bekämen die Krankenkassen kurzfristig mindestens eine Milliarde Euro zusätzlich. Das BMG dementierte den Bericht als „Unsinne“. Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt hingegen begrüßte

die Idee. Ins Gesundheitssystem müsse mehr Eigenverantwortung Einzug halten. Leistungen sollten nur nachgefragt werden, wenn sie tatsächlich erforderlich seien, so Hundt gegenüber der „Neuen Osnabrücker Zeitung“.

Sozialverbände und Gewerkschaften kritisierten den Vorschlag. Der Präsident des Sozialverbands Deutschland, Adolf Bauer, bezeichnete Hundts Vorschlag als ein „Horrorzenario für alte und chronisch kranke Menschen“. ck/sth/dpa



Foto: MEV

Versorgungsforschung

Deutsches Netzwerk gegründet

Das „Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung“ (DNVF) ist Anfang Mai in Berlin gegründet worden. Ziel des Zusammenschlusses ist es, die Vernetzung von Wissenschaft und Praxis in der medizinischen Versorgung weiter zu fördern.

Das DNVF ist aus der „Ständigen Kongresskommission des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung“ entstanden, die hinter den seit 2002 stattfindenden Kongressen zur Versorgungsforschung steht. Darin sind insgesamt 33 sowohl medizinische auch gesundheitswissenschaftliche Fachgesellschaften

beteiligt. Hauptaufgabe des DNVF ist es, die etablierte Kongressreihe weiterzuführen. Zudem soll an forschungspolitischen Aktivitäten angeknüpft und inhaltliche Akzente gesetzt werden.

Das interdisziplinäre Netzwerk steht allen Institutionen und Arbeitsgruppen offen, die mit der Sicherung der medizinischen Versorgung unter wissenschaftlichen, praktischen oder gesundheitspolitischen Gesichtspunkten befasst sind. Damit soll, so die Initiatoren, ein Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis erfolgen. pr/pm

EU und Medizinprodukterichtlinie

Argumente gegen Bürokratisierung

Die Bundeszahnärztekammer hat Gespräche mit einzelnen EU-Parlamentariern geführt, um zu klären, welche europäischen Regelungen im Sinne einer Entbürokratisierung vermieden oder umformuliert werden sollten. Konkret übten die BZÄK-Vertreter Kritik an den geplanten Veränderungen der Medizinprodukterichtlinie. Besonders im Visier ste-

dizinprodukte-Betreiberverordnung durch und machen dem



Foto: PhotoDisc

hen hier geplante erweiterte Dokumentationsverpflichtungen bei der Herstellung von so genannten Sonderanfertigungen. Diese, wie auch andere Regelungen schlagen von der EU-Richtlinie auf das Medizinproduktegesetz und letztendlich auf die Me-

Praxisinhaber unnötigerweise das Leben schwer. Selbst wenn nur ein Teil der Einsprüche Berücksichtigung finden sollte, hätte sich der Aufwand dieser präventiven Gespräche für die Zahnärzteschaft gelohnt, hieß es bei der BZÄK. BZÄK

Kommentar

Viel versprechend

Ein neues Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung – braucht man das wirklich oder ist das wieder einmal – mag man sich denken – so ein rein wissenschaftlicher Verein ohne Bezug zur Realität? Fest steht: Hier haben sich 33 medizinische wie gesundheitswissenschaftliche Fachgesellschaften zusammengetan, um interdisziplinär zu arbeiten und Wissenschaft und Praxis zu verbinden. Zugegeben, das ist noch nicht so viel, doch es ist der Beginn einer breiten fachlichen Diskussion. Es tut sich was in der Versorgungsforschungs-

landschaft in Deutschland. Der Ansatz, der im Ausland schon lange gang und gäbe ist, fasst auch hier allmählich Fuß. Und wird auch ganz allmählich, aber stetig von der Wissenschaft in die Praxis heruntergebrochen. Der Prozess steckt zwar noch in den Kinderschuhen, aber er wird langfristig zu einem veränderten Verhältnis zwischen Arzt und Patient führen – hin zu mehr Information, Kommunikation, interdisziplinärem Vorgehen und Eigenverantwortung. Und das ist viel versprechend.

Gabriele Prchala

Schmidt zu Kassenbeiträgen

Arbeitgeber bleiben in der Pflicht

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) will die Arbeitgeber nicht „aus ihrer Mitverantwortung für das Gesundheitswesen entlassen“. Der Vorschlag, den Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung einzufrieren „birgt in sich die Gefahr, dass man einen wichtigen Bündnispartner in der Frage Bezahlbarkeit des Gesundheitswesens verliert“, sagte Schmidt dem Deutschlandfunk. Heute hätten die Arbeitgeber ein Interesse daran, dass die Kosten nicht stei-

gen, „und sie haben das Interesse daran, weil eben jede Steigerung der Kosten auch zu Steigerungen der Belastung des Faktors führt.“

Die Ministerin versicherte, es gebe derzeit keine Überlegungen, die Praxisgebühr auf fünf Euro pro Arztbesuch anzuheben. „Das ist nicht angesprochen, das ist auch nicht angedacht. Und ich hielte es auch für etwas, was unsinnig wäre, weil es keine Steuerungseffekte hätte.“

ck/dpa

Fakultätentag

Ja zur Approbationsordnung

Die Präsidialkommission des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland hat zur „Zukunft und Entwicklung der Zahnmedizin“ in einer mehrstündigen Sitzung Anfang Mai den vorliegenden Entwurf einer neuen Approbationsordnung für Zahnärzte nach kritischer Würdigung in dieser Form zur Kenntnis genommen. Neben zahlreichen Professoren der Me-

dizin und der Zahnmedizin waren zu dieser Sitzung auch BZÄK-Präsident Weitkamp sowie Vertreter der zahnmedizinischen Studentenschaft geladen.

„Nach sehr kritischer und bis in alle Details gehender Auseinandersetzung mit dem Entwurf ist damit ein weiterer Schritt getan für eine zügige Weiterbehandlung auf Ebene der Politik“, stellte Weitkamp fest. BZÄK

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Sicherstellungsauftrag nicht abgeben

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt die in einem Gesetzentwurf zur Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit festgehaltenen Vorschläge grundsätzlich. Eine mögliche Übertragung des Sicherstellungsauftrags an andere Institutionen lehnt sie dagegen ebenso ab wie die Entkoppelung des Vertragsarztrechts vom Berufsrecht.

Das geht aus einer Pressemitteilung der KBV hervor. Außerdem sollte nach Auffassung der KBV die ärztliche Honorarreform um höchstens ein Jahr verschoben werden.

Die Ärzteorganisation hält an einigen Stellen ergänzende Regelungen für notwendig, beispielsweise bei der Anstellung von Ärzten und deren Tätigkeit an weiteren Orten. ck/pm

Geänderte Berufsbezeichnung**Medizinische Fachangestellte**

Am 1. August 2006 wird die alte Ausbildungsordnung zur Arzthelferin durch die Novellierung zur Berufsausbildung Medizinische Fachangestellte / Medizinischer Fachangestellter ersetzt. An der Erarbeitung hat der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen e. V. (BdA) federführend mitgewirkt. Ein neuer inhaltlicher Schwer-

punkt wurde zum Beispiel im Bereich Prävention gesetzt. Themen wie Gesundheitsvorsorge, Früherkennung von Krankheiten und die Gesundheitsförderung sind verstärkt in die neue Ausbildungsordnung aufgenommen worden. Eine wichtige Rolle spielen die Bereiche Hygiene, Arbeitsschutz und Notfallmanagement. Gleichzeitig soll erreicht werden, dass die Medizinischen Fachangestellten in die Lage versetzt werden, die Patienten personenorientiert und situationsgerecht zu betreuen und zu beraten. Weitere Neuerungen ergeben sich aus den veränderten Versorgungsstrukturen und Rahmenbedingungen im ambulanten Gesundheitswesen. In den Berufsschulen wird der Fachunterricht durch Lernfelder abgelöst und die Ausbildung im Arztbetrieb wird handlungs- und prozessorientiert.

pr/pm



Foto: CC

Proteste in Warschau**Ärzte fordern 30 Prozent Gehaltserhöhung**

Mehr als 2000 Ärzte und Krankenschwestern aus ganz Polen haben in Warschau für eine Erhöhung ihrer Gehälter demonstriert. Wie ihre streikenden Ärztekollegen in Deutschland fordern sie eine 30-prozentige Anhebung ihrer Bezüge. „Mehr Geld, oder wir wandern aus“, hieß es auf Transparenten der Mediziner in Warschau. Von der Innenstadt machte sich der Demonstrationzug auf zum Parlament. In vielen polnischen Krankenhäusern gab es am Protest-

tag nur einen Notdienst, Patienten ohne ernsthafte Erkrankungen wurden nach Hause geschickt. Ärzte und Pflegepersonal in staatlichen Kliniken Polens klagen seit Jahren über ihre Gehälter, die deutlich unter denen ihrer westeuropäischen Kollegen liegen. Seit dem EU-Beitritt Polens sind bereits tausende Ärzte und Krankenschwestern nach Großbritannien, Irland oder Schweden gegangen, wo sie bessere Arbeitsbedingungen finden.

pr/dpa

Bundesagentur für Arbeit**Überschuss erlaubt Beitragssenkung**

Unerwartet hohe Überschüsse erlauben der Bundesagentur für Arbeit (BA) kurzfristig nun doch die Beitragssenkung zur Arbeitslosenversicherung um einen Prozentpunkt. Nach einer ersten Hochrechnung sei für 2006 mit einem Plus von 4,5 Milliarden Euro zu rechnen. Dies reiche für die von der Regierung geforderte Senkung aus, sagte BA-Manager Raimund Becker in Nürnberg.

Insgesamt plant das Kabinett von 2007 an eine Senkung des Beitragsatzes zur Arbeitslosenversicherung um zwei Prozentpunkte auf dann 4,5 Prozent. Die Hälfte soll nach Regierungsvorstellungen durch Überschüsse und Einsparungen der BA finanziert werden. Zur Red-

uzierung um einen weiteren Punkt sollen Mittel aus der geplanten Erhöhung der Mehrwertsteuer verwendet werden. Bisher ging die BA-Führung davon aus, dass sie lediglich 0,75 Prozent zu der Senkung beitragen könne.

ck/dpa



Foto: bund.de

Transparency International**Viel Korruption im Gesundheitswesen**

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen laut Transparency International Deutschland (TI) jährlich acht bis 24 Milliarden Euro durch Korruption und Betrug verloren, schreibt das Deutsche Ärzteblatt. „Wenn wir die Einfallsschleusen für Korruption und Betrug schließen würden, käme man mit dem vorhandenen Budget im Gesundheitswesen zurecht“, sagte Gabriele Bobjung von der Anti-Korruptionsorganisation in Berlin. Eine Hauptursache für die Anfälligkeit des Gesundheitswesens sei die verästelte Struktur aus BMG, Landesministerien, KVen, Kammern und Krankenkassen. Hier

habe sich ein „Wildwuchs an Funktionärsherrschaft“ entwickelt. In einer Gesundheitsreform müssten die Verantwortlichkeiten zentralisiert werden, forderte TI-Vorstandsmitglied Anke Martiny. Kritik äußerte Transparency zudem an der Pharmaindustrie: 92 Prozent der seit 1990 entwickelten neuen Substanzen seien Scheininnovationen, die mit hohem Werbeaufwand in den Markt gedrängt würden. TI forderte verschärfte Gesetze bei Studienfälschungen und -manipulationen, werblichen Falschaussagen sowie der Registrierung gesponserter Studien.

ck/DÄB

Europaparlament

Einschränkung von Gesundheitswerbung

Die Nahrungsmittelindustrie in der EU darf in Zukunft nicht mehr mit falschen Versprechen für ihre Produkte werben. Das



Foto: PixelQuelle.de

Europaparlament stimmte in Straßburg nach jahrelangem Streit zwischen Verbraucherschützern und Werbewirtschaft

für eine Einschränkung gesundheitsbezogener Werbung. Gesundheitsbezogene Werbeaussagen auf Packungen wie „Schokoriegel mit Calcium gut für die Knochen“ sind nur noch erlaubt, wenn sie auch wissenschaftlich belegt sind. Markennamen wie „Slimfast“ (schnell abnehmen), wo der Name bereits Werbung ist, dürfen nach einer Übergangszeit von 15 Jahren verboten werden. So genannte risikobezogene Aussagen, wie „reduziert Herzinfarktgefahr“, müssen sogar ein Zulassungsverfahren durchlaufen. ck/dpa

BZÄK

Homepage erweitert

Die zunehmende Bedeutung der EU-Entwicklungen und -Entscheidungen für die nationale Gesetzgebung im Gesundheitswesen hat die BZÄK veranlasst, ihre Internet-Homepage (<http://www.bzaek.de>) um die Rubrik „Europa / Internationales“ zu erweitern. Hier finden sich Arbeitsergebnisse des Brüsseler Büros der BZÄK ebenso wie nützliche Links und Hintergrundinformationen.

Außerdem wurde eine Rubrik „Soziale Projekte“ geschaffen, in der das gesellschaftliche Engagement der Zahnärzteschaft dokumentiert ist. BZÄK

NICE, HAS und IQWiG

Zusammenarbeit vereinbart

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird in Zukunft mit seinem französischen und britischen Pendant zusammenarbeiten. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), die Haute Autorité de Santé (HAS) und das IQWiG haben vereinbart, sich regelmäßig über ihre Erfahrungen auszutauschen, ihre Methoden gemeinsam weiterzuentwickeln und ihre Forschungsergebnisse wechselseitig zu nutzen, teilte das IQWiG mit. sth/pm

KZBV-Kostenstrukturerhebung für das Jahr 2005

Aufruf zur Mitarbeit

Wie in den vergangenen Jahren führt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung auch für das Jahr 2005 eine bundesweite Kostenstrukturerhebung in zahnärztlichen Praxen durch, um zuverlässige Aussagen über die Entwicklung betriebswirtschaftlicher

Parameter treffen zu können. Gerade in den letzten Jahren ist die Bedeutung einer soliden Datengrundlage für die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rahmenbedingungen besonders ersichtlich geworden. Dies zeigte sich insbesondere bei der aufgrund gesetzlicher Bestimmungen durchgeführten Neubewertung zahnärztlicher Leistungen im Jahre 2004 und der Umgestaltung des Zuschussystems

beim Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2005. Darüber hinaus ist die KZBV bis zum 30.09. eines jeden Jahres gesetzlich verpflichtet, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen im Rahmen der Regelversorgungen beim Zahnersatz mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu vereinbaren.

Die KZBV als Gremium der berufsständischen Selbstverwaltung ist auf die Mitarbeit der Zahnärzte angewiesen. Deshalb werden die Zahnärzte nachdrücklich gebeten, ihre Verantwortung wahrzunehmen und den Fragebogen zu beantworten.

Die Einkommensdiskussion in der Öffentlichkeit wird immer wieder von veralteten und die wirtschaftliche Situation der

Zahnärzte falsch widerspiegeln. Insbesondere im Hinblick auf die in nächster Zukunft anstehenden Reformen des Gesundheitswesens gilt es daher, gegenüber dem Gesundheitsministerium, den Krankenkassen und der Öff-

fentlichkeit diesen Fehlinformationen hieb- und stichfeste Daten über die tatsächliche Situation entgegenzusetzen. Darüber hinaus kommt dem Nachweis der steigenden Praxiskosten besondere Bedeutung zu. Die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturerhebung liefern zudem wertvolle Informationen für die notwendigen Vertragsgestaltungen in den einzelnen Ländern.

Zusätzlich liefern die Ergebnisse der KZBV-Kostenstrukturerhebung wertvolle Informationen für verschiedene Aufgabenstellungen, sei es zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen von Zahnärzten (zum Beispiel die Ermittlung von Verdienstausschlag im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten) oder zur Erstellung von Daten für Betriebsvergleiche der Zahnarztpraxen.

In die Erhebung einbezogen wurde ein repräsentativer Querschnitt der in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzte, wobei die Auswahl der Zahnärzte nach dem Zufallsprinzip erfolgte.

Die Erhebungsunterlagen werden in diesen Tagen von der KZBV an die zahnärztlichen Praxen versandt. Die Beteiligung an der Erhebung ist freiwillig, jedoch hängt die Aussagekraft wesentlich davon ab, dass möglichst alle Befragten antworten. Der Vorstand der KZBV

bittet daher alle Zahnärzte, die einen Fragebogen erhalten, diesen zu beantworten und ohne Absenderangabe an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung – Statistik – zurückzuschicken.

Die Anonymität der Einzeldaten und die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende Verarbeitung sind gewährleistet. Insbesondere wurden die Namen und die Anschriften der ausgewählten Zahnärzte nicht gespeichert. KZBV

Krankenkassen

Leitfaden zur Prävention

Einen aktualisierten Leitfaden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen herausgegeben. Darin werden diese Leistungen und entsprechende Anforderungen und Qualitätskriterien für die Anbieter vor Ort niedergelegt. Die Maß-

bewältigung und Suchtmittel gesehen. Der Ausschuss begrüßt, dass die Reduzierung so-



Foto: Dynamic Graphics

nahmen sind auf die Vorbeugung der in der Bevölkerung verbreitetsten Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Muskel-Skelett-Krankheiten, bösartige Neubildungen und Depressionen, ausgerichtet. Die Mitglieder des BZÄK-Ausschusses Präventive Zahnheilkunde vertreten die Auffassung, dass sich die Inhalte dieser Publikation an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin orientieren und einen modernen gesundheitswissenschaftlichen Ansatz verfolgen. Schnittstellen zur Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde werden insbesondere in den Bereichen Ernährung, Stress-

zial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen und die Ausrichtung der Präventionsmaßnahmen und Interventionen speziell auf sozial benachteiligte Personengruppen, einen besonderen Stellenwert in der Publikation einnehmen. pr/BZÄK

■ **Der Leitfaden ist erhältlich unter <http://www.g-k-v.com/media/Pressemitteilungen/Leitfaden2006-mit-Deckblatt.pdf>**

20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung

Lebensstil und Zahngesundheit

Rund um die ästhetische Zahnheilkunde drehte sich ein Teil der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) in Mainz. Über 600 Zahnärztinnen und Zahnärzte waren in die älteste Römerstadt Deutschlands am Rhein gereist, um dort ihr Wissen zu vertiefen und kollegialen Austausch zu erfahren. Neben der Ästhetik nahm das Thema Lebensstil einen großen Part der Hauptvorträge ein, aus denen Wissenswertes für die Umsetzung für die Praxis an dieser Stelle berichtet wird. Ein Festvortrag zum Thema, der von Kardinal Lehmann, Mainz, gehalten wurde, rundete das Tagungsthema mit einer theologisch-philosophischen Betrachtungsweise ab.

Alle Beiträge sp

Diasthema mit Komposit schließen

Ein leichtes primäres Diasthema kann ohne weiteres mittels Komposit geschlossen werden. Die bislang übliche Behandlung mit Veneers ist, wenn die Zähne kariesfrei sind, obsolet. Das sagte Professor Dr. Hans Jörg Staehle, Heidelberg, anlässlich seines Vortrages.

Nur in ganz besonderen Fällen soll kieferorthopädisch behandelt werden, zum Beispiel dann, wenn durch den Lückenschluss Platz für den Zahnbogen und



Foto: Junk

noch nachfolgende Zähne geschaffen werden muss. Gerade im Erwachsenen gebiss würde der kieferorthopädische Lückenschluss zwischen 11 und 12 beziehungsweise 21 und 22 eine neue Lücke hervorrufen, was dann sowieso mittels Komposit korrigiert werden müsste.



Foto: Wikipedia

Diabetes als große Gesundheitsgefahr

40 Prozent der über 55-jährigen leiden heute bereits an einem Prädiabetes, so zitierte Prof. Weber die KORA-Studie in seinem Vortrag. Damit sei abzusehen, dass der Diabetes mellitus bereits in wenigen Jahren epidemiologisch stark ansteigen und somit zur Volkskrankung werde.

Raucher sterben zehn Jahre früher

Rauchen verkürzt die Lebenserwartung um durchschnittlich sieben bis zehn Jahre, wie Dr. med. Sabine Ludt, Heidelberg, sich in ihrem Vortrag zum

Thema Lebensstil und Allgemeingesundheit ausdrückte. Als Minimalforderung für einen gesunden Lebensstil sei eine 30-minütige moderate Aktivität drei Mal pro Woche inzwischen bewiesen, so die Gesundheitswissenschaftlerin. Radfahren zur Arbeit oder schnelles Walken kämen ihrer Meinung nach bereits

der Gesundheit zugute. Beide stellen für Herz- und Kreislauf sowie Gelenke keinerlei weitere Belastung dar, so dass auch ältere Menschen diese Bewegungsrituale in ihren Alltag einbauen können. Das abendliche Glas Wein jedoch müsse, so die Ärztin, reflektiert werden.

Die aktuellen Grenzwerte für Alkohol betragen bei Männern 20 Gramm/die, für Frauen seien sie sogar halbiert. Zehn Gramm reiner Alkohol entsprechen einem Glas Weißwein!

Dicke Bäuche leben gefährlich

Wer um die Rumpfmittle Speck ansammelt, wird Gefahr laufen, in den kommenden Jahren an einem Diabetes zu erkranken. Diese Behauptung stellte der Endokrinologe Prof. Dr. Matthias M. Weber, Mainz, auf und berichtete von aktuellen Studien über das so genannte Metabolische Syndrom. Er erklärte den Pathomechanismus, der hinter dieser Insulinresistenz steckt und wies darauf hin, dass bereits Bauchumfang von 80 Zentimetern

(cm) bei Frauen und 94 cm bei Männern grenzwertig seien. Er empfahl, einen bewussten, fettfreien und vor allem bewegungsintensiven Lebensstil für alle Betroffenen. Patienten mit einem ausgeprägten Metabolischen Syndrom könne heute mit Medikamenten geholfen werden, die seit kurzem im Handel sind (wie Arcabose und Metformin).

Interdentalreinigung individuell gestalten

Patienten sollte ein größeres Angebot an Interdentalreinigungsgeräten, wie Bürste, Seide, Floss und mehr, gezeigt werden. Es ist sinnvoll, den Patienten selbst aussuchen zu lassen, mit welcher Reinigungsmethode er am besten zurecht kommt. Trotzdem sollte ihm vermittelt werden, dass eine Interdentalbürste, möglichst mit dreieckiger Anordnung der Borstenbüschel, auch in konvexe Approximalräume gelangen kann, die Zahnseide jedoch nicht. Diese sind gerade bei freiliegenden Wurzeln häufig anzutreffen und bieten trotz akribischer Säuberung mit anderen Reinigungsmethoden Retentionsstellen für Plaque, so Prof. Staehle.



Foto: Galba

Jugendliche trinken sich krank

Alco-Pops schaden den Zähnen

Der überraschend hohe Anstieg der Karieserkrankungen vor allem bei Jugendlichen zwischen 14 und 16 Jahren lässt die Alarmglocken bei Zahnärzten und

Zähne an und demineralisieren sie. In der Folge treten – insbesondere auf den Kauflächen, in den Zahnzwischenräumen und an den Zahnhälsen – Erosionen



Foto: DAK

Krankenkassen klingeln. Die Hauptursachen dafür sehen Experten in der Mischung aus einer ungesunden Ernährung (Fast Food), dem pubertätsbedingten Nachlassen von Zahnpflege aber auch im steigenden Konsum von zucker- und säurehaltigen Softdrinks und Alkoholgetränken, so genannten Alco-Pops.

Schon seit einigen Jahren auf dem Markt, liegen diese Getränke nach wie vor ungebrochen bei Jugendlichen im Trend. Obgleich sie höher besteuert und deswegen weniger verkauft worden sind als in den Jahren davor, werden sie von Jugendlichen zunehmend selbst gemischt und nach wie vor gerne konsumiert. Das Geheimnis der Alco-Pops: Man schmeckt den Alkohol nicht. Erfahrungen mit Alkohol gehören zur Pubertät.

„Alco-Pops schädigen die Zähne wesentlich intensiver als zum Beispiel Wein, denn die süßen, alkoholhaltigen Modegetränke enthalten – wie auch normale Softdrinks ohne Alkohol – sehr viel Säuren, insbesondere Zitronensäure. Diese greifen die

(die Entkalkung der Zähne) verbunden mit Karies auf. Werden Alco-Pops mit Strohhalm getrunken, verlängert sich die Einwirkzeit der Säuren und die Zahnschäden werden verstärkt“, erklärt Dr. Herbert Michel, der Vorsitzende der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheits e.V., ein Zusammenschluss der Krankenkassen und Zahnärzte in Bayern.

Neben den Alco-Pops sind insbesondere Softdrinks (auch Cola-haltige) wegen ihres Gehalts an Phosphor- und Zitronensäure zahnschädigend. Vor allem, wenn man die Softdrinks über den Tag verteilt nebenbei trinkt, kann es zu dramatischen Zahnerstörungen kommen. Was viele nicht wissen: Auch Light-Getränke sind kariogen! Egal, ob mit oder ohne Zucker zubereitet, sind es vor allem die Säuren, die den Zahn direkt schädigen. Eine Verdünnung mit Wasser verringert die Gefahr fast nicht, unterstützte auch Prof. Dr. Brita Willershausen kürzlich bei einer Veranstaltung in Mainz diese Aussage. sp/pm

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG)

Kritik schafft Bewegung

Zu mehr Freiheit und Flexibilität wollte die Koalition den Medizinern bei der Arbeit verhelfen. Ein guter Plan, den bestimmt jeder Arzt in diesem Lande nahezu blind unterschreibt. Allerdings: Mit dem ersten Gesetzesentwurf wäre es nicht dazu gekommen. Im Gegenteil: Chaos in der Abrechnung und verunsicherte Patienten wären die Folge gewesen. Noch immer ist im Ergebnis längst nicht alles positiv: Das VÄG gefährdet weiterhin massiv die Freiberuflichkeit. Doch die Kritik der Zahnärzte fiel offenbar auf fruchtbaren Boden – zumindest soll das Gesetz jetzt entschärft werden.

Eine Liberalisierung und Flexibilisierung des ärztlichen Berufsrechts hatten die Berliner Politiker im Sinn. Starre Strukturen sollten aufgeweicht, neuen gesellschaftlichen Entwicklungen damit Rechnung getragen werden. Was viel versprechend klingt, drohte jedoch um ein Haar zu misslingen.

Ursprünglich wollte die Regierung

■ auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zulassen, in denen nur Zahnärzte beschäftigt sind, und nicht mehr daran festhalten, dass Ärzte fachübergreifend eingestellt werden

■ „überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften“ erlauben, ohne Mitspracherecht von KZBV und KZVen

■ gestatten, dass Zahnärzte in mehreren Praxen und außerhalb ihres KZV- und Kammerbezirks arbeiten dürfen, ebenfalls ohne Abstimmung mit KZBV und KZVen

■ ermöglichen, dass Mediziner in Zukunft angestellt und Teilzeit arbeiten können

■ beim lokalen Versorgungsbedarf zum Teil staatlich eingreifen

■ dass die KZVen künftig die Praxisgebühr eintreiben und auch für das Mahn-

verfahren zuständig sind

■ die Altersgrenzen in unterversorgten Gebieten lockern

■ die GOZ-Vergütungsabschläge im Osten aufheben.

Freiberuflichkeit: Angriff noch nicht abgewehrt

Ein Katalog mit zum Teil gravierenden Folgen für die Zahnärzteschaft. Geht das Gesetz in Reinform durch – nicht weniger als die Freiberuflichkeit steht auf dem Spiel.

Zwar ist eine Liberalisierung der Berufsausübung zu begrüßen, in dem Sinne, dass der Zahnarzt mehr als bislang Synergieeffekte in der Gemeinschaftspraxis nutzen und flexibel auf veränderte Bedarfsstrukturen reagieren kann. Allerdings bedeutet „Liberalisierung“ mitnichten völlige „Freigabe“.

„Der Freie Beruf meint Freiheit als eigenes Handeln und Gestalten anstelle staatlicher Einrichtungen“, führt Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, aus. „Die Freiheit, die eigenen beruflichen Belange selbst in die Hand zu neh-

zm-Info

Gesundheitsexperte Zöller bei den Zahnärzten zu Gast

Am 10. Mai hatte die KZV Berlin auf ihrer KZBV-Beiratssitzung hohen Besuch: Auf Einladung der KZBV nahm Unionsfraktionsvize und Gesundheitsexperte Wolfgang Zöller Stellung zum geplanten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG). Zöller, neben Gesundheitsministerin (SPD) Ulla Schmidt maßgeblich an den Reformverhandlungen beteiligt,

versicherte, dass Bedenken und Anregungen seitens der Zahnärzteschaft in den Gesprächen um das VÄG auf offene Ohren stoßen.

Zugleich betonte er das Ziel der Union, mit dem VÄG ein Gesetz zu schaffen, das den Heilberuflern im Beruf neue Möglichkeiten bietet statt sie zu behindern.

Bestehende Unklarheiten wolle man deshalb unbedingt ausräumen und genauer regeln, insbesondere die Rahmenbedingungen für die MVZ. Auch die Bedarfsplanung im zahnärztlichen Bereich müsse diskutiert werden: Sie sei „überflüssig wie ein Kropf“.

Was die Praxisgebühr angeht, so wolle Zöller die Anregung der KZBV gerne aufnehmen, das Mahnverfahren bei den Kassen zu belassen: „Warum eine Regelung schaffen, wo es keiner bedarf!“

Dringendes Handlungsgebot gebe es aber beim Thema Unterversorgung – Maßnahmen, die dieses Problem lösen, müssten aus dem Grund zügig umgesetzt werden.

Ein Gesetz, das de facto das Arzt-Patienten-Verhältnis aushöhlt und die Freiberuflichkeit unterminiert, sei mit der Union indes nicht zu machen. Anmerkung der Redaktion: Zöller hielt in vielem Wort – die Union nahm die Kritik der Zahnärzte auf und brachte grundlegende Änderungen in den Gesetzesentwurf ein. ■

Kurzer Austausch zu Dritt, dann geht es ins Plenum: KZBV-Chef Dr. Jürgen Fedderwitz (l.) und KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eßer (r.) mit Wolfgang Zöller (m.) im Haus der KZV Berlin.



Foto: Lopata

Politik nimmt Vorschläge der Zahnärzte auf

Vorschläge, wie man das Berufsrecht im Rahmen der Berufsordnung liberalisieren kann, hatten KZBV und BZÄK bereits vorgelegt. Wichtige Punkte will der Gesetzgeber davon nun berücksichtigen. Das VÄG soll

- das Merkmal „fachübergreifend“ bei der Gründung von MVZ wieder aufgreifen
- den KZVen mehr Entscheidungsgewalt einräumen, sodass diese zahnärztliche Belange selbst regeln können und damit
 - die freiberuflichen und wohnortnahen Versorgungsstrukturen erhalten
 - verhindern, dass der Zahnarzt umherzieht
 - an der Präsenzpflcht des Zahnarztes am Vertragssitz festhalten
 - gewährleisten, dass MVZ und freiberufliche Praxen gleichbehandelt werden
 - Praxisketten verhindern

men, ist mit der Verpflichtung verbunden, für das Gemeinwohl einzustehen.“

Insgesamt spreche das Gesetz der Kammer die Hoheit ab, zahnärztliche Belange, wie etwa Formen der Zusammenarbeit, selbst zu regeln. Auch das Thema Altersgrenzen, so Weitkamp, werde nur halbherzig angegangen. Obendrein konterkariere der Entwurf die Musterberufsordnung: Dort steht, dass die Berufsausübung des selbstständigen Zahnarztes grundsätzlich an einen Praxissitz gebunden ist.

Der erste Entwurf bestreitet zudem den gesetzlichen Auftrag, nämlich die Pflicht des Zahnarztes, die ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten sicherzustellen. „Wenn der Zahnarzt in zig Praxen und verschiedenen KZV-Bezirken tätig sein kann, ohne vorab die Zustimmung der betreffenden KZVen einzuholen, kann man weder eine flächendeckende Versorgung gewährleisten noch generell im Sinne des Patienten planen und handeln“, warnte auch der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Im Gegenteil: Diese Regelung hätte den Patientenschutz eher ausgehöhlt. Genauso die Absicht, in Zukunft „übergeordnete Berufsausübungsgemeinschaften“ ohne Einfluss von KZBV und KZVen zuzulassen. „Eine solche Regelung hätte Praxisketten begünstigt“, so Fedderwitz. Zu konkret war

die Gefahr, dass dadurch die freiberuflichen Praxen aus der Versorgung verdrängt werden. „Das Horrorszzenario wären Verhältnisse wie in Übersee, wo die Praxen zum Teil wie Supermärkte aufgezogen sind.“ Weitkamp ergänzt: „Eine unbegrenzte Ausweitung der Berufsausübung an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Kooperationsmöglichkeiten stellt grundsätzlich das System der vertragszahnärztlichen Versorgung durch den Freiberufler infrage.“ Grund für die Zahnärzte, auf Änderungen im VÄG zu drängen: Immer wieder wiesen sie in der Politik auf die negativen Folgen des Gesetzes für Patienten und Praxen hin. In vielen Punkten augenscheinlich mit Erfolg. Für den Behandler wie auch für den Patienten: Pendelt der Zahnarzt von einer Praxis in die andere, arbeitet statt in überschaubaren Räumen in einem Massenbetrieb, fehlt dem Patienten der direkte Ansprechpartner für seine Belange. Für ihn wäre ungewiss, wer ihn beim kommenden Termin behandelt, und er wüsste auch nicht, wie er seinen Zahnarzt im Notfall erreicht. Wohnortnahe Versorgung und Hauszahnarzt ade. Das Arzt-Patienten-Verhältnis würde immens leiden, das Vertrauen bekäme einen Knacks.

So nicht zu steuern

Heftig kritisiert wurde seitens der Zahnärzteschaft außerdem, dass die KZBV und die KZVen keinen Einfluss mehr auf Steuerung und Planung von Versorgung und Verteilung haben sollten.

„Wenn Vertragszahnärzte in mehreren KZV-Bezirken gleichzeitig arbeiten können, ist die budgetierte Gesamtvergütung über Verträge und Honorarverteilungsmaßstäbe ohne die Hoheit von KZBV und KZVen absolut nicht mehr zu steuern“, urteilt Fedderwitz. Die Bestimmungen zielten schlicht ins Leere, weil man einfach nicht mehr hätte feststellen können, in welchem Umfang ein Zahnarzt wann und wo gearbeitet hat. Bedarfsplanung und Wirtschaftlichkeits-

prüfung unter diesen Bedingungen? Unmöglich. Budgetverzerrungen wären unvermeidlich gewesen. Dass die Steuerung des Leistungsvolumens derart ausgehebelt werden sollte, war umso unverständlicher, als an anderer Stelle des Entwurfs gerade die planungsrechtliche Verantwortung der KZBV hervorgehoben wurde. Ebenso abzulehnen war die Eintreibung der Praxisgebühr durch die KZBV. Das hätte nicht wie gefordert weniger Bürokratie, sondern mehr gebracht und zudem zusätzliche Kosten verursacht.



Foto: Project Photo

Vertrauen erhöht den Therapie-Erfolg. Das Arzt-Patienten-Verhältnis darf deshalb nicht ausgehöhlt werden.

Natürlich stimmt der Entwurf teilweise durchaus positiv. In dem Punkt, dass Zahnärzte künftig als Angestellte und in Teilzeit arbeiten können, zum Beispiel. Frauen bringen dann viel besser Karriere und Kinder unter einen Hut. Sehr positiv ist ebenfalls, dass das Gesetz die Vergütungsabschlüsse im Osten streichen will. Fazit: Insgesamt konnten die Zahnärzte viele Forderungen mit Erfolg durchsetzen. Eines aber muss die Politik wissen: Wer die Freiberuflichkeit dergestalt untergräbt, schwächt die Praxen und damit auch den Patienten.

ck

zm Leser service

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

KZBV-Frühjahrsfest in Berlin

Die Kraft des Dialogs

Kaiserwetter in Berlin, zumindest die Aussicht vom Reichstag ist fantastisch. Auf Einladung von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer kamen hier prominente Gäste aus Politik, Presse und Gesellschaft zusammen, um sich in lockerer Runde auszutauschen. Thema Nummer eins: die Reform, insbesondere die geplante Änderung des Vertragsarztrechts, das in seiner ersten Fassung die Freiberuflichkeit und das Arzt-Patienten-Verhältnis massiv aushöhlen würde. Einhellige Meinung: Nur im konstruktiven Dialog können Politiker und Zahnärzte noch eine für alle Seiten tragbare Lösung finden.



Politische Debatte vor großartiger Kulisse: Gastgeber KZBV-Vorstandschef Dr. Jürgen Fedderwitz (li.) und BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (re.) im Schlagabtausch mit der Parlamentarischen Staatssekretärin Marion Caspers-Merck (m.)

„Vertrauen und Verlässlichkeit – das sind die zentralen Begriffe, auf die es uns in der Reformdebatte ankommt“, machte der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz, mit Blick auf die aktuellen Gespräche zwischen Politik und Zahnärzten klar.

Hauptsache verlässlich

Natürlich treffe man sich nicht zur Tanzstunde, trotzdem spielten Umgangsformen für den Verlauf der Verhandlungen eine große Rolle: „Vertrauen und Verlässlichkeit sind grundlegende Güter, die wir in der Politik verankern müssen.“

Selbstverständlich werde die KZBV wie gewohnt mithelfen, die im politischen Sektor



KZBV-Vorstand Dr. Günther E. Buchholz, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz (v.l.n.r.) begrüßen die Parlamentarische Staatssekretärin (m.).



Wichtiger Player bei der Gesundheitsreform: Wolfgang Zöller (l.), Gesundheitsfachmann der Union, mit dem KZBV-Chef (r.)



Gruppenbild mit Dame: Annette Widmann-Mauz, Dr. Buchholz, Dr. Dr. Weitkamp, Dr. Fedderwitz, BZÄK-Vize Prof. Wolfgang Sprekels (v.l.n.r.)

getroffenen Entscheidungen umzusetzen, bekräftigte Fedderwitz. Unbedingte Voraussetzung für eine konstruktive Zusammenarbeit sei aber, dass man eben diese

habe die Regierung indes ein Vorhaben ins Auge gefasst, das nicht nur, weil explizit im Entwurf genannt, die Ärzte, sondern auch elementar die Zahnärzte betrifft: „Das VÄG

wird sich in erheblichem Maße auf die berufliche Zukunft der Zahnärzteschaft auswirken!“

VÄG – Entwurf mit Ungereimtheiten

Freilich seien einige Teilaspekte im VÄG durchaus begrüßenswert – etwa die mit dem Gesetz eröffnete Chance für Zahnärztinnen, Beruf und Job in Einklang zu bringen, indem sie Teilzeit und gegebenenfalls als Angestellte arbeiten. Dass in den kommenden Jahren immer mehr Frauen in die Praxis stürmen, wurde ja erst kürzlich vom IDZ prognostiziert. Gut, so Fedderwitz, wenn die neue Damenriege dann am Behandlungsstuhl exzellente Möglichkeiten vorfindet.



Die Denke ist sehr unterschiedlich, ein konstruktiver Dialog trotzdem möglich: Dr. Fedderwitz mit Dr. Martina Bunge (Die Linke), Vorsitzende des Gesundheitsausschusses.

beiden Werte auch im alltäglichen Austausch auslebt.

„Mit den Festzuschüssen hat die Zahnärzteschaft ein für das gesamte Gesundheitswesen zukunftsweisendes, vernünftiges System geschaffen und damit erneut unter Beweis gestellt, dass man sich auf sie verlassen kann“, betonte der KZBV-Chef. „Das Vertrauen und die Verlässlichkeit, die in uns gesetzt wurden, sind berechtigt – der Erfolg der Festzuschüsse ist ein eindeutiger Beleg dafür. Auch die Analyse der Kassen hat klar bestätigt, dass wir richtig liegen.“ Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG)



Nutzen die Gelegenheit zum regen Austausch: KZBV-Vize Dr. Günther E. Buchholz (r.) und Dr. Heinrich Leonhard Kolb (l.), MdB, Vorsitzender des Arbeitskreises III der FDP-Bundestagsfraktion.



V. l. n. r.: Dr. Peter Fellmer vom Gesundheitspolitischen Arbeitskreis Netzwerk der CDU-NRW, MdB Dr. Rolf Koschorrek (FDP), Hubert Hüppe, Mitglied des Gesundheitsausschusses und Dr. Heinrich Leonhard Kolb (FDP)

Insgesamt aber lasse das Gesetz noch viele Ungereimtheiten erkennen, Beispiel Zweitpraxen. „Wenn man sich mit zig Praxen quer durch die Republik niederlassen kann, müsste die Politik auch die Budgets streichen – alles andere wäre halbherzig.“ Außerdem befürchtet Fedderwitz, dass mit dem VÄG die rückhaltlose Auflösung der freiberuflichen Strukturen im Gesundheitswesen verbunden ist. Ärgermacher Nummer eins: die Medizinischen Versorgungszentren MVZ). „Das Einläuten der Versor-

gung durch die MVZ bedeutet klipp und klar das Ende der Freiberuflichkeit“, unterstrich Fedderwitz.

Nicht nur die Zukunft des Berufsstandes macht dem KZBV-Chef Sorge – auch die Versorgung der Patienten werde durch das VÄG verschlechtert. „Wer zulässt, dass künftig Praxen im Real oder Minimal entstehen, untergräbt das Arzt-Patienten-Verhältnis.“ Eine Supermarktmentalität im Gesundheitswesen ginge ohne Wenn und Aber zu Lasten der Patienten und werde

zm-Info

VÄG – was steckt dahinter?

Ziel des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄG) ist eine Liberalisierung des Berufsrechts, die dem Vertragszahnarzt neue Möglichkeiten bietet, flexibler auf den Berufsalltag zu reagieren. Der von der Koalition erdachte erste Entwurf war allerdings überwiegend unbrauchbar, weil er die Zahnärzte in ihrer Berufsausübung gegenüber den MVZ klar benachteiligt, interne Prozesse behindert und grundlegende Werte beschnitten hätte. Nun wurde die Überzeugungsarbeit der Zahnärzteschaft offenbar belohnt: Das VÄG nimmt viele ihrer Vorschläge auf. Mehr dazu im Aktuellen Thema, Seite 22 und 23. ■

deshalb von der Zahnärzteschaft kategorisch abgelehnt.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, stimmte seinem Kollegen voll und ganz zu: Die Arbeit des Heilberufers lasse sich nämlich nicht auf Faktoren wie Wirtschaftlichkeit und Leistungsbeschreibung beziehungsweise -ausgrenzung reduzieren. „Die Mediziner unter uns wissen: Wer täglich mit Patienten umgeht, muss auch stets etwas erbringen, was nicht abrechenbar ist.“ Das werde von



Gute Gespräche und gute Laune: KZBV-Vorstand Dr. Wolfgang Eßer (l.) und Detlef Parr (FDP) (r.)



Prof. Dr. Helge Sodan, Präsident des Verfassungsgerichtshofes Berlin, zusammen mit dem Koordinator des BZÄK-Consiliums, Prof. Dr. Burkhard Tiemann, und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich (v.l.n.r.)



MdB Dr. Reinhard Göhner (CDU) (l.) im Gespräch mit BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (r.)

der Politik oft vergessen, dafür von den Patienten umso deutlicher wahrgenommen. Auf den Punkt bringt es laut Weitkamp der im Spätmittelalter tätige Arzt und bedeutende Philosoph Paracelsus: „Das ist ein Arzt, der das Unsichtbare weiß, das keinen Namen hat, das keine Materie hat und doch seine Wirkung.“

schen dem BMG und der Zahnärzteschaft seit langem besteht und man ihn trotz der Meinungsverschiedenheiten auch weiter-spinnen müsse.

Mit dem VÄG wolle die Regierung gleichwohl gerade im Osten ein Zeichen für den Ärztestand setzen und die oftmals starren Regeln des Berufsrechts zu ihren Gunsten

Fachleute unter sich: FDP-Gesundheits-
experte Daniel Bahr
(l.) und Prof. Dr.
Johann Eekhoff,
Mitglied des BZÄK-
Consiliums (r.)



An dem gemeinsamen Gesprächsfaden stricken

Gastrednerin Marion Caspers-Merck (SPD), Parlamentarische Staatssekretärin im BMG, betonte daraufhin, wie wichtig eine konstruktive Zusammenarbeit aller Betroffenen sei, um die Reform überhaupt auf den Weg zu bringen. „Wir brauchen Mitmacher“, bekräftigte Caspers-Merck. „In diesem schwierigen Reformprozess ist ein gemeinsamer Gesprächsfaden wichtig.“ Sie hob hervor, dass dieser Gesprächsfaden zwi-

aufweichen. Die MVZ wolle man nur dort einrichten, wo es auch Sinn mache. Veränderungen könnten durchaus auch ein Zeichen des Aufbruchs sein, „und zwar für mehr Freiheit im ärztlichen Beruf.“

Zufriedene Ärzte, zufriedene Patienten

Die Entgegnung Weitkamps folgte auf dem Fuße: „Wenn sich die Politik gegen das Wohl der Ärzte richtet, hat sie per se nicht das Wohl der Patienten im Sinn.“ ck

Pressekonferenz des Consiliums der BZÄK

Das Gesundheitswesen von Fesseln befreien

Nach fünf Jahren Beratungstätigkeit hat das unabhängige Consilium der Bundeszahnärztekammer mit Veröffentlichung der „Diskussionsdokumente“ vor der Bundespressekonferenz in Berlin seine Einschätzungen zu den aktuellen Reformansätzen des deutschen Gesundheitswesens vorgestellt. Die ausgewiesenen Experten aus Volkswirtschaft, Wirtschaftspolitik, Recht und Zahnmedizin analysierten die aktuelle Diskussionslage und diskutierten mit den Journalisten Auswege aus der aktuellen Problemlage.

„Die Bundeszahnärztekammer ist gut beraten, wenn sie sich gut beraten lässt.“ So resümierte Dr. Dr. Jürgen Weitkamp die bisherige Zusammenarbeit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mit dem 2001 gegründeten unabhängigen Consilium. Auf Basis dieser Erfahrung appellierte der BZÄK-Präsident ausdrücklich an den Gesetzgeber, den Protagonisten des Gesundheitswesens zum Wohle der Patienten statt mit „Kontrolle und Misstrauen“ endlich mit mehr Vertrauen zu begegnen.

Erfolgreicher Braintrust

Als maßgeblichen Erfolgsfaktor der bisherigen Tätigkeit reklamierte der Koordinator des Consiliums, Prof. Burkhard Tiemann, ausdrücklich die Unabhängigkeit des Gremiums, das sich aus den renommierten Wissenschaftlern Professorens Winfried Boecken (Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit), Johann Eekhoff (Wirtschaftspolitik), Burkhard Tiemann (Verwaltungs- und Sozialrecht, Sozialmanagement), Wilfried Wagner (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie), Eberhard Wille (Vorsitz des Sachverständigenrates, Volkswirtschaftslehre) sowie dem im vergangenen Jahr verstorbenen Verfassungsrechtler Peter Tettinger zusammensetzt.

Mit ausgesuchten Ergebnissen aus der fünfjährigen Arbeit als „Braintrust“ präsentierte sich das Consilium, das sich als „Instrument zur Selbstprofessionalisierung des zahnärztlichen Berufsstandes“ versteht, jetzt der Fachöffentlichkeit. „Dabei geht es“, so Tiemann, „nicht nur um Reformvorschläge zur

Präsentierten Expertisen zu den aktuellen Reformvorschlägen: Professorens Eekhoff, Wille, Tiemann, Moderator Markus Brakel und Prof. Boecken (v.l.n.r.).



Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch um die erforderliche Vereinfachung der Organisationsstrukturen sowie des Leistungsrechts im Versicherungssystem oder die Zukunftsperspektiven freiberuflicher Selbstverwaltung unter Berücksichtigung der europäischen Dimension.“ Akut droht der Bundesregierung, so die Einschätzung von Prof. Boecken, bereits zum Dezember dieses Jahres Regress: Die Altersgrenze für Vertragsärzte von 68 Jahren dürfte, so sie nicht bis zum 2. Dezember dieses Jahres außer Kraft gesetzt wird, wegen der Richtlinie zum Verbot der Altersdiskriminierung Ansprüche der betroffenen Ärzte und Zahnärzte nach sich ziehen.

Das Consilium erwartet ohnehin, dass die Bundesregierung durch die aktuellen Urteile des Europäischen Gerichtshofs für den freien Zugang der Patienten zu den Gesundheitsmärkten mit einem zunehmend „verengten nationalen Gestaltungsrahmen“ rechnen muss. Um so wichtiger sei es, so betonte Tiemann, „bei den Reformen in Deutschland nicht die Vorgaben außer acht



zu lassen, die in Brüssel gemacht werden“. Vorbildcharakter habe das deutsche Gesundheitswesen in der EU „wegen seines Subsidiaritätsprinzips und den staatsentlastenden Synergien einer funktionalen Selbstverwaltung bei gleichzeitiger Bürgerbeteiligung“. Das gelte es bei einer nationalen Neuordnung des Gesundheitswesens zu berücksichtigen.

Balance gewährleisten

Bewährt habe sich hingegen laut Einschätzung des Consiliums das seit eineinhalb Jahren gültige System der befundorientierten Festzuschüsse. Nach Auffassung des Zahnmediziners Wilfried Wagner wäre es sinnvoll, diese „ideale Verknüpfung sozialer und solidarischer Versorgung und Finanzierung“ bei eingebundener Möglichkeit zu individueller Einzelleistung auch auf die restaurative Zahnheilkunde und die Parodontologie auszuweiten. Ein Vorteil sei dabei, dass die Festzuschüsse die Balance zwischen drohender Unter- oder Überversorgung gewährleiste-

ten. Weit weniger Erfolgchancen attestierte der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen den gegenwärtig in der Politik diskutierten Reformansätzen. Wille betonte aber auch, dass es trotz der Vielfalt der Reformoptionen der Koalitionäre einen „großen Fundus von Gemeinsamkeiten“ gebe. Alle konstruktiven Reformansätze zeigten das Bemühen, „die fiskalische Stärkung der Finanzierungsbasis mit dem Ziel einer stärkeren Nachhaltigkeit zu verbinden“. Gemeinsam sei fast allen Vorschlägen auch die Forderung, den Wettbewerb von Krankenkassen wie auch Leistungsträgern zu intensivieren. Und: „Nahezu alle Kon-

den Prämien gelöst und über das Steuer- und Transfersystem leistbar. Basis des Eekhoff-Konzeptes ist „eine Versicherungspflicht für alle Bürger einschließlich der Kinder, „für die eine an der Versicherungsleistung orientierte feste Prämie gezahlt werden müsse.

Auch Eekhoffs Konzept beinhaltet eine Sozialklausel: Wer eine Prämie oder die Belastungen aus Selbstbehalten nicht tragen könne, müsse aus allgemeinen Steuermitteln unterstützt werden. Eine Unterscheidung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherern schließt Eekhoff aber aus: „Sie arbeiten unter gleichen rechtlichen und wirtschaftlichen Bedingungen im Rahmen



Fotos: axentis

Reformanalyse via unabhängiger Beratung: Prof. Boecken, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Weitkamp, Vizepräsident Prof. Sprekels sowie Professores Tiemann, Eekhoff und Wille (v.l.n.r.).

zepte sehen eine Beteiligung der PKV-Versicherten an der solidarischen Finanzierung der GKV vor.“ Ein Wandel vom bisherigen Umlageverfahren zur Kapitaldeckung habe, so Wille in seiner Analyse, zwar Vorteile, weil es demographieresistenter sei. Aber auch dieses Verfahren könne „einer verlängerten Lebenszeit nur mit entsprechender Anpassung der Prämien Rechnung tragen“.

Kein soziales System

Einen Ausweg aus dem Dilemma präsentierte der ehemalige Staatssekretär Prof. Eekhoff, der die soziale Komponente des gegenwärtigen Systems provokant in Abrede stellt. Eekhoffs Vorschlag: Versicherungsprämien im Gesundheitswesen sollten künftig wie in anderen Wirtschaftsbereichen den Preis für die Versicherungsleistung abbilden. Die in diesem Rahmen erforderliche soziale Absicherung sieht Eekhoff hingegen als von

des freien Wettbewerbs.“ Im Unterschied zu den die GKV präferierenden Modellen fordert Eekhoff für die bisherigen gesetzlichen Krankenversicherungen im Vorfeld der Startphase Altersrückstellungen aufzubauen, um die erforderliche Wettbewerbsgleichheit herstellen zu können.

Letztlich stehe jeder Versicherte durch die Individualisierung der Verantwortung in der Privatversicherung für die Zahlung seiner Prämien über den gesamten Lebensraum selbst in der Pflicht. Eekhoffs Vorstellung: Der Versicherte zahlt in jüngeren Lebensjahren mehr ein, als zur Deckung der Gesundheitsleistungen nötig wäre. mn

Bundeszahnärztekammer (Hrsg.): Das Gesundheitswesen im Umbruch? Reformansätze aus Sicht des Consiliums der Bundeszahnärztekammer, Berlin 2006, Quintessenz-Verlag, ISBN 3-938947-30-6

Klausurtagung der Bundeszahnärztekammer

Rechtzeitig die Weichen stellen

Zwei Schwerpunktthemen hatte sich der Vorstand der Bundeszahnärztekammer anlässlich seiner diesjährigen Klausurtagung vom 12. bis 13. Mai in Saarbrücken auf die Agenda gesetzt: Die aktuelle Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens und die Einordnung von weiterbildenden Masterstudiengängen in der Zahnmedizin im Rahmen des Bologna-Prozesses.



Der BZÄK-Vorstand in Klausur: Im Mittelpunkt standen Diskussionen um die Gesundheitsreform und weiterbildende Masterstudiengänge.

„Wir haben gute Gründe, zu zeigen, warum es jetzt noch notwendiger ist denn je, uns als Berufsstand zu positionieren und aktiv einzubringen“, betonte BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp in seiner Einführung zur Klausurtagung des Vorstandes in Saarbrücken. In beiden Bereichen seien Prozesse im Gange, bei denen die Belange des Berufsstandes fundamental betroffen seien. Umso wichtiger sei es, hier rechtzeitig die Weichen zu stellen.

Einen Einblick in die gegenwärtige Arbeit des Ausschusses für Gesundheit gewährte dem BZÄK-Vorstand Dr. Rolf Koschorrek, MdB CDU, Mitglied des Ausschusses und einziger Zahnarzt im Deutschen Bundestag. In der Gesundheitspolitik sei derzeit noch vieles offen, die Reform gehöre zu einem der schwierigsten Probleme, die die Große Koalition zu bewältigen habe. „Umgesetzt wird nur das, was einheitlich beschlossen wird“, prognostizierte er. Die Reform müsse grundlegend und nachhaltig sein. Er skizzierte, dass das Gesundheitswesen ein Wachstumsmarkt sei, mehr Wettbewerb und eine Strukturreform seien nötig.

Fachärzte dürften nicht gegen Kliniken und Medizinische Versorgungszentren ausgespielt werden. Wichtig sei die bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Bereichs sowie eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung. Die CDU/CSU setze sich für eine allgemeine Versicherungspflicht für alle und höhere Selbstbehalte ein. Das Festzuschussystem in der Zahnmedizin spiele eine Vorreiterrolle.

Prof. Dr. Johann Eekhoff, Staatssekretär a. D., Universität Köln und Mitglied des BZÄK-Consiliums, gab eine Bewertung der gegenwärtigen Diskussion um die GKV aus seiner Sicht. Sein Plädoyer lautet: Privatversicherung für alle. Der Staat werde nie in der Lage sein, über Zwangsabgaben ausreichende Mittel für das Gesundheitswesen einschließlich der Investitionen aufzubringen, und er könne auch nicht dafür sorgen, dass die Mittel effizient eingesetzt würden, wenn man nicht für mehr Wettbewerb in diesem Sektor Sorge. Unter Ausweitung eines echten Wettbewerbs aller Leistungserbringer sowie der gesetzlichen und privaten Krankenkassen sei die Privatversicherung

für alle nach Auffassung Eekhoffs eine Zukunftslösung. Danach bilde eine feste, an die Versicherungsleistung orientierte Prämie für jedes Mitglied auf Basis einer allgemeinen Versicherungspflicht den Finanzsockel. Dabei zahle der Versicherte in jüngeren Jahren mehr in die Versicherung ein, als er an Leistung beanspruche. Die so angesparten Beiträge sollten später zur Beitragsstabilität beitragen. Sozial Schwache sollen aus Steuermitteln unterstützt werden. Eekhoffs Fazit: Notwendig sei ein Prozess weg vom Staat und hin zu mehr Selbstbehalten.

Veränderung in der Weiterbildung

Wie geht man mit einer sich verändernden Hochschul-, Fort- und Weiterbildungslandschaft im Rahmen des Bologna-Prozesses um? Um diese Frage ging es im zweiten Themenkomplex der Klausurtagung. Dazu stellte Prof. Dr. Johann Schneider, Mitglied des Akkreditierungsrates, ausführlich die



Fotos: BZÄK

Intensive Diskussion: Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Prof. Dr. Johann Eekhoff, Dr. Rolf Koschorrek und Prof. Dr. Wolfgang Sprekels (v.l.n.r.)

Entstehung des Bologna-Prozesses vor, der mit seiner Unterteilung in Bachelor- und Masterabschluss die europäische Hochschullandschaft nachhaltig und dauerhaft verändern wird. Die Zahnmedizin mit Staatsexamensabschluss ist bisher von der Zweiteilung ausgenommen. Hier seien aber postgraduale Masterstudiengänge interessant, die für die Zahnmedizin noch viel gestalterischen Spielraum böten. Schneider warnte auch vor Problemen: Bei den Studiengängen entstehe ein explodierender Markt, es bestehe die Gefahr von Titelinflationen, und

Empfang beim Staatssekretär



Im Rahmen der Klausurtagung in Saarbrücken fand – auf Vermittlung des saarländischen Kammerpräsidenten und Gastgebers der Tagung, Dr. Wolfgang Weis, – ein Empfang im saarländischen Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales statt. Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer wurde von Staatssekretär Wolfgang Schild begrüßt. Im Anschluss führten die Spitzenvertreter der Bundeszahnärztekammer und Dr. Weis ein Hintergrundgespräch mit dem Staatssekretär. Das Foto zeigt Dr. Weitkamp, Staatssekretär Schild, Prof. Sprekels, Dr. Weis und BZÄK-HGF Klaus Schlechtweg (v.l.n.r.).

es sei mit Schwierigkeiten in Sachen Transparenz und Vergleichbarkeit zu rechnen. „Die Kammern sind aufgerufen, mitzumachen und sich zu überlegen, ob sie sich zusammen mit der Hochschule an die Spitze der Entwicklung stellen, um Wildwuchs zu vermeiden“, forderte BZÄK-Präsident Weitkamp.

Prof. Dr. Detlef Heidemann, Universität Frankfurt/M., und Mitglied des gemeinsamen Beirats Fortbildung von BZÄK und DGZMK, betonte, dass der Berufsstand selbst aktiv werden müsse, um den Master in der Zahnmedizin zu definieren. Ein Bachelor in der Zahnmedizin sei unsinnig, ineffektiv und abzulehnen, da er nicht zu einem berufsqualifizierenden Abschluss führe, unterstrich Heidemann. Ein Master in der Zahnmedizin komme nur als postgraduierter Studiengang nach dem Staatsexamen in Frage. Heidemann stellte ein Modell aus mehreren Modulen der Fort- und Weiterbildung vor, die auf dem Staatsexamen fußen und zum Fachzahnarzt führen. Damit sei denkbar, Bausteine eines Fortbildungscurriculums, eines berufs begleitenden oder Vollzeit-Masters oder einer Weiterbildung über Credit Points untereinander anzurechnen. Dabei sieht Heidemann im Credit Point System ECTS das Bindeglied, um eine Durchlässigkeit und Transparenz aller Maßnahmen zu ermöglichen. Der Präsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzende des Beirats Fortbildung, Dr. Walter Dieckhoff, sprach

sich ebenfalls für die postgraduierten Masterstudiengänge im Bereich Zahnmedizin aus. Er regte an, weitere Weiterbildungsgebiete zum Fachzahnarzt zu diskutieren. Die Tatsache, dass jeder Teilbereich der Medizin heute mit einem Facharztstitel belegt sei, mache den Master im klinisch tätigen Bereich uninteressant. Nicht so in der Zahnmedizin. Hier existierten nur wenige Gebiete mit einer Weiterbildungsordnung (KfO, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Oralchirurgie, öffentliches Gesundheitswesen und in Westfalen-Lippe Parodontologie), deswegen gewinne für alle anderen Gebiete der postgraduale Master zunehmend an Interesse.

Dieckhoff regte eine Grundsatzdiskussion an. Der Vorschlag des Beirates lautet: Fortbestand der bisherigen Weiterbildungsgebiete, unter Umständen die Einführung neuer Gebiete, Förderung der universitären Postgraduiertenstudiengänge, eine sinnvolle Verknüpfung von Weiterbildung und Master sowie die Förderung europaweiter Flexibilität und Vergleichbarkeit der Abschlüsse im Sinne des Bologna-Prozesses.

BZÄK-Präsident Weitkamp forderte, dass Kammern und Hochschulen bei der Ausgestaltung der postgradualen Masterstudiengänge eng kooperieren, um Inhalte gemeinsam festzulegen und den Praxisbezug zu gewährleisten.

Die Thematik wird im BZÄK-Bundesvorstand und in der Bundesversammlung weiter beraten.

pr

Feierstunde zum 50-jährigen Jubiläum des VDZI

Neue, versöhnliche Töne

Der Verband Deutscher Zahntechniker Innungen (VDZI) blickt auf sein 50-jähriges Bestehen zurück. Anlass für eine Feierstunde im Rahmen des Verbandstages am 5. Mai in Hamburg – aber auch Anlass, um im zeitweise nicht ganz unbelasteten Verhältnis zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern eine neue, versöhnliche Atmosphäre zu schaffen.



Fotos: VDZI Magmussen (li./lopatata)

Foto: Nieddermeyer

Versöhnliche Töne in Hamburg: VDZI-Präsident Schwichtenberg, KZBV-Chef Dr. Fedderwitz und BZÄK-Vize Dr. Oesterreich

VDZI-Präsident Jürgen Schwichtenberg ließ in einer Feierstunde – die im traditionsreichen Hotel Hafen Hamburg stattfand – 50 Jahre Verbandsarbeit Revue passieren. Die Zahntechnik habe sich in dieser Zeit zu einem anerkannten Fachhandwerk und zu einem kompetenten Partner im Gesundheitssystem entwickelt, nicht zuletzt dank des engagierten Einsatzes seiner vergangenen Verbandspräsidenten, der „Riesen, auf deren Schultern wir stehen.“ Eine komplexe Ausbildung, eine weltweit anerkannte Leistung und die Versorgung der Patienten auf hohem Niveau, damit könne man den Ansprüchen des Marktes gerecht werden. „Ordnungspolitischer Rahmen sind das Meisterprinzip und die soziale Verantwortung, sich immer wieder neu auszubilden“. Das Zahntechnikerhandwerk hatte aufgrund der Einführung des Festzuschussystems im Jahre 2005 mit einem massiven Nachfragerückgang zu kämpfen. Besondere Herausforderungen stellen sich auch infolge

der neuen CAD/CAM-Technologien, der mit einer Technologieoffensive begegnet werden soll.

Schwichtenberg, der auf dem Verbandstag in seinem Amt als VDZI-Präsident bestätigt wurde (Vizepräsident ist Peter K. Thomsen), sprach auch das Festzuschussystem an. Die Zahntechniker hätten dieses angenommen, hielten es aber noch nicht für ganz funktionsfähig. Die Änderungen in der Selbstverwaltung müssten unbedingt weitergeführt und zu einem positiven Ergebnis gebracht werden, forderte er. Vor der Presse hatte der VDZI-Präsident zuvor vor „illusorischer Debattierlust über das Festzuschussystem“ gewarnt.

Strukturwandel

Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz erhoffte bei den Zahntechnikern mehr Zustimmung für dieses System und mehr Überzeugung, damit die berufliche Zukunft angesichts des anstehenden Strukturwandels besser zu packen sei. „Wir beide, Zahnärzte und Zahntechnikerinnungen in Deutschland

– werden zukünftig noch intensiver hineingezogen werden in das letztlich preisgeprägte Gezerre von Märkten und Marktanteilen, um Einkaufsmodelle und letztlich um Machtanteile.“ Und weiter: „Die Festzuschüsse haben mittlerweile ihren Praxislauf bestanden und sind in der Gesundheitslandschaft verankert.“ Sie seien Teil des Strukturwandels, der für Zahnärzte wie Zahntechniker immer weiter spürbar werde. Dieser Wandel beschränke sich nicht mehr nur auf eine nationale Gesundheitspolitik, sondern auch auf die zunehmende Globalisierung, die für einen schärferen europäischen wie weltweiten Wettbewerb Sorge.

Zu den Herausforderungen des Strukturwandels gehöre, so machte BZÄK Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich deutlich, auch die Präventionsorientierung in der Zahnmedizin, die Rolle der Qualitätssicherung oder etwa der Einsatz neuer Technologien. Die Bedeutung der Zahnmedizin innerhalb der Medizin sei gewachsen. Die Landschaft der Aus-, Fort- und Weiterbildung habe sich drastisch entwickelt. Im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform müsse man sehr genau darauf achten, welche Auswirkungen diese auf den zahnärztlichen Bereich hätten. „Die Zahnmedizin darf nicht zum Einsparbereich werden.“ Es sei begrüßenswert, wie die Zahntechniker sich mit den Reformdiskussionen auseinandersetzen. Gerade die letzten Monate und Jahre seien für das Zahntechnikerhandwerk sehr hart gewesen. „Nur wer sich traut, macht Politik“, erklärte der VDZI-Generalsekretär Walter Winkler und machte den Standpunkt des Verbandes klar. Der VDZI gebe ein klares Bekenntnis zur Qualitätssicherung durch Qualifikation und zur lokal orientierten Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt und zur Zusammenarbeit von Zahnarzt und Zahntechniker im Labor.

Den Festvortrag hielt Hanns-Eberhard Schleyer, Generalsekretär des Zentralverbandes des Deutschen Handwerks (ZDH). Er lobte die Zahntechniker als einen „selbstbewussten, selbstständigen Wirtschaftsbe- reich“ mit einem umfassenden Dienstleistungsangebot, der Herausforderungen, wie den Umgang mit neuen Materialien oder die zunehmende Internationalisierung, gut gemeistert habe. pr

Kongress der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Aus der Versenkung

Einen Neuanlauf beim Präventionsgesetz wünschten sich die Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf ihrem 56. wissenschaftlichen Kongress in Frankfurt an der Oder. Beim Bundesgesundheitsministerium rannten sie damit scheinbar offene Türen ein.

„Leider ist das Präventionsgesetz im vergangenen Jahr in der Versenkung verschwunden“, sagte Dr. Klaus Walter, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD), während der Eröffnung des Kongresses im Kleist Forum Frankfurt. Das bedauerte auch

oder Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen, könne man nur mit genügend Mitarbeitern meistern, erklärte Walter. Er gab zu bedenken: „Eine weitere pauschale Senkung von Standards aus Kostengründen geht nicht mit der Vielzahl der Aufgaben zusammen.“ Diesen Widerspruch sah auch Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe. „Der ÖGD leidet unter der mangelnden Aufmerksamkeit der Politik. Dabei erkennen seine Mitarbeiter sektorale Gesundheitsrisiken am besten. Die Fortführung der Sparmaßnahmen gefährdet die Qualität seiner Arbeit“, analysierte er die Lage in seinem Grußwort.

Motiviert und qualifiziert

Allen Kürzungen zum Trotz, Ärzte und Zahnärzte im öffentlichen Dienst sind nach Ansicht des BVÖGD-Chefs

Walter motiviert bei der Sache und fachlich hoch qualifiziert. Das bewiesen insbesondere die Erfolge in der Kariesprophylaxe, wie Dr. Michael Schäfer, Vorsitzender des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG), berichtete: „Die Mundgesundheit der Zwölfjährigen ist bundesweit in den letzten zehn Jahren um 60 Prozent gestiegen.“ Gruppen- und Individualprophylaxe blieben wichtige Tätigkeitsfelder der ÖGD-Zahnärzte und könnten als Vorbild für andere Gesundheitsbereiche dienen, bekräftigte er. Bestätigung dafür kam von Dr. Eberhard Steglich, Vizepräsident der LZK Brandenburg. Prävention und Prophylaxearbeit seien in jedem Lebensalter ein Thema für die Zahnärzte-

schaft. „Wir fühlen uns vor allem hilfsbedürftigen Gruppen, wie behinderten Menschen oder Kariesrisikogruppen, verpflichtet.“ Der Weg zum Erfolg setzt laut Steglich die Bündelung der Kräfte voraus: „Um alle Facetten der Vorsorge adäquat umzusetzen, müssen niedergelassene Mediziner, ÖGD und die Politik an einem Strang ziehen.“

Die Politik fand lobende Worte für die Arbeit des ÖGD. Schwanitz nannte die Zahlen in der Kariesprävention erfreulich. Die Zahnärzte in den Gesundheitsämtern hätten daran einen großen Anteil. Für Risikogruppen müsse aber noch mehr getan werden, fügte er hinzu. Die Regierung plane, mehr Beratungsangebote, vor allem im Bereich der Aidsprävention, anzubieten. Dazu wolle man auch die deutsche EU-Ratspräsidentschaft im kommenden Jahr als Plattform nutzen.

Die neue Mitte Europas

Europa war neben der politischen Bestandsaufnahme ein zentrales Thema des Kongresses. Das Motto lautete schließlich „Öffentlicher Gesundheitsdienst ohne Grenzen in der neuen Mitte Europas“. Verschiedene Workshops und Vorträge boten den rund 550 Tagungsbesuchern Informationen über die medizinischen Verhältnisse in anderen EU-Ländern.

In punkto Zahngesundheit wies BZÖG-Chef Schäfer darauf hin, dass die Kariesrate bei ungarischen Kindern viermal höher liege als bei deutschen. Die Prophylaxearbeit hier zu Lande könne also durchaus Pioniercharakter für die Nachbarn im Osten gewinnen. In den deutsch-polnischen Grenzgebieten in Brandenburg gäbe es bereits Kooperationen, sagte Dr. Gudrun Rojas vom zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes der Stadt Brandenburg an der Havel.

Die länderübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitsdienste – so das Fazit des BVÖGD-Vorsitzenden Walter – müsse auch in Zukunft gepflegt werden. Ansonsten könne man gegen Infektionskrankheiten, wie Aids, nicht ankommen: „Dieser Kongress soll als Impuls dienen, die Kooperationen zu vertiefen.“ sth



Foto: Project Photo

Das Präventionsgesetz sollte schleunigst wieder aus der Schublade gekramt werden, fanden die Ärzte und Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Rolf Schwanitz (SPD), parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium. Prävention bleibe jedoch ein Thema, versprach er: „Wir wollen im kommenden Jahr einen zweiten Versuch mit dieser Gesetzesinitiative starten.“ Einen genauen Termin nannte Schwanitz nicht, auf die Gesundheitsreform ging er gar nicht ein.

Ein zweites Thema, das den ÖGD-Mitarbeitern unter den Nägeln brannte, war die Frage, wie sie einer kontinuierlich wachsenden Zahl von Aufgaben in Zeiten des Personalabbaus gerecht werden können. Neue Herausforderungen, wie Vogelgrippe und Pandemieplanung oder Integration von Migranten, und alte Aufträge, wie Impfungen

Projekt der Landes Zahnärztekammer Hessen

Qualitätssicherung im Bereich Hygiene

Ein Projekt zur Umsetzung des Medizinprodukte- und Infektionsschutzgesetzes führt die Landes Zahnärztekammer Hessen zusammen mit dem hessischen Sozialministerium durch. Die einjährige Pilotphase ist 2005 erfolgreich abgeschlossen worden, im September folgt der Startschuss für das fünfjährige Projekt. Ziel ist es, die Zahnärzte hessenweit, flächendeckend und freiwillig in Sachen Hygiene fit zu machen.

Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hatte vor kurzem ihren Modellversuch zur Umsetzung des Medizinproduktegesetzes (MPG) in Zahnarztpraxen der Öffentlichkeit vorgestellt (siehe zm 10/2006, Seite 28). Die Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) bietet ihren Mitgliedern ebenfalls ein kammer eigenes Hygieneprojekt an. Zum Hintergrund: In Hessen haben Ende 2004 Gesundheitsämter damit begonnen, Praxisbegehungen durchzuführen, und zwar auf Basis von Bestimmungen aus dem Krankenhausbereich, die für die Zahnarztpraxis nicht ohne weiteres anwendbar sind. Die Kammer war gefordert, hier für die Kollegenschaft aktiv zu werden, und entwickelte ein entsprechendes Modell. Zunächst erfolgte eine mehrmonatige Pilotphase im Stadtbereich Frankfurt, die im vergangenen Jahr erfolgreich abgeschlossen wurde. Die Landes Zahnärztekammer hat – mit wissenschaftlicher Begleitung des Gesundheitsamtes Frankfurt – das Modell in 150 Zahnarztpraxen getestet und auf seine Praktikabilität geprüft. Auf dem letzten internationalen Kongress für Krankenhaushygiene im April sei es einem wissenschaftlichen Fachpublikum vorgestellt worden und habe dort eine hohe Akzeptanz erfahren, erklärt Dr. Andreas Dehler, der im Kammervorstand der LZKH zuständige Referent für Hygienefragen.

Rahmenempfehlung

Mittlerweile sei – nach langen und ausführlichen Verhandlungen – in Zusammenarbeit mit der LZKH und dem hessischen Sozialministerium eine landesweite Rahmenempfehlung für den zahnärztlichen Bereich erarbeitet worden, so Dehler. Sie berücksichtigt die

Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen zum MPG genauso wie die Vorgaben der neuen RKI-Empfehlung zum Infektionsschutz. Das Projekt wird zum 01.08.2006 beginnen und ist auf fünf Jahre angelegt. Ziel des Projektes ist es, Hessens Zahnärzte flächendeckend für die Umsetzung von MPG und Infektionsschutz in der Praxis fit zu machen. Dazu werden landesweit intensive Informations- und Fortbildungsangebote angeboten, und zwar in Form von

Kammerpräsident Dr. Michael Frank (li.) und Vorstandsmitglied Dr. Andreas Dehler (re.) haben das Hygieneprojekt in Hessen maßgeblich auf den Weg gebracht.



Großveranstaltungen. Die gesetzlichen Bestimmungen werden in der fünfständigen Fortbildung genauso abgehandelt wie die neuen RKI-Empfehlungen und der Hygieneplan der BZÄK. Die Fortbildungen richten sich an Zahnärzte wie auch an deren Teams und werden von kammer eigenen Referenten abgehalten. Eine erste Veranstaltung in Nordhessen hat bereits stattgefunden, weitere sind für Anfang September terminiert. Neben den Fortbildungsveranstaltungen erfolgt die Herausgabe eines ausführlichen Hygiene-Manuals mit Checkliste, Er-

klärungen und Hygieneplan. Hinzu kommt eine Hygiene-Hotline, die in der Kammer angesiedelt ist.

Beratung statt Kontrolle

Ganz wichtig ist der Kammer, dass im Rahmen des Projekts keine Begehungen und Kontrollen (die Begehung ist ein hoheitlicher Akt) durchgeführt werden. Es gibt keinen Kammer-Revisor. Stattdessen werden Mitarbeiter der LZKH Praxisbesuche abstaten, um vor Ort Beratungen durchzuführen. Dabei sollen – wenn nötig – Verbesserungen erreicht werden und bei Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben auf entsprechende Maßnahmen hingewiesen werden. Bei Abweichungen wird auf eine entsprechende Beseitigungsfrist hingewiesen. Nur in absoluten Ausnahmen, falls einmal eine Problembeseitigung verweigert werden sollte, erfolgt die Weitergabe von Praxisdaten an das zuständige Gesundheitsamt. In allen anderen Fällen bleiben die Daten strikt anonym. Die Verantwortung liegt in den Händen der LZKH. Den Gesundheitsämtern wird lediglich ermöglicht, zur Qualitätssicherung Stichproben in Absprache mit der Kammer durchführen. Darüber hinaus wird es während der Dauer des Projektes keinerlei Begehungen von zahnärztlichen Praxen in Hesse durch die Aufsicht geben.

Der Praxisbesuch durch einen Kammermitarbeiter kostet zwischen 80 bis 100 Euro, die Gesundheitsämter berechnen mit bis zu 1 500 Euro deutlich höhere Kosten.

Kammerpräsident Dr. Michael Frank betont, dass das hessische Hygieneprojekt auf Freiwilligkeit basiere. Die Praxen könnten frei über eine Teilnahme entscheiden und die Nachfrage sei jetzt schon groß: „Das Projekt versteht sich als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung im Bereich Hygiene. Wir setzen auf Information und die Beratung vor Ort. Die Kammer nimmt dabei ihre ureigene Rolle wahr, das dient der Stärkung der Selbstverwaltung genauso wie dem Abbau von Bürokratie.“ pr

50 Jahre KZV Niedersachsen

Die KZV – ein moderner Dienstleister

Zu ihrem 50-jährigen Bestehen hatte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen ihre Mitglieder am 3. Mai zu einem „Tag der offenen Tür“ eingeladen. Im Mittelpunkt des Vormittags standen Vorträge, die sich mit der modernen Rolle einer KZV auseinandersetzten, während es am Nachmittag Gelegenheit gab, Einblicke in verschiedene Fachabteilungen zu nehmen und Referate zu hören.

Dr. Jobst-Wilken Carl, Vorsitzender der KZVN, begrüßte zahlreiche Gäste aus Politik, Standespolitik und Krankenkassen. Die Grüße des Niedersächsischen Sozialministeriums überbrachte Abteilungsleiter Tom Rurtel-Klein.

Dr. Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZBV, machte in seinem Grußwort deutlich, dass das Gesundheitswesen in Deutschland vor einem grundsätzlichen Strukturwandel steht. Auch, wenn die gesundheitspolitischen Reformansätze vielfach halbherzig vorangetrieben würden, sei der Weg in Richtung Liberalisierung und zunehmenden Wettbewerb vorgezeichnet.

Entscheidende Aufgabe von KZBV und KZVen in diesem Prozess sei es, dafür zu sorgen, dass der Zahnarzt auch in Zukunft freiberuflich tätig sein kann. Gleichwohl sollten die Körperschaften nicht nur als Bewahrer auftreten, sondern den Strukturwandel, der auch Chancen biete, aktiv gestalten. Den KZVen komme die Rolle von „Change Managern“ zu, die Wandlungsprozess und verschärften Wettbewerb mitsteuern. Sie müssten sich zu modernen Dienstleistungsorganisationen weiterentwickeln, die den Zahnarzt gezielt bei der Bewältigung des Strukturwandels unterstützen. Unabhängig davon müssten sie weiter als Selbstregulierungsmechanismus agieren, der Fragen im Sinne der Zahnärzteschaft bearbeitet, bevor sie dem Diktat staatlicher Gesundheitspolitik unterfallen.

Fortbestand wichtig

KZVN-Chef Carl teilte im Hinblick auf das Fortbestehen der KZVen die Einschätzungen Eßers. Auch wenn es einige anders betrachten würden, sehe der Vorstand der

KZVN die Notwendigkeit des Fortbestehens dieser Körperschaft. Man sei der festen Überzeugung, dass ein einzelner Kollege bei Verhandlungen durch Einzelverträge schlechter gestellt werde. Im Kern habe der Gesetzgeber den ursprünglichen Gedanken



Zu Gast beim Tag der offenen Tür: KZVN-Chef Dr. Jobst-Wilken Carl, KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eßer und Gattin, DZW-Chefredakteur Jürgen Pischel und Dr. Peter Kuttruff, KZV-Chef Baden-Württemberg (v.r.n.l.)

der Selbstverwaltung – staatliche Aufgaben abzugeben – fast bis zur Unkenntlichkeit rückgängig gemacht.

In einem historischen Rückblick, der bis weit vor den Gründungszeitraum der KZVN führte, verdeutlichte Carl Parallelen zu früheren Zeiten. Es sei zu erkennen, dass eine ganze Reihe von Maßnahmen aus der Zeit von 1931 bis 1945 den aktuellen Problemen und Maßnahmen erschreckend ähnelte und damals wie heute zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt hätte. Einzelverträge für die Zulassung zur Behandlung und Vertragsmonopol, so Carl, hätten schon in früheren Zeiten zu wirtschaftlichen Problemen für die Zahnärzteschaft geführt, und Kopfpauschalen anstelle von Einzelleistungsvergütungen

„KZVen haben in einer modernen Gesellschaft auch heute zentrale Funktionen. Sie sind Teil eines lebendigen Pluralismus, der von checks and balances auch außerhalb der staatlichen Gewaltentrias lebt.“

KZBV-Vize Dr. Wolfgang Eßer

hätten schließlich zum Sammeln von Krankenscheinen motiviert.

Die Selbstverwaltung stehe am politischen Scheideweg, davon sei er fest überzeugt. Ob ihre Auflösung Sinn mache, bezweifle er ebenso wie die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankenkassenverbände glücklich darüber wären, wenn sie die komplizierten Aufgaben der KZVen übernehmen sollten.

Jürgen Pischel, Herausgeber und Chefredakteur der DZW, bot in seinem Vortrag in vielen Punkten ein Kontrastprogramm. Ob

er immer das sage, was der Zahnärzteschaft angenehm sei, wisse er nicht, so warnte Pischel seine Zuhörer vor. Dass er die Existenzberechtigung der Körperschaften nicht als zwingend notwendig betrachtete, konnte niemanden unter den Zuhörern überraschen. Die Zukunft gehöre der außervertraglich honorierten Zahnheilkunde, erbracht

durch eine hoch spezialisierte und aus eigener Interessenlage heraus fortgebildete Kollegenschaft. Das System sei jedoch so gefestigt und nicht aushebelbar, dass es seiner Ansicht nach auch in zehn oder zwanzig Jahren noch eine KZV geben werde.

Jobst-Wilken Carl wollte den „schwierigen“ Vortrag von Jürgen Pischel nicht kommentieren. Er resümierte, dass die KZV nur versuchen könne, die bürokratischen Rahmenbedingungen und die Vertragsbedingungen so zu gestalten, dass die Kollegenschaft damit leben könne. Der Erhalt der Freiberuflichkeit stehe dabei im Vordergrund.

Dr. Michael Loewener
Rabensberg 17
30900 Wedemark

Eingespant – zwischen Richtlinien des GBA und Haftungsrecht

Die Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung

Ein Gesundheitssystem, in dem eine Begrenzung der Finanzen einhergeht mit zunehmend strengeren Leistungsanforderungen und Haftungsrisiken, stellt den Arzt immer häufiger vor die unlösbare Aufgabe, den individuellen und gesellschaftlichen Heilauftrag sachgerecht zu erfüllen – konfrontiert mit gesteigerten Erwartungen der Patienten an die Medizin. Die Kluft, die sich da auftut, bedroht viele Niedergelassene und damit die Gesundheit deren Patienten.

Bei den 5. Berliner Gesprächen zum Gesundheitsrecht, im April 2006 in Berlin, stritten sich Juristen, wie zuvor auf dem 6. Deutschen Medizinrechtstag, im September 2005 in Köln, über Verbindlichkeit und Widersprüchlichkeit von politischen Vorgaben und rechtlichen Anforderungen, die insbesondere die Therapiefreiheit der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte zu Lasten der Patienten betreffen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot kann einen Arzt vor die Frage stellen, ob er die vertraglich wie haftpflichtrechtlich begründete höchstmögliche Sorgfalt und beste Vorkehrungen mit ihrem erhöhten Aufwand anwenden darf und anwenden soll. Und bei dem, was der Arzt leisten darf und was nicht, redet wiederum der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) der Selbstverwaltung ein Wörtchen mit, denn nach seinen Beschlüssen wird gemäß § 91 Abs. 9 SGB V des GMG die Leistungspflicht der Kassen ausgelegt. Ein „interessantes“ Spannungsfeld, meinen einige Juristen. Und streiten sich.

Legitimation hinterfragt

Ruth Schimmelpfeng-Schütte, Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, zweifelte die Legitimation des GBA an. Der vonseiten der Kassen und der Ärzte und Zahnärzte paritätisch besetzte GBA müsse sich laut Ruth Schimmelpfeng-Schütte an der Verfassung messen lassen, weil er funktionale Staatsgewalt ausübe. Ihre Kritik begrenzte die Vorsitzende Richterin am Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen ausdrücklich auf die Gesetzeslage, nicht auf die Handelnden im

GBA, die ja den zwar ihres Erachtens zweifelhaften, aber nun einmal derzeit so bestehenden Paragrafen entsprächen. Sie zweifelte vielmehr seine Legitimation an, ver-

Die einander widersprechenden, verbindlichen Ansprüche von Politik und Rechtsprechung empfinden viele Niedergelassene als Zerreißprobe.



bindliche Richtlinien auszusprechen, denn sie gehe nicht auf das vom Volk gewählte Parlament zurück. Ergo überschreite der GBA mit seinen Richtlinienbeschlüssen seine Kompetenz: „Die Selbstverwaltung ist kein souveräner Staat im Staat“. Sei die Legitimation mangelhaft, fuhr Schimmelpfeng-Schütte fort, fehle den GBA-Richtlinien die Normsetzungswirkung gegenüber den Versicherten.

Ihres Erachtens schränkte zudem das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit seinem Urteil vom 5. Dezember 2005 die Entscheidungsbefugnisse des GBA zu Recht deutlich ein „zu Gunsten der Realisierung der Grundrechte des einzelnen Versicherten“. Seinerzeit hatten die Verfassungsrichter in einem konkreten Fall einem jungen Versicherten sein Recht auf eine alternative Heilmethode bestätigt. Ihre Schlussfolgerung: Fehle also eine anerkannte Behandlung lebensbedrohlicher oder tödlicher Erkrankungen und verspreche die Alternative eine Aussicht auf Heilung oder eine spürbare Besserung des Krankheitsverlaufs, be-

stimme sich die Leistungspflicht der GKV in bestimmten Fällen nach dem individuellen Krankheitsbild des Versicherten. Das BVerfG habe mit dem Dezember-Urteil also den Anspruch des Versicherten auf eine neue Methode für begründet erachtet, obwohl der GBA sie abgelehnt beziehungsweise noch nicht anerkannt hatte.

Schimmelpfeng-Schütte schlussfolgert daraus, eine zwar nicht ausdrückliche aber implizierte Verneinung der Verbindlichkeit der GBA-Richtlinienbeschlüsse – diese dürften gegenüber den Patienten nur Empfehlungscharakter haben. Entsprechendes müsse für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte, die anderen Heilberufe, Krankenhäuser und Krankenkassen gelten.

Die Sozialrichterin monierte ebenfalls die Verfahrensordnung des GBA, weil diesem auch hier ein Gestaltungsspielraum eröffnet werde, der dem Gesetzgeber vorbehalten sei: Der Begriff „Nutzen“ zum Beispiel sei inhaltlich nicht bestimmt und könne daher sowohl auf den Vorteil für den Versicherten als auch auf monetäre Aspekte (Stichwort „Analog-Insuline“) ausgerichtet werden. Gleiches gelte für die methodischen Anforderungen an die Bewertung von Maßnahmen – denn die Wahl der Methode bestimme das Ergebnis.

Diesen Vorwürfen widersprach Dr. Rainer Hess, seit 1. Januar 2004 im Amt des unparteiischen Vorsitzenden des GBA. Er sah die Legitimation des GBA als rechtlich gesichert an: Letztlich agierten im GBA Vertreter, die von Gremien der Selbstverwaltung für vier Jahre benannt worden seien. Die Verbindlichkeit der GBA-Richtlinien sieht Hess durch das Dezember-Urteil auch keineswegs aufgehoben, die Richter hätten explizit für diesen Fall befunden: Wer todkrank sei, habe Anspruch auf Heilversuche.

Hess, als Jurist lange als Hauptgeschäftsführer der KBV tätig, wies auch die Kritik von Schimmelpfeng-Schütte zurück, dem GBA mangle es bei der Entscheidungsfindung an Transparenz: „Wir sind so transparent, dass wir unsere Entscheidungen alle im Internet veröffentlichen, dem Ministerium vorlegen...“ Die Nutzenbewertung erfolge via Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). „Da der GBA die Entscheidung vertreten muss, wird er die Plausibilität der Ergebnisse prüfen, sprich die Auswahl der Basis, also auf welchen Untersuchungen oder Studien die Einschätzung durch das IQWiG beruht.“ Dabei entspreche der GBA den gesetzlichen Anforderungen an die fachliche Unabhängigkeit von Sachverständigen (und Mitgliedern) gemäß § 139 b Abs. 6, der die Offenlegung der Beziehungen zu Interessenverbänden, der pharmazeutischen Industrie, der Medizinprodukteindustrie einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen verlange sowie deren Prüfung auf Befangenheit.

Gefährliches Spannungsfeld

Geplagte Berufspolitiker kennen den Druck durch die Politik, die den Deckel auf den Gesamtopf hält, und den Zwang zur Rationierung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot im Interesse aller Versicherter zur Genüge. Mancher niedergelassene Arzt aber, den das Wirtschaftlichkeitsgebot in eine Ecke drängt, in der er zu haftungsrechtlicher Nachlässigkeit gezwungen ist, begrüßte die Kritik der Sozialrichterin. So klagten niedergelassene Gynäkologen etwa über den Widerspruch, bei Patientinnen mit Brustkrebs laut GBA nur eine Mammografie per anno durchführen zu dürfen, während der medizinische Standard – maßgeblich für sie als Arzt und in Haftungsprozessen – zwei vorschreibe. Ihre Frage: Wieso sollen wir Patienten angezeigte medizinische Hilfe laut GBA-Beschlüssen versagen?

Das dürfen die Ärzte laut Haftpflichtrecht nicht einmal, betonte Wolfgang Frahm, Richter am Oberlandesgericht Schleswig: „Der medizinische Standard verlangt, dass der Arzt die Behandlung so vorzunehmen hat, wie es aus berufsfachlicher Sicht seines

Fachbereichs vorausgesetzt und erwartet wird. Der Standard ist dabei wie ein Korridor zu verstehen, innerhalb dessen der Arzt entscheidet.“ Ökonomischen Gesichtspunkten messen die Gerichte hier bislang kaum Bedeutung zu. Sie differenzieren hinsichtlich der Behandlungspflichten nicht danach, ob die Maßnahmen viel oder wenig Kosten verursachen, sondern nur danach, ob diese medizinisch indiziert sind oder nicht.

Daher sei die Kritik zum Beispiel der Gynäkologen an der Gewichtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes berechtigt, ergänzte Prof. Dr. Christian Katzenmeier, Universität Köln: Zwischen dem Haftpflichtrecht und dem Sozialversicherungsrecht bestehe ein Spannungsfeld, angelegt in den Begriffen der erforderlichen Sorgfalt in § 276 BGB als Mindestgrenze und der ausreichenden Versorgung in § 12 SGB V als Obergrenze. Wenn nun das Haftpflichtrecht sich künftig an dem medizinisch Machbaren orientiere und damit tendenziell das optimale fordere, während nach Sozialversicherungsrecht Leistungen nicht erbracht werden dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dann drohten beide Teilrechtsgebiete auseinanderzudriften. Der Niedergelassene würde in dieser Kluft steckenbleiben. Laut Katzenmeier stellt sich vor diesem Hintergrund die brisante Frage, ob das Haftungsrecht unantastbar bleibe für die Politik, und entsprechend ein Bollwerk gegen deren ökonomisch bedingten Begehrlichkeiten zur Kosteneinsparung, oder ob umgekehrt durch die rigide politische Forderungen die Haftung reduziert werden müsse, damit der Arzt – zumindest rechtlich betrachtet – (be-)handlungsfähig bleiben kann. Eine Harmonisierung der gesetzlichen Haftpflichtregeln und der gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsgebote sei noch nicht absehbar. Frahm und Katzenmeier wiesen beide darauf hin, dass zum Beispiel ein Patient auch dann über Behandlungsalternativen vom Arzt aufzuklären sei, wenn die eine der beiden Alternativen über die kassenärztliche Versorgung hinausgeht, der Patient also gegebenenfalls zuzahlen müsste – ansonsten wäre er ja der Möglichkeit privater Zuzahlung enthoben. pit

„Gesundheit für Deutschland“

MIT unterstützt Forderungen der Gesundheitsberufe

Nur ein auf Eigenverantwortung, Wettbewerb und Qualität ausgerichtetes Gesundheitswesen kann angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland Versorgungssicherheit bei Gesundheitsdienstleistungen gewährleisten. Der schwierige Spagat zwischen wachsender Nachfrage einerseits und Beitragssatzstabilität in den Versicherungssystemen andererseits wird nur gelingen, wenn alle drei Elemente gestärkt werden. Nur so kann der Gesundheitssektor als einer der wichtigsten Wirtschafts- und Wachstumsmärkte der Zukunft mit derzeit rund 4,2 Millionen Beschäftigten in Deutschland auch positive Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt entfalten. Unter dieser Prämisse hat die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU/CSU (MIT) jetzt ihre Leitsätze zur Gesundheitspolitik aktualisiert.



Foto: CC

Die MIT setzt sich für die Belange der Gesundheitsberufe und der Patienten ein.

Der MIT-Bundesvorstand verabschiedete das zuvor von einer kleinen Arbeitsgruppe unter Federführung von Hans-Peter Küchenmeister, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und stellvertretender Landesvorsitzender der MIT in seinem Bundesland, erarbeitete Positionspapier Anfang März einstimmig. An den Vorarbeiten im Gesundheitsausschuss der MIT unter Vorsitz von Jens Spahn, MdB, waren aus dem Kreis der Zahnmediziner und Zahntechniker auch Andreas Kruschwitz (KZV Nordrhein), Dr. Franz-Josef Wilde (ZÄK Westfalen-Lippe) sowie Manfred Heckens (Zahntechniker-Innung Rheinland-Pfalz) beteiligt. Küchenmeister wurde zwischenzeitlich zum stellvertretenden Vor-

sitzenden des MIT-Gesundheitsausschusses gewählt.

Für Freiberuflichkeit ...

In ihrem Positionspapier bekennt sich die Mittelstandsvereinigung ausdrücklich zum „Gesundheitsmarkt“. Die Vereinigung fordert eine gesetzliche Grundversorgung sowie mehr Wahlmöglichkeiten des Bürgers bei Umfang und Ausgestaltung seiner Krankenversicherung. Weitergehende Leistungen sollen durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden können. Nach Überzeugung der Mittelstandspolitiker

in der Union muss das Versicherungssystem in allen Bereichen um eine individuell zurechenbare Kapitaldeckung ergänzt werden; Altersrückstellungen sollen portabel sein, also beim Versicherungsverwechsel übertragen werden. Außerdem spricht sich die MIT für eine einheitliche solidarische Grundprämie aus.

In Abgrenzung zur laufenden Diskussion über die nicht-ärztliche Leitung in Medizinischen Versorgungszentren plädiert die MIT für eine Stärkung der Freiberuflichkeit.

Sprachrohr des Mittelstandes

Die MIT versteht sich als politisches Sprachrohr des Mittelstandes in der Union. Der Bundesvorsitzende, Dr. Josef Schlarmann, ist Rechtsanwalt und Steuerberater in Hamburg. Zum Einstieg in die Debatte über ein neues Grundsatzprogramm der CDU hatte Schlarmann in der Financial Times Deutschland (Ausgabe vom 21. 4. 2006) gesagt: „Es hilft nichts, die Konflikte innerhalb der CDU zu verschweigen. Wir haben eine Auseinandersetzung zwischen Marktwirtschaftlern und Planwirtschaftlern.“ Ausdrücklich hatte Schlarmann dabei auf die Gesundheitspolitik verwiesen. Schlarmann fordert, dass die CDU auch weiterhin als Reformpartei erkennbar sein muss: „Dazu werden wir auch die Auseinandersetzung mit den Traditionalisten in der Partei offen führen.“ ■

Bestehende Zulassungsbeschränkungen sollen aufgehoben, der Verwaltungsaufwand im Gesundheitswesen durch Abbau gesetzlicher Vorschriften und Verordnungen reduziert werden. Dabei warnt die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der Union vor einer Fokussierung der Reformdebatte alleine auf die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung. Budgetierung und Regulierung als Instrumente einer Sanierung des Gesundheitssystems werden strikt abgelehnt.

... und Eigenverantwortung

Es müsse auch kritisch hinterfragt werden, ob und inwieweit die ständige Ausweitung von Leistungen und Ansprüchen in den vergangenen Jahrzehnten mit dazu beigetragen hat, dass das System nunmehr in eine Schieflage geraten ist, bei der – ähnlich wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung – immer weniger Beitragszahler immer mehr Leistungsempfängern gegenüberstehen. Gerade die „soli-



Jens Spahn, MdB

Foto: Deutscher Bundestag

darische“ Krankenversicherung müsse daher neu definiert werden. In dem MIT-Positionspapier zur Gesundheit heißt es dazu: „Nicht der Staat garantiert Solidarität. Solidarität ist das Grundgesetz gegenseitiger Verantwortung. Die Stärkung von Freiheit und Verantwortung hat nichts mit Entsolidarisierung zu tun. Jeder Einzelne ist gefordert, seinen persönlichen Beitrag für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit zu leisten.“

Nur wenn der Grundgedanke der Sozialen Marktwirtschaft auch auf dem Gesundheitssektor greift, wird die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems, wird auch die Qualität von

Dienstleistungen und Produkten erhalten bleiben. Das setzt Wettbewerb unter Krankenversicherungsunternehmen wie Leistungsträgern voraus; nur so können eine adäquate Vergütung erbrachter Leistungen und eine faire Preisbildung gewährleistet

werden. Die bisherigen Strukturen sowohl auf Seiten der Krankenkassen wie auch auf Seiten der Leistungsträger will die Mittelstandsunion auf den Prüfstand stellen.

Nach Überzeugung der MIT müssen Krankenversicherungen zudem Anreize zur Stärkung der Eigenverantwortung in Form von Selbstbehalten, Bonusregelungen und Beitragsrückerstattungen leisten. In diesem Zusam-

menhang wird auch „ein konsequenter Wechsel vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip“ gefordert. Bei Zusatzleistungen erhält der Versicherte den Betrag der Grundversorgung in Form eines Festzuschusses. Zuzahlungen, abgedeckt durch Überforderungsklauseln, sollen das Kostenbewusstsein fördern. Alle Daten zur Strukturqualität der Leistungsträger im Gesundheitswesen sollen – als Beitrag zur Transparenz im System – für den Patienten zugänglich sein.

Auch wenn die Umsetzung der MIT-Positionen in der Großen Koalition schwierig wird – Freie Berufe und Mittelstand tun gut daran, die Diskussion innerhalb der demokratischen Parteien aktiv mitzugestalten.

*Rechtsanwalt Peter Knüpper
Hauptgeschäftsführer der Bayerischen
Landes-zahnärztekammer
Fallstr. 34
81369 München*



Foto: ZAK SH

*Hans-Peter Küchenmeister,
Präsident der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein*

Alles in Schuss

Claudia Kluckhuhn

Manchmal ist nach dem Spiel eben nicht vor dem Spiel. Wenn sich der Kapitän verletzt, zum Beispiel. Oder der Libero vom Platz geschickt wird. Ein ganzer Medizinerstab arbeitet daher daran, unsere Elf körperlich und mental topfit zu machen. Und stürmt mit dem Arztkoffer aufs Feld, falls doch ein Spieler per Blutgrätsche zu Boden geht.

Der Fußballtrainer als großer Zampano hat ausgedient. Zumindest in Fußballdeutschland. Hier baut Bundescoach Jürgen Klinsmann nicht nur auf sein eigenes Können, sondern auf die Kompetenz der Fachleute. Zwölf Experten kümmern sich um die 23 Kicker: Drei Ärzte, vier Physiotherapeuten, einen Psychologen und vier Fitnesstrainer umfasst die Helferliga. Der Nationaltrainer propagiert flache Hierarchien statt autoritäres Gehabe, Teamgeist statt Einzelkämpfergebaren oder Starallüren: „Die frühere Form der Hierarchie, dass alle anderen tun, was der Cheftrainer vorgibt, ist nicht mehr produktiv.“ USA-Konzepte, die in der eher konservativen deutschen Fußballwelt nicht unbedingt angekommen. Das weiß auch Klinsmann: „Die

Öffentlichkeit ist gespalten. Der aufgeschlossene Teil hält es für cool, neu und denkt, wir sollten uns auch im Ausland umschauen. Dann gibt es die Konservativen, die sich nur hinstellen und sagen: ‚Wir sind dreifacher Weltmeister‘. Das ist lächerlich!“ Von einer Amerikanisierung des deutschen Fußballs will er dennoch nichts wissen. „Das ist fortschrittliche Sportwissenschaft – sonst nichts.“

Gymnastik im Akkord

Wer beim Training der deutschen Nationalelf zusieht, dem sticht jedenfalls eins ins Auge: Es wird nicht mehr bloß drauflos gebolzt. Stattdessen greift man mehr und mehr auf die Sportforschung zurück und versucht die Ergebnisse in der Praxis umzusetzen. Stabilisationsübungen, Medizinballtraining und Ausfallschritte gehören dabei genauso zum Programm wie die von Kritikern belächelte Gymnastik mit dem Thera-Band. Was nach lässiger Hausfrauenrunde klingt, bedeutet für die Fußballprofis freilich ein schweißtreibendes Workout: Gymnastik im Akkord, Zickzack-Sprints, Ausdauer-tests. Tadellose Fitness soll die fußballerischen Schwachstellen der verjüngten und darum unerfahrenen deutschen Nationalelf ausgleichen.



Foto: Corbis

Nein – die Profikicker machen kein Tai Chi im Grünen, sondern Hardcore-Training für die Oberschenkel.



Ball total. Findet er unter dem Fuß von Hoffnungsträger Miroslav Klose den Weg ins Tor?

Prävention und Training: zwei Zweige eines Baums

„Viele sehen einen Unterschied zwischen Prävention und Training. Für mich sind es zwei Zweige eines Baums“, begründet der von Klinsmann aus den USA importierte Fitnesguru Mark Verstegen, warum seine Aufwärm- und Anti-Verletzungsübungen mit dem Gummiband aussehen wie bei der Krankengymnastik. „Als Erstes wollen wir Schmerzen lindern. Dann verhindern, dass sie wiederkommen. Schaffen wir das, kann der Athlet intensiver trainieren – und ich garantieren, dass er Erfolg hat.“ Mit einem umfassenden Körper-TÜV, bestehend aus vier Fitnesstests, will sich Mannschaftsarzt und Internist Tim Meyer ein Bild von der Körperkraft der Kicker machen. Der „Functional Movement Screen“ etwa misst die Beweglichkeit. Das heißt, die Spieler absolvieren fußballtypische Abläufe im



Foto: Corbis

gungen geübt. Die Fußballer gewinnen dadurch eine stabilere Schusshaltung und reagieren schneller auf Richtungswechsel.

■ Statt Muskelberge anzuhäufen, trimmen die Kicker nach der Schnellkraftmethode: Wenige, extrem schnelle Wiederholungen erhöhen Explosivkraft, Beschleunigung und Schnelligkeit.

■ Um Verletzungen zu vermeiden, werden die Spieler besonders in punkto Flexibilität und Beweglichkeit gedreht.

Einer, der auch zum Ärzteteam gehört, mittlerweile sogar zur Promiriege, ist der Orthopäde Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt. Unter seinen magischen Händen ist schon manch abgeschriebener Fußballer wie ein Phönix von der Trage auferstanden. „Schlüssel zum Erfolg ist die manuelle Diagnostik, die jeder apparativen überlegen ist“, beschreibt Müller-Wohlfahrt seine Arbeit. „Man muss in den Muskel hinein fühlen, um die verletzte Stelle genau aufzuspüren.“ Nicht nur das Körpertuning, auch die Seelenmassage trägt entscheidend dazu bei, dass ein Spieler optimale Leistung bringt. Wer gut drauf ist, kickt besser. Stress und private Probleme schmälern dagegen das Spielvermögen. Deshalb sorgt Mannschaftspsychologe Hans-Dieter Herrmann dafür, dass sich die Dribbler auch seelisch im Lot befinden. Und schickt fürs Wohlbefinden auch die Spielerfrauen plus Kids mit in die Trainingscamps. Denn ist ein Team fit, kann es das Spiel selbst in den Schlussminuten noch drehen.

Schnelldurchlauf. Hinterher wird aus den Daten die individuelle Leistungsgrenze berechnet. Beim anschließenden „Agility Test“ steht die Wendigkeit im Mittelpunkt: Abstoppen, drehen und sprinten. Wie lang die Ballkünstler für die Schlangenlinien brauchen, wird via Lichtschranken erfasst. Alles in allem geht es um Kraft, Kondition und Koordination. „Die Spiele werden in den Zweikämpfen entschieden“, argumentiert Klinsmann. „Wir müssen die nötige Körperspannung aufbauen, damit wir den anderen den Schneid abkaufen können.“

Pimp your Body

Das bedeutet im einzelnen:

■ Stabilität ist das A und O. Der Rumpf ist Ausgangspunkt jeder Bewegung. Um die Rumpfmuskulatur zu stärken, müssen die Spieler Bauch und Rücken anspannen, Körperrotationen vermeiden.

■ Es geht nicht darum, einzelne Muskeln zu stählen, sondern eine komplette Muskelpartie, also die „drei Säulen der Kraft“: Beine, Rumpf, Schultern. Aber nicht allein Kraft ist ausschlaggebend, vielmehr werden Bewe-



Foto: dpa

Ballack am Boden – Klinsi geknickt. Allein der Mannschaftsarzt bringt den Stürmer jetzt wieder auf zack.



Foto: dpa

Beim Fitness-Check müssen die Kicker ihre Füße in die Hand nehmen, denn nur die Schnellen kommen in den Kader. Co-Trainer Jogi Löw stoppt die Zeit.

Stippvisite auf dem Rasen

Vorbereitung – gut und schön. Doch was macht der Arzt, wenn ein Spieler nach einem Foul blutend am Boden liegt? Der Zuschauer sieht in der Übertragung den Doktor auf das Spielfeld rennen: ein Pflaster, ein Spray – plötzlich kann der Verletzte wieder schießen wie ein junger Gott.

Was im Fernsehen wie ein Wunder wirkt, ist in Wirklichkeit freilich dem Reaktionsvermögen des Mannschaftsarztes zu verdanken. Natürlich hat der in seinem Koffer neben Eisspray, Desinfektionsmitteln und Pflastern auch Verband und Tamponaden dabei. Viel wichtiger ist aber, dass er zügig und zuverlässig die Schwere der Verletzung erkennt sowie die Verfassung des Spielers richtig einschätzt, bevor er therapiert. Bei einem harten Kicker heißt es Wunde verbinden beziehungsweise tackern und dann weiter spielen. Beispiel Dieter Hoeneß. Der Bayernstürmer stieß 1982 im DFB-Finale mit einem Gegner so heftig zusammen, dass er eine schlimm blutende Platzwunde am Kopf davon-



Foto: dpa

Zieht hier den Kürzeren: Mittelfeldspieler Bernd Schneider im Kopfballduell.

trug. Müller-Wohlfahrt legte ihm einen Verband an und Hoeneß köpfte mit Turban noch den Schlusstreffer zum 4:2. Anders bei Eberhard Lienen von Arminia Bielefeld. Der Spieler wurde 1981 gezielt mit einem Stollen niedergestreckt und erlitt eine 30 Zentimeter lange Risswunde. Lienens Oberschenkel klappte – kein noch so versierter Notarzt hätte den Arminien via Intensivmedizin wieder auf die Beine gebracht.

Asamoah und das Herz

Auch auf oberster Ebene, beim Weltverband Fifa und dem Organisationskomitee (OK), hat die Gesundheit der WM-Fußballer Priorität. Prof. Dr. Wilfried Kindermann, ehemaliger Internist der deutschen Auswahl und jetzt Chief Medical Officer des OK, hat bereits im Vorfeld einen Untersuchungsbogen für die Kicker entworfen. Wer den nicht ausfüllt, spielt auch nicht mit. Ein Kernthema: der plötzliche Herztod. Eine intensive Herzuntersuchung ist erstmals Pflicht. Aus gutem Grund, schließlich ereilte der tragische Tod auf dem Spielfeld in jüngster Zeit vier Profis – Marc-Vivien Foé (Kamerun, Confed Cup 2003), Miklos Feher (Benfica Lissabon, 2003), Serginho (Sae Caetano, 2004) und Hugo Cunha (Uniao Leiria, 2005) – ohne Vorwarnung und innerhalb weniger Sekunden.

Auch in Deutschland ist das Risiko „plötzlicher Herztod“ bekannt: Wegen einer verdickten Herzwand drohte dem Schalcker Stürmer Gerald Asamoah vor drei Jahren das Karriere-Aus. Nach einem Zweitligaspiel mit Hannover 96 hatten den Stürmer Schwindel und Schweißausbrüche gepackt. Ein Spezialist stellte einen erblichen Herzfehler fest und riet zum Abschied vom grünen Rasen. Letztlich bezifferten amerikanische Herzspezialisten Asamoahs Gesundheitsrisiko jedoch auf unter ein Prozent. Der Ghanaer durfte weiter spielen. Seit er wieder das Runde ins Eckige lenkt, steht immer ein Reanimationsgerät parat. Die einzige Chance des Ghanaers: ärztliche Hilfe binnen drei, vier Minuten.

WM-Chefarzt Prof. Kindermann exklusiv in den zm

„Ich selbst organisiere als WM-Chefmediziner die medizinische Betreuung in den zwölf Spielorten, also von Hamburg über Berlin bis München. Dazu gehört die Unterstützung der Mannschaftsärzte aller 32 Teams bei medizinischen Problemen, die medizinische Betreuung des Innenraums der Stadien einschließlich des VIP-Bereichs und die Organisation von Dopingkontrollen. Zusammen mit dem Roten Kreuz muss in allen Stadien eine Organisationsstruktur aufgebaut werden, die es möglich macht, beispielsweise ein flimmerndes Herz innerhalb der kürzest möglichen Zeit mit einem Defi zu entflimmern.“



Foto: dpa

Ich selbst bin während der WM die meiste Zeit im FIFA-Hauptquartier in Berlin und organisiere und koordiniere von dort aus, aber reise auch zu Stippvisiten in die verschiedenen Spielorte. Für jeden Spielort habe ich schon vor längerer Zeit einen verantwortlichen Arzt, in der FIFA-Sprache Local Medical Officer, benannt, der mit einem Team die medizinische Betreuung am Spielort durchführt. Außerdem sind für jeden Spielort Kliniken benannt worden für die Diagnostik und Behandlung von Spielern, Offiziellen, FIFA-Akkreditierten und Personal des OK der WM. In der Regel sind das Kliniken der Maximalversorgung, also Krankenhäuser, in denen alle Fachdiszipli-

nen vertreten sind und die über 24 Stunden zur Verfügung stehen.

Die mittelbare medizinische Betreuung der Mannschaften geschieht durch die Mannschaftsärzte. Ich selbst bin zehn Jahre der internistische Mannschaftsarzt der deutschen Nationalmannschaft gewesen. Diese Funktion hat jetzt mein Mitarbeiter, Dr. Tim Meyer.

Von unserem Institut wird auch die konditionelle Leistungsdiagnostik der Fußballelf durchgeführt. Die unmittelbare Betreuung der Mannschaft gehört aber nicht zu meinen Aufgaben als WM-Chief Medical Officer. Unsere medizinische Betreuung bezüglich der Mannschaften setzt dann ein, wenn diese Unterstützung benötigen und verletzte Spieler vom Spielfeld getragen werden müssen. Außerdem werden wir die Mannschaftsärzte der 32 Mannschaften unterstützen, wenn sie nach Deutschland kommen und ihre Quartiere, die Team Base Camps, beziehen. Einige Mannschaften sind schon ab der zweiten Maihälfte in Deutschland.

Erstmals verlangen wir verpflichtend Gesundheits-Check-ups für alle Spieler, die bis zu Beginn der WM durchgeführt werden müssen. In Abstimmung mit der FIFA habe ich einen standardisierten Untersuchungsbogen entworfen, der einen

allgemeinmedizinischen Teil, einen Herz-Kreislaufteil und einen orthopädischen Teil enthält. Mit diesen Untersuchungen soll erreicht werden, dass die Spieler in gesundem Zustand in Deutschland antreten und das Risiko von plötzlichen Herztodesfällen minimiert wird. Der plötzliche Herztod beim Sport ist zwar ein seltenes Ereignis, aber ein toter Fußballspieler ist immer einer zuviel. Durch qualifizierte ärztliche Untersuchungen können die meisten der plötzlichen Herztodesfälle beim Sport verhindert werden. Dieser Herausforderung müssen wir uns stellen.

Dopingkontrollen werden vor und während der WM durchgeführt. Vor der WM erfolgen Trainingskontrollen, pro Mannschaft werden dabei mindestens vier Spieler kontrolliert. Bei jedem Spiel werden dann pro Mannschaft zwei Spieler zu Dopingkontrollen ausgelost.

Die Vorbereitungen für eine funktionsgerechte medizinische Betreuung und Versorgung bei der Fußball-WM 2006 laufen bereits seit knapp zwei Jahren. Damals habe ich die zwölf Local Medical Officers für die Spielorte benannt, sodass genügend Vorlaufzeit blieb, die weiteren Mitarbeiter vor Ort zu rekrutieren.

Unsere Arbeit geschieht zum größten Teil ehrenamtlich. Auf meinen Wunsch hin hat mir das OK der WM, also der DFB, Jochen Reske als Assistenten zur Seite gestellt. Wir beide sind 1962 in der 4 x 400 m-Staffel gelaufen, die damals den EM-Titel gewann. In unserer bisherigen Zusammenarbeit hat sich das als sehr gutes Omen herausgestellt.“

Jenseits der Spielerbetreuung müssen aber auch die medizinischen Rahmenbedingungen in den Stadien stimmen. Von der Wegausschilderung bis hin zum 24-Stunden-Dienst in der Notfallklinik. Im Ernstfall muss eben auch eine Kernspintomographie zu nachtschlafender Zeit möglich sein.

Dass in zahlreichen Stadien aus Medizinersicht noch nicht alles perfekt war, stellten Kindermann und Kollegen beim Confed Cup



Foto: dpa

Vöglein flüüeg! Abheben werden die Spieler nach dieser Übung zwar nicht, aber sie üben das Gleichgewicht und damit ihre Schusskraft.

2005 fest, der als Generalprobe für die WM galt. „Da war ein Fahrstuhl so kurz, dass eine normale Trage nicht hineinpasste“, erinnert sich Kindermann. Inzwischen sind solche Stolpersteine aus dem Weg geräumt. Hoffen wir also, dass die deutsche Elf nicht allzu früh nach Hause geht. Und machen uns die Haltung Andi Möllers zu eigen. Der hatte immerhin stets „vom Feeling her ein gutes Gefühl.“

Not am Mann im Stadion

Am 9. Juni startet die Fußball-WM. Rund 66 000 Zuschauer werden beim Eröffnungsspiel Deutschland – Costa Rica live dabei sein und das Münchner Stadion in einen tosenden Hexenkessel verwandeln. Vom Kollaps bis zum Krawall kann hier alles passieren. Während Klinsis Jungs um den Sieg kicken, kümmern sich Sanitäter, Polizisten und Ordner um Sicherheit und Erste Hilfe. Eine Herkulesaufgabe – auch für die Technik.

Block C, Reihe 221: Ein Mann bricht zusammen, verliert das Bewusstsein. Er braucht dringend ärztliche Hilfe. Seine Freunde geraten in Panik, doch drei Meter weiter kriegen die Fans schon nichts mehr von dem Schwächeanfall mit. Am anderen Ende der Arena, in einem der Parkhäuser, demoliert derweil ein betrunkenen Fan die Autos. Zwei von vielen Zwischenfällen, die bei der Fußball-WM geschehen könnten. Aber wie soll man in diesem Chaos fix den Arzt benachrichtigen? Wie den Randalierer finden? Wir sind schließlich auf einem Mega-Event: Das WM-Stadion ist ausverkauft. Überall Menschenmassen, ungeheurer Lärm.

Das Chaos bezwingen

Wie schnell der Mediziner zur Stelle ist, hängt deshalb vor allem von der Koordination des Notfallteams ab. Der Einzelne kann in diesem Tohuwabohu unmöglich den

Überblick behalten – umso wichtiger also, dass das Management den Einsatz zentral steuert. Damit der Patient schnell Hilfe erhält, reicht es nicht, den Notfall zu orten. Auch die aktuelle Position der Rettungskräfte muss bekannt sein.

Nur dann können die Einsatzleiter den Mann, der „am nächsten dran“ ist, zur Unfallstelle schicken.

Dasselbe gilt für Krawalle und Überfälle: Auch hier ist es wichtig, dass Polizisten und Ordner den Ort des Geschehens und den Standort der eigenen Leute lokalisieren können. Wie in einem Koordinatensystem werden Standort von Täter, Opfer und Helfer ausgemacht bevor sich die Ordnungshüter einschalten.

Vorbild römische Arena

Aber alles einfacher gesagt als getan. Stellen wir uns das Münchner Stadion vor: Ein Rie-



senzeppelin mit weit ausladendem Zeltdach, 259 Meter lang, 227 breit und 50 hoch. Allein die Fundamente sind zum Teil so groß wie Einfamilienhäuser und wiegen bis zu 180 Tonnen; die Membrandachhülle bedeckt eine Fläche von 64 000 Quadratmetern. Die Ränge, beinahe so steil wie in einem medizinischen Hörsaal, umfassen 20 000 bis 24 000 sich auftürmende Sitzplätze. Die Spieler erscheinen dadurch fast zum Greifen nah, wie in einer römischen Arena.

Alles in allem ein riesiges Areal. Viel Platz, aber ungeheuer unübersichtlich. Denn Block-Absperrungen, Notausgänge und Treppenzüge machen aus dem Stadion ein Labyrinth. Das heißt, nicht unbedingt der Arzt, der sich laut Luftlinie unmittelbar am Unfallort befindet, ist auch am schnellsten da.

Damit die Erste Hilfe trotzdem funktioniert, hat die Telekom, Hauptsponsor der WM, sich eine neue Technik einfallen lassen. Tetra, neudeutsch Terrestrial Trunked Radio, heißt das digitale Funksystem. Kämpften Sicherheitsleute auf Gigaveranstaltungen bislang mit Rauschen, Knacken und instabilen Netzen, loggten sich umständlich ein und haderten deshalb mit reibungslosen Abläufen im Notfall, soll mit Tetra alles anders werden. „Schnelle und störungsfreie Kom-



Die Reihen sind leer, der Weg ist frei. Im ausverkauften Stadion ist es für die Rettungshelfer dagegen schwer, rechtzeitig zur Unfallstelle zu gelangen.



Foto: Allianz-Arena

Gerammelt volle Tribünen im Münchner Allianz-Stadion. Was bei den Fans die Stimmung krachen lässt, sorgt bei den Rettungskräften in der Regel für einen harten Arbeitstag.

munikation“ sind die Vorzüge, mit denen die Telekom-Tochter T-Systems punkten will. Der Ruf baut sich innerhalb einer halben Sekunde auf und ist absolut abhörsicher, verspricht die Telekom. Wie beim Handy kann man gleichzeitig hören und miteinander sprechen. Sogar durch die Stahlbetonwände des Stadions. Selbst wenn 1 000 Fans ihren Freunden zu Hause den Führungstrefker Prinz Poldis als Bild aufs Handy schicken,



Foto: T-Systems

Gestern war Chaos, heute ist Tetra. Mit diesem Gerät kann man den Noteinsatz neu ordnen, meint Telekomtochter T-Systems.

bricht die Leitung nicht zusammen – Tetra nutzt einen autarken, von Mobilfunknetzen unabhängigen Frequenzbereich. Außerdem schluckt das System die Störgeräusche. Dadurch ist die Sprachqualität trotz La-Ola-Wellen und Fanhymnen einwandfrei.

Nur ein Wimpernschlag

Im Unterschied zum analogen Funkverkehr, den die Polizei trotzdem weiter nutzen kann, stellt Tetra ein Netz für alle parat, sodass nicht mehr jede Gruppe abgeschottet ihr eigenes Netz betreibt. Von Klinsmann bis zum Platzanweiser sind alle auf Knopfdruck erreichbar. Jedes Einsatzteam, egal ob im Bereich Sicherheit, Notfallversorgung oder Organisation, kann per Funk Kontakt aufnehmen. Alles in allem können sich 2000 Anwender einschalten. Insgesamt deckt das Netz die Arena, alle vier Parkhäuser, die Esplanade und den Außenbereich ab. Binnen eines Wimpernschlags kann ein einzelner Arzt mit Tetra alle anderen kontaktieren. Per Gruppenruf lassen sich Teams von mehreren Tausend Mann von der Zentrale übergreifend dirigieren. Hat ein Einsatz Priorität, können die Leiter Anrufe vorziehen

und eine Rangfolge der Gespräche festlegen. Absoluten Vorrang hat der Notruf – er unterbricht alle laufenden Gespräche und erreicht alle Nutzer gleichzeitig.

Mit Tetra kann man sich aber nicht nur verständigen. Neben Sprache lassen sich auch Daten, beispielsweise Kurztexte und Bilder, übertragen. Außerdem hat das Walkie Talkie-ähnliche Gerät ein Display. Damit können die Notärzte und Sanitäter sehen, wer aus der Gruppe wo steht und gezielt den anpiepen, der gerade gebraucht wird. Angezeigt wird außerdem, wer zugeschaltet ist und mit wem spricht. Für den Einsatzleiter ein großes Plus: Geht bei ihm ein Notruf ein, kann er den Mediziner schicken, der strategisch günstig steht und ruckzuck am Ziel ist.



Foto: dpa

K.-o.-Schlag im Stadion. Die Helfer haben alle Hände voll zu tun: Gehen gegnerische Fans aufeinander los, geht es ans Eingemachte.

T-Systems plant jedoch noch weiter: Ist der Digitalfunk erst bundesweit eingeführt, könnten die Sanitäter, so das Unternehmen, Infos und Diagnosen direkt ans nächste Krankenhaus übertragen. Sind alle Betten belegt, informiert die Klinik die Rettungskräfte über die Kapazitäten anderer Häuser. Eine erste Generalprobe hat Tetra in Bundesligaspielen bereits bestanden. Vieles ist dennoch Zukunftsmusik – ob die Technik taugt, zeigt die WM. ck

Die Welt zu Gast beim Zahnarzt

WM-Karten in der Tasche und dann zwickt der Zahn? Was heimische Anhänger als äußerst lästig empfinden, ist für ausländische Fußballfans ein echtes Drama. Die Zahnmedizinstudenten der Uni Witten-Herdecke haben deshalb einen ganz besonderen Service im Angebot: Sie helfen schmerzgeplagten WM-Besuchern mit Infos und einer Notbehandlung über die Runden. Völlig unbürokratisch. Im Zweifel sogar ohne Versicherungskarte, ohne Gebühren. Einzig benötigter Passierschein: das WM-Ticket.

Der Idee entstand auf dem Campus: „Wir haben über das Motto der WM nachgedacht“, erzählt Ina Wüstefeld, Zahnmedizinstudentin im achten Semester und Mitinitiatorin des Projekts. „Die Welt zu Gast bei Freunden. Und was tun Freunde? Im Notfall schnell helfen.“ Rasch war klar, dass die 150 Zahnmedizinstudenten in Witten-Herdecke das machen, was sie am besten können: bohren, füllen, extrahieren.

Denn eins steht für die künftigen Zahnärzte fest: „Während der WM sind Fußballfans aus der ganzen Welt bei uns zu Gast. Da treten auch zahnmedizinische Probleme auf.“ Ein heimischer Fußballgucker handelt bei Zahnschmerzen wie immer – er geht zu seinem Hauszahnarzt. Aber was machen die WM-Besucher aus dem Ausland? Ein argentinischer Fan mit dicker Backe hat weder eine gültige Versicherungskarte noch eine Praxisadresse. Und hier kommen Wüstefeld und das Projekt ins Spiel.

Fifa schießt quer

Ursprünglich wollten die Studenten ihre Hilfe direkt im Stadion anbieten. Doch der Weltfußballbund stellte sich quer: Das Terrain ist während der WM Hoheitsgebiet der Fifa, und die erlaubt weder einen solchen Service, noch unterstützt sie das Projekt formell. Nach diesem Rückschlag hieß es umzudenken.

Jetzt findet die Behandlung direkt auf dem Campus in Witten-Herdecke statt. Was nicht unbedingt von Nachteil ist: Behandlungszimmer, Instrumente und Ärzte sind vorhanden. Ebenso der Notdienst, der zur WM entsprechend ausgeweitet wird. Zwei Vorkliniker, zwei Kliniker und ein Zahnarzt übernehmen dann die Versorgung, ein Arzt

hat zusätzlich Bereitschaft. Therapiert werden ausnahmslos Schmerzpatienten, spricht, Notfälle. Wer darauf spekuliert, ihm würde das Gebiss komplett saniert, ist hier an der falschen Adresse.

Geht aber ein Fan im Freudentaumel versehentlich zu Boden und ihm bricht dabei ein Stück des Frontzahns ab, wird er in Witten-Herdecke behandelt. Dass eventuell auch

spielen. Neben dem fachlichen Know-how sind daher auch Sprachkenntnisse gefragt: Treffen am 29. Juni in Gelsenkirchen Portugal und Mexico aufeinander, muss im Notfallteam jemand dabei sein, der Portugiesisch und Spanisch spricht.

Insgesamt werden die WM-Fans so behandelt wie Notfallpatienten generell. „Wir werden es hauptsächlich mit Abszessen, Frakturen sowie herausgefallenen Brücken und Kronen zu tun haben“, vermutet Wüstefeld. „Und sicherlich ist im ein oder anderen Fall auch Alkohol im Spiel.“ Kommt ein Patient in die Sprechstunde, füllt er einen Anamnesebogen aus – wahlweise auf Englisch oder Deutsch – und nennt für die Statistik und eventuelle Nachfragen des Zahnarztes zu Hause Name und Adresse. Dann legt er die Eintrittskarte vor und frei ist der Weg zum Behandlungsstuhl.



Foto: Uni Witten-Herdecke

Notfallversorgung in Witten-Herdecke: Schmerzgepeinigten WM-Fans sind bei Ina Wüstefeld in guten Händen.

Kein Geld von Freunden

Finanziert wird das Projekt von der Uni. „Freunde nehmen doch kein Geld von Freunden“, sagt Wüstefeld.

Aber nicht nur angeschlagene WM-Fans sind hier richtig: Wem der heimische Fernseher zu mickrig ist, kann das Giga-Event im Audimax auf Großleinwand gucken. Die Studenten zeigen die WM-Spiele und sorgen nebenbei für Speis und Trank. Keine Frage: In Witten-Herdecke werden Sie geholfen. ck

■ Mehr unter www.wm-zahnklinik.de, Ansprechpartner sind Ina Wüstefeld und Prof. Zöllner

Differentialdiagnose der Weichgewebstumoren der Mundhöhle

Intraorales Lipom

Oliver Driemel, Rainer S. R. Buch, Torsten E. Reichert



Abb. 1: Intraoraler Befund zum Zeitpunkt der Erstvorstellung: im Durchmesser zirka 2,5 Zentimeter große, kugelige, glatt begrenzte Raumforderung am Arcus palatoglossus mit oberflächlichem, fibrinbelegtem Ulkus, umgeben von einem entzündlich-hyperplastischen Randwall

Fotos: Driemel

Ein 72-jähriger, differenzierter Patient in gutem Allgemein- und normalem Ernährungszustand (72 kg, 180 cm) stellte sich aufgrund einer kugeligen Geschwulst im Bereich der rechten hinteren Mundhöhle vor, welche er zum ersten Mal vor zirka drei Monaten bemerkt hatte. Er berichtete, dass die Veränderung seitdem, wenn überhaupt, nur gering gewachsen sei. Zusätzlich gab er an, dass die Gewebsvermehrung zwar nicht schmerzen, ihn aber beim Tragen seiner Prothesen stören würde.

Bei der intraoralen Untersuchung zeigten sich Ober- und Unterkiefer zahnlos. Im Bereich des Überganges des rechten Kieferwinkels zum Arcus palatoglossus imponierte eine zirka 2,5 Zentimeter (cm) im Durchmesser große, kugelige, glatt begrenzte Raumforderung mit einem oberflächlichen, fibrinbelegten Ulkus (Abbildung 1). Palpatorisch stellte sich der Tumor weich und prall-elastisch dar. Die Zunge war in alle Richtungen frei beweglich. Das Orthopantomogramm ließ keine Osteoly-

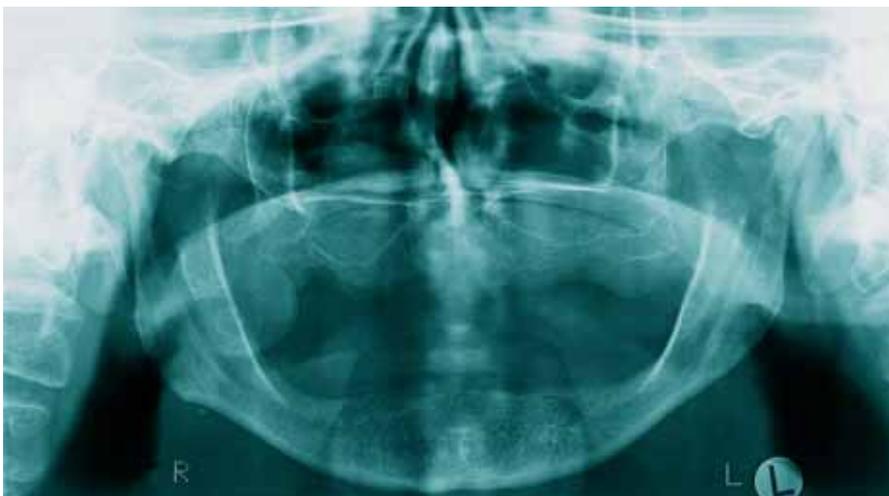


Abb. 2: Orthopantomogramm bei der Erstvorstellung: Zahnloser atrophischer Ober- und Unterkiefer. Runde, scharf begrenzte, weichteildichte Verschattung im Bereich der rechten Mundhöhle mit Projektion auf den linguale Anteil des rechten Kieferwinkels



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

sen als Zeichen einer knöchernen Infiltration beziehungsweise Destruktion erkennen (Abbildung 2).

Als weiterer diagnostischer Schritt erfolgte ein Probeexzision in Lokalanästhesie. Die histopathologische Begutachtung diagnostizierte ein oberflächlich ulzerierendes Lipom. Es schloss sich die vollständige Exzision ohne Sicherheitsabstand, aber mit Entfernung der durch das Tumorstadium überschüssigen Mundschleimhaut an (Abbildung 3). Die abschließende histopathologische Begutachtung sicherte sowohl die Diagnose als auch die vollständige Entfernung des abgekapselten Tumors (Abbildung 4).



Abb. 3a: Resektat: Das Fettgewebe schimmert gelblich durch die dünne bindegewebige Kapsel; b: Querschnitt durch das Resektat: Glänzende, grau-gelb-weiße Schnittfläche

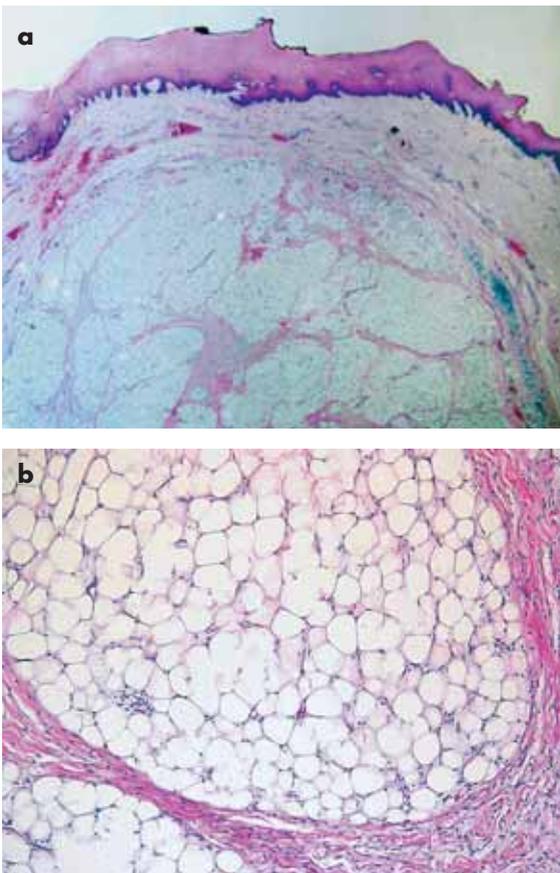


Abb. 4a: Histopathologischer Befund: Das Fettgewebe wird durch gefäßreiche, fibröse Septen mit gleichförmigen Stromazellen in kleinere Läppchen gegliedert (H&E, x16).
b: Histopathologischer Befund: Gleichförmige, reife Adipozyten ohne Atypien (H&E, x100)

Diskussion

Das Lipom (WHO-Tumorhistologieschlüssel ICD-O 8850/0) bezeichnet einen gutartigen Weichgewebstumour mesenchymalen Ursprungs, welcher überall im Körper entstehen kann. Während im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich der Hals eine Prädisloktionsstelle darstellt, treten Lipome intraoral, wie im vorliegenden Fall, selten auf [Thompson et al., 2005]. Sie bestehen aus reifen Fettzellen, die in Läppchen angeordnet sind und von gefäßreichen bindegewebigen Septen durchzogen werden [Said-Al-Naief et al., 2001; Darling and Daley, 2005]. Geht der Anteil des fibrösen Bindegewebes über das im normalen Fettgewebe übliche Maß hinaus, wird der Tumor als Fibrolipom bezeichnet [Darling and Daley, 2005], ohne dass hieraus ein unterschiedliches Behandlungskonzept resultiert [Fregnani et al., 2003].

Das vorgestellte intraorale Lipom besaß das klassische biologische Verhalten gutartiger Tumoren. So ließ sich das Lipom intraope-

rativ aufgrund seiner histopathologisch bestätigten, bindegewebigen Kapsel gut vom umgebenden Gewebe trennen und erlaubte eine größtenteils stumpfe Präparation. Die klinisch und im Orthopantomogramm ausgeschlossene Infiltration und Destruktion der Zunge, des Mundbodens, Rachens und des Unterkiefers sprachen eindeutig für die gutartige Dignität des Tumors. Da Lipome als gutartige Entität nicht metastasieren, wurde bewusst auf ein weiteres Tumorstaging verzichtet. Trotz des langsamen Wachstums können Lipome bei längerem Bestehen eine erhebliche Größe annehmen und zur Verdrängung sowie zur Druckatrophie der angrenzenden Weichgewebe führen [Ehrenfeld und Prein, 2002]. Aufgrund der Tumorgröße ist im vorliegenden Fall von einem

längeren Tumorwachstum auszugehen, als es vom Patienten beobachtet wurde. Das oberflächliche Ulkus war am ehesten traumatischer Genese.

Noch seltener als intraorale Lipome können in der Mundhöhle andere benigne Fettgewebstumoren, wie das Lipoblastom, das Angiolipom, das Myolipom, das spindelzellige Lipom oder das Lipom der kleinen Speicheldrüsen, auftreten [Weiss and Goldblum, 2001; Fregnani et al., 2003]. Von diesen gutartigen Fettgewebstumoren müssen die unterschiedlichen Subtypen des Liposarkoms als maligne Entitäten durch eine Gewebeuntersuchung abgegrenzt werden [Ehrenfeld und Prein, 2002; Thompson et al., 2005]. Insbesondere eine Unterscheidung des gutartigen Lipoms vom gut differenzierten Liposarkom (Grad I) kann sich schwierig gestalten [Thompson and Fanburg-Smith, 2005].

Während bei allen gutartigen Fettgewebstumoren die vollständige Exzision die Behandlungsmethode der Wahl bietet [Thompson et al., 2005] und das Auftreten

Fazit für die Praxis

- Lipome können sich nicht nur extraoral am Körperstamm und in den Organen bilden, sondern selten auch in der Mundhöhle auftreten.
- Die auffallend prall-elastische Konsistenz ermöglicht zwar meist bereits klinisch eine zuverlässige Verdachtsdiagnose, erfordert aber stets eine histopathologische Diagnosesicherung und Abgrenzung von malignen Fettgewebstumoren.
- Während oberflächliche intra- und extraorale Lipome durch eine gelbliche runde Vergrößerung imponieren, kann bei tiefer gelegenen Fettgewebstumoren der typische gelbliche Farbton nicht durch die Haut- beziehungsweise Mundschleimhaut scheitern.

von Rezidiven unwahrscheinlich werden lässt [Fregnani et al., 2003; Darling and Daley, 2005], erfordern Liposarkome ein invasiveres Therapiekonzept mit ausgedehnter chirurgischer Resektion und eventueller postoperativer Strahlen- und Chemotherapie [Ehrenfeld und Prein, 2002].

Dr. Dr. Oliver Driemel
Dr. Dr. Rainer S. R. Buch
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

Die histopathologischen Bilder (Abbildungen 4a und 4b) wurden uns freundlicherweise von Dr. med. Stephan Schwarz, Institut für Pathologie der Universität Regensburg, zur Verfügung gestellt.



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



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

20 Jahre keramische CEREC CAD/CAM Restaurationen

Technischer Stand und klinische Bewährung

Werner H. Mörmann

Heute stellen über 17 000 Zahnärzte, nahezu 100 Universitätsinstitute und mehr als 3 000 Zahntechniker weltweit Keramikrestaurationen entweder direkt in der Praxis/Klinik oder im Labor mit CEREC her. Etwa zwölf Millionen CEREC Restaurationen wurden bisher klinisch eingesetzt. Jeder vierte Zahnarzt in der Stadt Zürich verwendet das Verfahren. Bewähren sich die Restaurationen? Geht es auch ohne Adhäsivtechnik? Wie ist die Ästhetik? Welche Probleme gibt es? All das verhandelten die über 1 100 Teilnehmer aus 24 Nationen anlässlich des Jubiläumssymposiums in Berlin. Der vorliegende Bericht gibt den Stand nach 20 Jahren Entwicklung und Anwendung wieder.



Fotos: Mörmann

Abbildung 1: Blockkeramiken Mark II (Vita), ProCAD (Ivoclar Vivadent). Ästhetische, hochglashaltige Keramiken, aus feldspathischen oder synthetischen Aluminosilikatgläsern als Matrix, mit unterschiedlichen hoch schmelzenden Glasfüllerzusätzen (Nephelin, Albit beziehungsweise Leuzit) [Kelly].

Technik für Zahnarzt und Zahntechniker

CEREC fertigt keramische Restaurationen in der Praxis derart, dass der Patient in einer Sitzung definitiv keramisch versorgt werden kann [Mörmann und Brandestini]. Für Patienten ist das attraktiv.

1. Die Präparation wird entweder direkt im Mund mit der 3D Mundkamera oder im Labor mit dem extraoralen Scanner „inEOS“ in Sekundenbruchteilen aufgenommen.
2. Der Computer stellt auf dem Monitor ein dreidimensionales digitales Modell der Präparation, der Nachbarzähne und des zentrischen Registrates her.

3. Der Zahntechniker arbeitet ohne Wachmodellation, Einbettung, Gießen oder Heißpressen. Das System schlägt aus der Zahndatenbank oder Zahnbibliothek das fertige Inlay, Onlay, Overlay (Teilkrone), Veneerschale, Vollkrone, Coping oder Brückengerüst vor.
4. Der Computer steuert das Formschleifen der Restauration aus der gewählten Blockkeramik.
5. Der Zahnarzt setzt die Restauration adhäsiv ein, um den Zahn und die Keramik zu schienen.

„Chairside und inLab“ CAD/CAM in den USA

Dr. Rella Christensen PhD und Dr. Gordon Christensen PhD, Provo, Utah, USA, weisen darauf hin, dass die CEREC chairside Ferti-

gung keramischer Restaurationen in einem wachsenden Anteil der Routinepraxen in den USA angewendet wird. Entscheidend für die Patienten und die Zahnärzte ist die Fertigstellung der keramischen Restaurationen in einer Sitzung. Das Wegfallen der Laborkosten ermöglicht eine hohe Wertschöpfung und versetzt den Zahnarzt in die Lage, den Patienten bei den Kosten flexibel entgegenzukommen. Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass der erfolgreiche Einsatz der chairside Methode eine Anwendungsroutine ohne Berührungsangst gegenüber dem Computer erfordert. Die computergestützte Menüsteuerung ist jedoch inzwischen als Allgemeingut bei der Bedienung technischer Geräte zu betrachten und stellt bei Zahnärzten und Zahntechnikern kein Problem dar. Die erfolgreiche Anwendung der CEREC chairside Fertigung keramischer Restaurationen fasziniert die Patienten und den Zahnarzt [R. Christensen].

Die Bedienung von CEREC wird durch die anschauliche, intuitiv anwendbare 3D Software leicht gemacht, CEREC ist eine typische Methode unserer Zeit. Speziell in den USA steht die Zahntechnik im Wettbewerb mit off-shore Billigangeboten [G. Christensen]. Dadurch entsteht ein Druck zur Rationalisierung und Standardisierung von Produktionsprozessen, in der Praxis wie auch im Labor, zum Beispiel zur Auslagerung der Gerüstproduktion in zentrale industrielle Fertigungszentren. Die Investitionskosten der High-Technology verlangen zur Amortisation eine genügende Auslastung. Dies ist in beiden Bereichen, chairside und labside

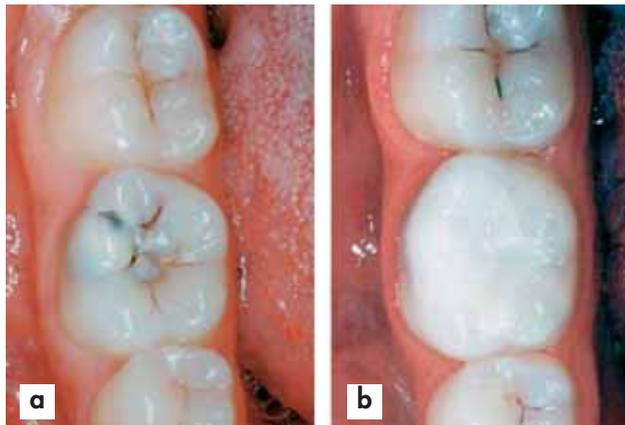


Abbildung 2:
a) Kariöser Defekt Zahn 46 okklusale-distobukkal, b) defektorientiertes CEREC Inlay. Natürliche Okklusionsmorphologie durch einen optischen Abdruck im Korrelationsmodus in das Inlay übertragen. Vita Mk II Keramik. Behandlung Dr. B. Richter, Station für Zahnfarbene Computerrestaurationen, Abteilung für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, ZZMK, Universität Zürich.

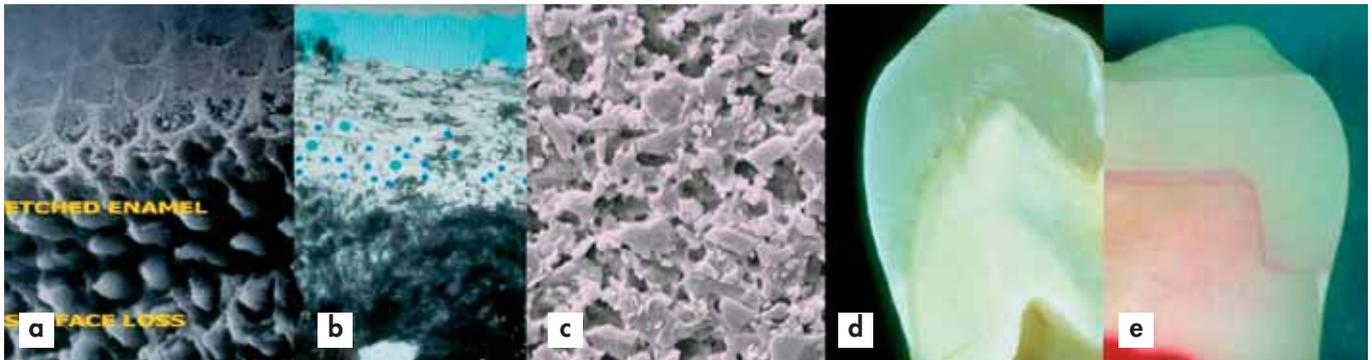


Abbildung 3: a) Konditionierter (geätzter) Zahnschmelz, b) konditioniertes Dentin mit oberer vollständig demineralisierter, darunter partiell demineralisierter Oberfläche, c) konditionierte Vita Mk II Keramik, d) die mikroretentive Verankerung in diesen Strukturen durch das Auftragen des „Bond“ beziehungsweise „Primer und Bond“ sichert die Haftung zwischen Schmelz und Dentin einerseits und der Keramik andererseits [Krejci].

möglich und ökonomisch vorteilhaft. Bei der chairside Anwendung durch den Zahnarzt spielen die Faktoren „Spaß an der Beherrschung modernster Technik“ und positives Praxismarketing eine Rolle [G. Christensen].

Die ermittelten Langzeitergebnisse der mit Pioniergeräten (CEREC 1 und 2) noch ohne Dentinadhäsion erstellten Restaurationen sind mit denen konventioneller Keramikrestaurationen vergleichbar [R. Christensen], bleiben aber hinter den positiven europäischen Resultaten mit Dentinadhäsion zurück [Reiss, Arnetz]. CEREC CAD/CAM Restaurationen sind in den USA als etablierte Methode anerkannt [G. Christensen].

Qualität der CEREC Blockkeramiken

Fabrikgefertigte Blockkeramiken erzielen generell eine höhere Qualität als laborgefertigte Keramiken der gleichen Art [Kelly]. Im Labor gebrannte Keramiken haben sich nicht bewährt [Kelly]. Keine der bekannten Verblendkeramiken erreicht die Qualität der Mark II Blockkeramik [Kelly]. Die Blockkeramiken Mark II (Vita), ProCAD (Ivoclar Vivadent) und von 3M-Espe werden als ästhetische, hoch glashaltige Keramiken, aus feldspathischen oder synthetischen Aluminosilikatgläsern als Matrix, mit unterschiedlichen, hoch schmelzenden Glasfüll-erzusätzen (Nephelin, Albit beziehungs-

weise Leuzit, charakterisiert [Kelly] (Abbildung 1). Im Gegensatz dazu haben die Strukturkeramiken einen niedrigen Glasanteil als Matrix (Lithiumdisilikat) oder als Infiltrat (Lanthanglas) bei klassischem In-Ceram (Gerüstkeramik) beziehungsweise überhaupt keinen Glasgehalt bei polykristalliner Aluminiumoxid- und Zirkonoxidkeramik (Oxid-Gerüstkeramiken). Die Festigkeit der mit CEREC maschinell bearbeiteten ästhetischen Keramiken ist mindestens so hoch wie die von Presskeramik [Kelly]. CEREC Blockkeramiken repräsentieren die höchste Qualitätsstufe in jeder Mikrostrukturkategorie [Kelly]. Sie sind zahnschmelzähnlich in ihrem Aussehen (Transluzenz), in ihrer Beständigkeit, und sie bieten

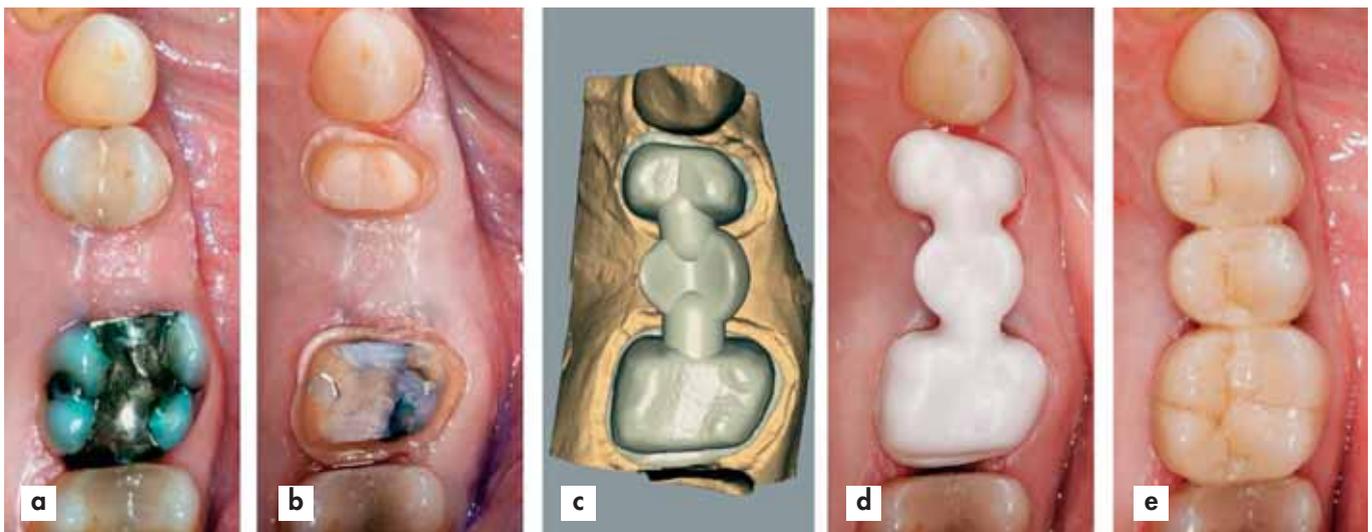


Abbildung 4: a) Lückensituation, b) zirkuläre Stufenpräparation, c) inLab 3D Gerüstkonstruktion, d) IPS e.max ZirCAD Gerüst, e) mit Panavia zementierte Brücke. Behandlung Dr. D. Wolf, Station für Zahnfarbene Computerrestaurationen, Abteilung für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, ZZMK, Universität Zürich.



Abbildung 5: a) Neun Jahre alter Knabe mit Zahnfraktur Zahn 11, b) formgeschliffene Verblendschale, Vita MK II Keramik, c) 13 Jahre später, Patient 22 Jahre alt, Frontzähne leicht verlängert, zervikaler Veneerrand supragingival, Politur und Oberflächenmorphologie erhalten. Behandlung Dr. Klaus Wiedhahn, Buchholz, Deutschland [Wiedhahn].

durch ihre Ätzbarkeit gute Voraussetzungen für die adhäsive Befestigung. Als Restauration gewinnen diese Keramiken ihre klinische dauerhafte Qualität durch die adhäsive Befestigung an der Zahnhartsubstanz, und zwar durch Adhäsion am Schmelz und am Dentin.

Adhäsive Befestigung bei Keramikrestorationen

Die adhäsive Befestigung ästhetischer Keramik ermöglicht die moderne, defektorientierte, die Zahnhartsubstanz schonende restaurative Zahnheilkunde (Abbildung 2) [Krejci]. Das adhäsive Befestigen ästhetischer Keramik (CEREC Vita Mk II, ProCAD) ist als qualitativ hoch stehende „HighTech“ Maßnahme zu betrachten. Sie geht an Zahnschmelz und Dentin bezüglich sorgfältiger Ausführung und Zeitaufwand über das konventionelle Zementieren mit nicht adhäsiven Zinkphosphat- und Glasionomerzementen hinaus. Sie stellt einen dichten, dauerhaften Verbund zwischen Schmelz und Dentin einerseits und der Keramik andererseits her. Die Keramik gewinnt dadurch die notwendige Bruchfestigkeit. Nicht adhäsives oder teiladhäsives Zementieren von Restaurationen aus ästhetischer Keramik ist deshalb mit den Regeln der Kunst nicht vereinbar. Das Befestigungscomposite verblendet den Zahn und die Keramik an den Rändern ästhetisch unsichtbar, zervikale Kronenränder können daher epigingival gelegt werden. Die keramischen Restaurationen repräsentieren in dieser Anwendung die höchste Qualität der dentalen Restaurationstechnik

[Krejci] und werden auch so honoriert. Die dentale Adhäsivtechnik folgt einfachen Prinzipien. An Zahnschmelz und Dentin sind dies:

1. das „Konditionieren“ (Ätzen),
2. das „Priming“ (chemisch vorbehandeln, benetzen) und
3. das „Bonding“ („Bond“, adhäsives Harz auftragen) [Krejci].

Der anorganische Zahnschmelz kann nach dem Konditionieren problemlos getrocknet und direkt mit dem („hydrophoben“) Bond benetzt werden. Das vitale Dentin bietet als lebendes Gewebe eine feuchte Basis und wird mit feuchtigkeitsfreundlichen („hydrophilen“) oder mit zugleich feuchtigkeits- und „bond“-freundlichen („amphiphilen“) Primern vorbehandelt. Die adhäsiven Schritte erfolgen auf Dentin zweistufig [Krejci] oder dreistufig wie dies an unserer Klinik geübt wird.

Folgende Agentien sind beteiligt:

- (1) Das Phosphorsäureätzgel für den Schmelz,
- (1 & 2) der selbstkonditionierende Primer beziehungsweise dieser und zusätzlich der (2b) amphiphile Primer für das Dentin – der amphiphile Primer kann auch mit dem (3) Bond als amphiphiles Bond (2b & 3) kombiniert sein.
- (4) Das Flußsäureätzgel dient für die Keramik als „Conditioner“,
- (5) das organische Silan dient als Haftvermittler,
- (6) das Bonding benetzt Dentin, Schmelz und Keramik und
- (7) das Befestigungscomposite ist das physikalische und ästhetisch optimale Zwischenmedium.

Es bewährt sich, das Bonding in der Kavität dünn auszublenden, es mindestens 20 Sekunden lang in das vorbehandelte Dentin eindringen zu lassen und sorgfältig separat mit Licht zu härten. Es trägt dann keine Schicht auf, welche die Passgenauigkeit der Restauration stören könnte. Diese separate Aushärtung des „Bond“ versiegelt Schmelz und Dentin und sichert die Haftung durch die mikroretentive Verankerung (Abbildung 3). Eine zusätzliche Unterfüllung wird dadurch, abgesehen von pulpanahen Stellen, überflüssig. Das an der Oberfläche verbleibende unpolymerisierte „Bond“ (Inhibition der Polymerisation durch Luftsauerstoff) härtet zusammen mit dem Befestigungscomposite aus und verbindet sich mit diesem nahtlos.

Das Vorgehen, den Zahnschmelz und das Dentin in einem Gang mit Phosphorsäure zu konditionieren („total etch“) und auch die gemeinsame „Härtung“ von Bond und Befestigungscomposite führen zu schwer kontrollierbaren Ergebnissen [Krejci]. Versuche, das „Conditioning“, „Priming“ und „Bonding“ von Zahnschmelz und Dentin in einem einzigen Agens zu vereinen, um das Prozedere zu vereinfachen, sind mit Qualitätseinbußen verbunden [Krejci]. Die optimal erzielbaren Ergebnisse werden mit dem sorgfältigen stufenweisen Vorgehen erzielt (Abbildung 3).

Klinische Erfahrung mit Keramikrestorationen

Während für keramische Inlays, Onlays, Teilkronen, Front- und Seitenzahnkronen sowie Frontzahnbrücken genügend klini-

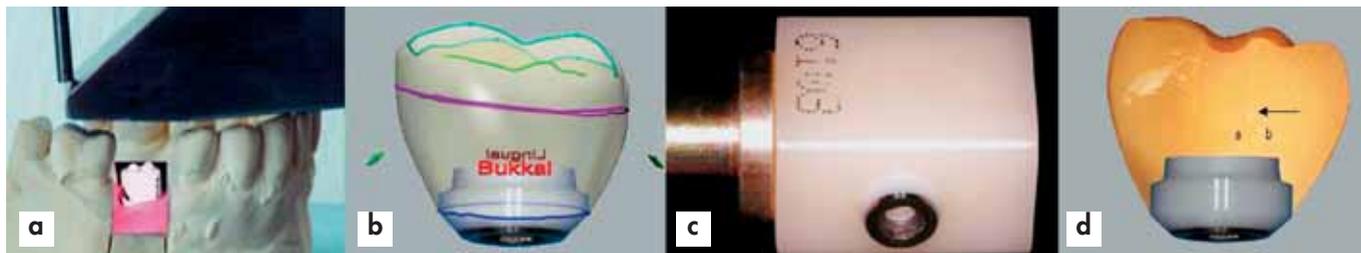


Abbildung 6: a) Optischer Abdruck der Situation mit Übertragungsabutment mit der Cerec Kamera direkt im Munde oder indirekt mit Kamera oder dem inEOS Scanner vom Modell, Erfassung der Implantatposition, b) Konstruktion der Krone direkt auf den Implantatkopf. Abweichungen der Implantatachse werden durch die Kronenkonstruktion kompensiert, c) Abutmentblock mit kombiniertem Zirkonoxid/Metall-Anschluss, d) Abutmentkrone im Schnitt, Anschlusssteil aus Metall und Zirkonoxid, Schraubenkanal adhäsiv mit Komposit verschlossen [Bindl & Mörmann].

sche Langzeiterfahrungen vorliegen, um deren klinischen Einsatz als Alternative zu konventionellen metallgetragenen Restaurationen empfehlen zu können, erscheint die klinische Langzeiterfahrung für vollkeramische Gerüstbrücken im Seitenzahnbereich (Abbildung 4) und für vollkeramische Superkonstruktionen von Implantaten noch nicht genügend, um diese als erprobte Alternativen zu metallgetragenen Konstruktionen empfehlen zu können [Kern]. Für CEREC 1 Inlays und Onlays, die von Juni 1987 bis September 1990 gelegt wurden, betrug die Überlebensrate in einer süddeutschen Praxis nach 16,7 Jahren 84,4 Prozent, wobei die Resultate bei Prämolaren besser waren als bei Molaren und die Keramikrestaurationen sich bei vitalen Zähnen besser bewährten als auf devitalen [Reiss]. Über 15 Jahre unterschied sich die Überlebensrate von CEREC Inlays mit 93 Prozent nicht von der Überlebensrate von Goldinlays und war signifikant besser als die Überlebensrate von im zahntechnischen Labor gebrannten Keramikinlays (68 Prozent) [Arnetz]. Die Überlebensrate von CEREC Inlays in devitalen Zähnen sank in beiden Studien nach 15 beziehungsweise 16,7 Jahren auf 50 Prozent. Dies kann Anlass sein, die Höcker von devitalen Zähnen bei der Versorgung mit CEREC bei horizontaler Kürzung mit zwei

Millimeter dicker Keramik zu überdecken. Eine Analyse der Langzeitbewährung und Kosteneffektivität von keramischen Labor-, Gold- und CEREC Inlays zeigte, dass die keramischen Laborinlays weniger kosteneffektiv waren als Goldinlays und chairside CEREC Inlays [Kerschbaum]. CEREC Veneers können je nach Indikation durch manuelles Einarbeiten von Oberflächenstrukturen mit Diamantinstrumenten und Politur (Abbildung 5), durch Hinterlegung mit Compositfarben („Internal shading“, durch keramisches externes Charakterisieren und Glasieren („External shading“), durch manuelle inzisale Reduktion und Aufschichten keramischer Farbmassen und Nachbrennen, ästhetisch jedem Anspruch angepasst werden [Wiedhahn]. Die Nachuntersuchung von 617 CEREC Veneers nach neunjähriger Tragzeit ergab eine Überlebensrate von 94 Prozent [Wiedhahn].

Die CEREC Lernkurve und Könnensstufen

Die Ausbildung der Studierenden in der CEREC Methode an den Universitäten ist auf ein Kennenlernen der prinzipiellen Funktionsweise und einmalige praktische Übungen am Phantom beschränkt (UniKonzept). CEREC Ausbildungskurse für praktische

Zahnärzte, die diese Methode zur Anwendung in ihrer Praxis von Grund auf erlernen wollen, werden nur an wenigen Universitäten, etwa am Zahnmedizinischen Zentrum der Universität Zürich, angeboten. Die Ausbildung liegt deshalb in den Händen von in der Methode erfahrenen praktischen Zahnärzten, die in Trainingskursen der International Society of Computerized Dentistry (ISCD) ausgebildet werden, und die diese Ausbildung in zertifizierten privaten Kursen anbieten. Obwohl die Gerätebedienung durch die intuitive Führung der 3D Software einfach ist, muss die Anwendungsroutine des Gerätes in der Praxis schrittweise aufgebaut werden. Man wird sich wie bei anderen zahnmedizinischen Methoden mit einfachen Fällen und genügender Zeitzuteilung langsam „einschleichen“ und die Anwendungserfahrung zusammen mit dem zahnärztlichen Team aufbauen. Die professionellen (ISCD) CEREC Trainer haben dazu Konzepte entwickelt, zum Beispiel ein Fünf-Punkte-Programm [Sharma].

Punkt 1 besteht im Üben der Präparation, Lernen der Adhäsivtechnik, Kennenlernen der Funktionen des Gerätes (Hardware) und des 3D Programmes (Software) wofür man sich ein bis zwei Tage Zeit nehmen sollte und dann das Durchführen einfacher Fälle ohne Zeitdruck in der Praxis.

Punkt 2: Anwenden des Bissregistrates und des Korrelationsmodus. Lernen, die CEREC Restaurationen in etwa einer Stunde so fertigzustellen, dass sie so „aussehen, sich anfühlen und funktionieren wie ein natürlicher Zahn“.

Punkt 3: Lernen, zwei oder mehrere Restaurationen in einer Sitzung direkt am Patienten oder indirekt über das Modell herzustellen, um

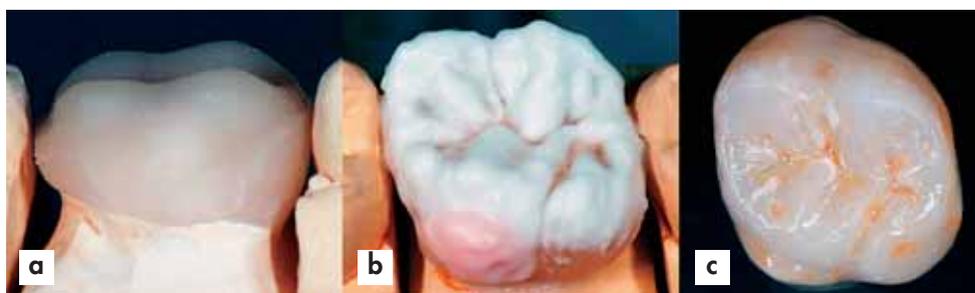


Abbildung 7: a) In der oberen Hälfte reduzierte monokeramische CAD/CAM Krone, b) Teilverblendung, c) fertige Krone (Kompaktkrone) [Kurbad & Reichel].



Abbildung 8: a) Wax-up abgetastet mit Cerec inLab, b) Kontrolle der Passgenauigkeit des mit inLab formgeschliffenen In-Ceram Classic Zirconia Gerüsts, c) Abutments und Brücke fertig gestellt [Cristou].

die Produktivität und die Zeiteffizienz zu verbessern und die Kosten zu reduzieren.

Punkt 4: Lernen, Modifikationen der Oberflächenstruktur, der Farbe und Helligkeit vorzunehmen, um die ästhetischen Ansprüche des Patienten befriedigen zu können. Lernen, einen Fall aufzuwachsen oder direkt im Munde mit Composite aufzubauen, die Umsetzung in CEREC detailliert zu planen und den Fall dann in einem Tage durchzuziehen.

Punkt 5: Die volle dentale Rekonstruktion des Gebisses mit CEREC. Dies benötigt die vollständige Beherrschung der Gestaltung der Okklusion, der Funktion und der Ästhetik, der vollen Gestaltungskapazität der CEREC Hardware und Software sowie der zur Verfügung stehenden Material- und Adhäsivtechnik [Sharma]. Das Praxisteam soll die Arbeitsabläufe auf einem hohen Niveau kennen. Auf der Berliner Tagung präsentierten die Referenten Dr. Steve B. Sharma, London, UK, und Rich Masek, DDS, San Diego, USA, Arbeiten auf Niveau 5, während ein anderer Trainer die schnelle und einfache Anwendung und Herstellung von Einzelrestorationen vorstellte [Morin].

Diverse Anwendungen

Die Einstellung der Okklusion von Seitenzahnkronen wird durch das zentrische Okklusionsregistrar und die automatische Anpassung der Kronenokklusion an den Antagonisten in der 3D Software entscheidend verbessert [Fasbinder]. Dies gilt auch bei Verwendung des „Schnellschleifmodus“ des Gerätes [Fasbinder]. Zur Konstruktion von Kronen bietet das CEREC System eine Reihe von Zahndatenbanken an. Der Zahn-

arzt oder Zahntechniker kann die am besten passende Morphologie auswählen und das System passt dann diese Krone automatisch an die individuelle Präparation, die Nachbarzähne und an das Okklusionsregistrar an. Manuelle Korrekturen sind möglich. Die „biogenerische Rekonstruktion der okklusalen Zahnmorphologie“ basiert auf einem mathematischen Verfahren [Mehl & Blanz]. Sie erlaubt es, die eigene individuelle Zahnmorphologie eines Patienten, für Inlays und Teilkronen, ausgehend von der noch vorhandenen okklusalen Restmorphologie oder für Kronen ausgehend vom Antagonistenregistrar, automatisch zu rekonstruieren [Mehl & Blanz]. Dieses Verfahren der „biogenerischen Zahnrekonstruktion“ ist äußerst vielversprechend und faszinierend. Dagegen führen die Ergebnisse der Untersuchungen von CEREC Inlaybrücken noch nicht direkt zu praktisch anwendbaren Erkenntnissen [Bortolotto et al.]. Die spektrophotometrische Farbmessung liefert in Kooperation mit dem Zahntechniker zuverlässige Farbestimmungen [Paul et al.].

Zirkonoxidgerüstbrücken – Implantatsuprastrukturen

CAD/CAM Zirkonoxidgerüstbrücken und Implantatsuprastrukturen wie auch solche aus Titan stehen im Zentrum des Interesses der restaurativen und rekonstruktiven Techniken [Tinschert]. Dies weil qualitativ zuverlässige, biokompatible, neue Hochleistungsmaterialien speziell durch diese Techniken für die dentale Restauration einsetzbar werden. Keineswegs wird die CAD/CAM Technologie den Zahntechniker verdrängen, sondern sie wird den gegen-

über CAD/CAM Methoden aufgeschlossenen Zahntechnikern helfen, qualitativ hoch stehende Restaurationen herzustellen [Tinschert].

Standardisierte Zirkonoxidabutments können in situ durch manuelles Beschleifen individuell angepasst und direkt chairside mit CEREC Kronen versorgt werden [Bindl & Mörmann]. Experimentell wird die direkte Herstellung einer CEREC Seitenzahnkrone aus einem „Abutmentblock“ angestrebt, welcher den Abutmentanschlussteil und einen Schraubkanal bereits vorgefertigt enthält, womit die manuelle Anpassung des Abutments entfällt (Abbildung 6) [Bindl & Mörmann]. Dieses Vorgehen verlangt eine spezielle Konstruktionssoftware, die in Vorbereitung steht.

Laboruntersuchungen zeigen, dass CEREC Kronen mit adhäsiv verschlossenem Schraubkanal eine genügende Belastungsresistenz aufweisen [Wolf et al.]. Die Versorgung mehrerer Implantatabutments erfordert das indirekte Vorgehen über das Modell. Der Zeitpunkt der Implantation, Zeitpunkt und Art der Belastung und die Versorgung mit CEREC Kronen im Front- und Seitenzahnbereich werden dargestellt [Hansen].

Im Frontzahnbereich können individuell angepasste Abutments aus dichtgesintertem Zirkon- oder Aluminiumoxid mithilfe der CEREC Kronensoftware (Sirona) konstruiert und per E-Mail über den „Computer Assistierte Restorations Service“ (CARES, Straumann) auf industriellen Präzisionsmaschinen gefertigt werden. Präzision, Ästhetik, Biokompatibilität und optimale mechanische Eigenschaften sind die Kennzeichen dieser Technik [Zöllner und Benthaus].

CEREC in der Zahntechnik

Die CAD/CAM Technologie ist heute in der täglichen Arbeit von zahntechnischen Labors jeder Größe fest verankert, der Schritt vom Wachsmesser zur Computermaus bedeutet größere Effizienz und höhere Qualität [Brosch]. Arbeiten mit CEREC inLab 3D zeigen perfekt passende Zirkonoxidkappen und Kronen [Brosch]. Monokeramische teilverblendete CEREC Kronen („Kompaktkronen“) sind kosteneffizient und erfüllen alle ästhetischen Ansprüche (Abbildung 7) [Kurbad & Reichel]. Die beliebteste Zahnmorphologie, die in der CEREC Zahndatenbank zur Wahl steht, ist die des amerikanischen Zahntechnikers Lee Culp, CDT, Bradenton, Florida, USA. Er sieht in der CEREC inEOS/inLab Technologie effiziente Werkzeuge der Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker, bei der die indivi-

duelle Kreativität und Kunst des Zahntechnikers sich voll entfalten kann [Culp]. Dies bestätigen auch ästhetisch perfekte und komplexe keramische Kronen- und Brückenarbeiten von Marc Cristou, Paris, Frankreich (Abbildung 8) [Cristou]. Abgesehen von Brückengerüsten aus Hochleistungskeramik, die direkt konstruiert und mit inLab formgeschliffen werden, können Brückengerüste für die Metallgusstechnik mit der inLab 3D Software konstruiert und aus einem einbettbaren und rückstandsfrei verbrennenden Kunststoffblock („CAD-Waxx“) formgeschliffen werden [Baltzer & Kaufmann]. Diese Technik spart offenbar Stunden gegenüber der traditionellen Wachsmodellation [Baltzer & Kaufmann]. Alle 58 elektronischen Posterpräsentationen von Universitäten, Zahnärzten und Zahntechnikern sind auf einer CD dem Quintessenzbuch beigeheftet und stellen

eine lohnenswerte Fundgrube für Anwendungserfahrungen und experimentelle Studien mit der CEREC Technologie und den verwendeten Materialien dar.

*Prof. Dr. med. dent. Werner H. Mörmann
ZZMK, Universität Zürich
Plattenstrasse 11
CH-8032 Zürich
werner.moermann@zzmk.unizh.ch*

Die Beiträge erscheinen im Symposiumsbuch „State of the Art of CAD/CAM Restorations, 20 Years of CEREC“, Quintessenz 2006 in englischer Sprache.



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

Das Strafrecht vor neuen Herausforderungen

Während der Umfang zahnmedizinischer und juristischer Fach- und insbesondere Ausbildungsliteratur weiterhin zunimmt, stellt sich das Angebot an fachübergreifender Literatur seit jeher bescheiden dar. Diese Situation ist erstaunlich, schließlich dürfte es für Zahnmediziner wie für Juristen angesichts komplexer juristischer Fragestellungen, die während der zahnärztlichen Tätigkeit auftreten, unabdingbar sein, sich diesem Themenkomplex möglichst früh zu nähern.

Umso erfreulicher ist, dass diese fächerübergreifende Literaturlücke, zumindest für strafrechtliche Belange, durch das Buch von Kathrin Janke geschlossen wurde. Die Autorin studierte Rechtswissenschaften an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg. Ihr Zweites Juristisches Staatsexamen legte sie im Februar 2006 erfolgreich ab. In ihrer im Jahr 2005 abgeschlossenen Dissertation widmete sich Janke der strafrechtlichen Verantwortung des Zahnarztes. Diese Dissertationschrift wurde 2005 von ihrem Doktorvater in der Reihe „Das Strafrecht vor neuen Herausforderungen“ publiziert.

Die vorliegende Abhandlung verfolgt das Ziel, zahlreiche Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit strafrechtlich zu durchleuchten und einen Überblick über die möglichen Folgen einer Straftat zu schaffen.

Den Leser erwartet ein rechtsgeschichtlicher Abriss der Zahnheilkunde mit den entsprechenden strafrechtlichen Besonderheiten. Im Anschluss wird die heutige strafrechtliche Situation

der Zahnheilkunde in der Praxis erläutert. Weiterhin wird ein Überblick über die Tätigkeit des Zahnarztes vermittelt. Der Hauptteil der Abhandlung beschäftigt sich umfassend mit der strafrechtlichen Beurteilung der zahnärztlichen Tätigkeit.

Art und Umfang einer sachgerechten Aufklärung (Selbstbestimmungsaufklärung, Diagnoseaufklärung, Verlaufsaufklärung, Risikoaufklärung, therapeutische Beratung und wirtschaftliche Informationspflicht) werden gut verständlich gewürdigt. Stützt sich der Patient im Zivilprozess auf die fehlende Aufklärung, so trägt der Zahnarzt die Beweislast für ein ausreichendes Aufklärungsgespräch. Im Strafrecht gibt es keine derartige Beweislastverteilung. Hier gilt, dass das Gericht den entscheidungserheblichen Sachverhalt zu erforschen und die Staatsanwaltschaft den Nachweis der Täterschaft eines Angeklagten zu erbringen hat.

Des Weiteren wird ein Überblick über die möglichen Folgen einer zahnärztlichen Straftat gegeben (Freiheits- oder Geldstrafe, Berufsverbot, Verlust der Approbation, Entzug der Kassenzulassung, Sanktionen der Berufsgerechtheit und Disziplinarmaßnahmen der KZV).

Das Werk wird abgerundet durch Auszüge aus historischen Gesetzestexten und einem Glos-

sar für zahnmedizinische Fachbegriffe. In der gesamten Arbeit finden sich zudem Verweise auf (zahn)arztstrafrechtliche Abhandlungen.

Der sprachliche Stil des Buchs, das auch komplexe juristische Zusammenhänge vermittelt, ist für Zahnmediziner gut verständlich. Die juristische Bewertung zahnärztlicher Tätigkeiten (fehlerhafte Behandlung, unterlas-

sar kann der Zahnarzt bei der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit mit einer Vielzahl von unterschiedlichen strafrechtlichen Vorschriften in Konflikt geraten. Der Kenntniserwerb strafrechtlicher Tatbestände und deren Vermeidung ist damit für den Zahnarzt unabdingbar.

Hervorzuheben ist der hohe zahnmedizinische Sachverstand der Autorin, der sich in der exakten Beschreibung zahnmedizinischer Sachverhalte in den einzelnen Kapiteln widerspiegelt. Diese Kenntnisse von Kathrin Janke dürften sicherlich auch aus ihrem zahnärztlich geprägten familiären Umfeld entstammen.

Aus zahnmedizinischer Sicht ist die vorliegende Abhandlung ohne Einschränkung für Studierende der Zahnmedizin und für in der Praxis tätige Zahnärzte zu empfehlen. Als Ergänzung wäre eine aktuelle Abhandlung, die auch zivilrechtliche Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit behandelt, wünschenswert.

Univ.-Prof. Dr. P. Pfeiffer, Köln



sene Hilfeleistung, ästhetische Zahnheilkunde, Verwendung von Arzneimitteln, Umgang mit Patientinformationen, zahnärztliche Abrechnung, Werbung, und mehr) verdeutlicht auch anhand von aktuellen Fällen, dass sich das Buch tatsächlich als Helfer für Zahnmediziner versteht.

Strafrechtliche Urteile gegen Zahnärzte sind glücklicherweise äußerst selten und auch staatsanwaltliche Ermittlungen kommen nur vereinzelt vor. Für die Zahnheilkunde hat heutzutage das Zivilrecht eine weitaus größere praktische Bedeutung als das Strafrecht. Allerdings

Das Strafrecht vor neuen Herausforderungen – Die strafrechtliche Verantwortung des Zahnarztes

Kathrin Janke, Band 7, Herausgeber: Prof. Dr. Dr. E. Hilgendorf, Logos Verlag Berlin, 2005; 255 Seiten, 9 Abbildungen, 39 Euro, ISBN 3-8325-0989-5

Internationale Forschung griffig aufbereitet

Neues aus der Welt der Kons

Weltweit wird auf dem Gebiet der Zahnmedizin geforscht und weltweit werden diese Forschungsergebnisse in Fachzeitschriften publiziert. Aber welcher Zahnarzt schafft es zeitlich, alle Veröffentlichungen zu lesen, selbst wenn sie noch so interessant sind. Deshalb haben Fachleute hier die wichtigsten aktuellen Arbeiten, die auch für den täglichen Praxisablauf relevant sind, kurz zusammengefasst.



Foto: zm

Bruchlastversuche endodontisch versorgter Zähne

Endodontisch behandelte Prämolaren, deren direkter Kompositaufbau ohne Wurzelstift verankert wurde, unterschieden sich hinsichtlich ihrer Bruchlast nicht von mit Stiften versorgten Prämolaren.

Die postendodontische Versorgung von tief zerstörten Zähnen wird noch immer kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite stellt sich die Frage nach dem Zerstörungsgrad, ab dem die Insertion eines Wurzelstiftes notwendig wird; darüber hinaus stehen verschiedene Arten der koronalen Restauration zur Verfügung. Direkte Versorgungen aus Komposit könnten eine Alternative zu herkömmlichen indirekt labor-

gefertigten Kronen oder Teilkronen darstellen. Ungeklärt ist jedoch die Dauerhaftigkeit dieser Versorgungen. Die vorliegende Studie untersuchte die Bruchlast von äquigingival zerstörten oberen Prämolaren, die mit direkten Kompositaufbauten versorgt wurden und deren Verankerung mit verschiedenen Stiftsystemen und ohne Wurzelstifte erfolgte. 40 extrahierte obere Prämolaren mit gleicher Wurzellänge wur-

den ausgewählt; die Krone wurde zwei Millimeter oberhalb der Schmelz-Zement-Grenze abgetrennt, die Wurzelkanäle mit Gates Bohrern bis zur Größe 4 aufbereitet und standardisierte Trepanationskavitäten gestaltet. Anschließend erfolgte die Aufteilung der Zähne in vier Gruppen, wobei in drei Gruppen acht Millimeter tiefe Wurzelstiftpräparationen durchgeführt wurden. Die Proben wurden in Kunststoff eingebettet und in den drei Gruppen der Stiftbohrung folgende Wurzelstiftsysteme inseriert: konfektionierter Metallstift (Parapost XH; Coltène Whaledent), konfektionierter Glasfaserstift (Parapost Fiber White; Coltène Whaledent) und individuell gefertigte Glasfaserstifte (EverStick Post; Stick Tech). Alle Stifte wurden mit einem dualhärtenden Befestigungskomposit (Panavia F; Kuraray) und einem selbstkonditionierenden Primer (Ed Primer; Kuraray) befestigt. Anschließend wurden direkte Kompositkronen mit einem lichthärtenden Komposit (Filtek Z250) unter Zuhilfenahme einer transparenten Kunststoffform hergestellt, die eine standardisierte Okklusalfäche bei allen Zähnen garantierte. In der vierten Gruppe wurden die Kompositkronen ohne Wurzelstift in der Trepanationskavität mit dem Adhäsivsystem Scotchbond Multipurpose (3M Espe) befestigt.

Nach thermozyklischer Belastung (6000 Zyklen) wurde die Bruchlast mit einer Universalprüfmaschine ermittelt. Anschließend erfolgte eine Auswertung der Versagensmodi hin-

sichtlich restaurierbarer Frakturen (oberhalb des simulierten Knochenniveaus) und nicht restaurierbarer Versagensmuster. Die statistische Auswertung ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen; tendenziell zeigten sich höhere Werte in der Gruppe der ohne Wurzelstift versorgten Zähne. In allen vier Gruppen konnten vorwiegend nicht restaurierbare Versagensmodi festgestellt werden; auch hier unterschieden sich die Gruppen nicht. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen zeigten, dass sich bei tief zerstörten Prämolaren durch die Insertion von Wurzelstiften keine Erhöhung der Bruchlast von direkten Kompositaufbauten nachweisen ließ. Es muss jedoch bei der Interpretation dieser Ergebnisse berücksichtigt werden, dass es sich um eine Laboruntersuchung handelt, in der die Proben nicht kausimulatorisch belastet wurden; somit müssen erst langfristig angelegte klinische Studien belegen, dass tief zerstörte Zähne auch mit direkten Versorgungen ohne die Insertion von Wurzelstiften dauerhaft versorgt werden können.

Ex vivo fracture resistance of direct resin composite complete crowns with and without posts on maxillary premolars.

Quelle:
Fokkinga, W. A., Le Bell, A.-M., Kreulen, C. M., Lassila, L. V. J., Vallittu, P. K., Creugers, N. H. J.; *Int End J*; 38, 230-237, 2005

Effekt direkter Pulpaüberkappungen mit Emdogain Gel

Die Anwendung von Emdogain Gel führte im Vergleich zur Anwendung von Kalziumhydroxid bei der direkten Pulpaüberkappung zu einem verringerten Auftreten von postoperativen Beschwerden, die Bildung einer Hartschichtbarriere konnte jedoch nach einem Beobachtungszeitraum von drei Monaten nicht gezeigt werden.

Die Literaturangaben zur klinischen Erfolgsrate von direkten Pulpaüberkappungen mit Kalziumhydroxid sind schwankend. Als Grund für Misserfolge wird unter anderem eine insuffiziente Hartschichtbarriere gesehen, die nicht in der Lage ist, die Pulpa vor der Penetration von Bakterien entlang der Restaurationsränder zu schützen. Das Protein Amelin fördert die Differenzierung von Odontoblasten und damit die Dentinbildung während der Dentinogenese. Ein amelogeninreiches Schmelz-Matrix-Protein-Derivat, welches ebenfalls Amelin enthält (Handelsname: Emdogain Gel; Biora AB, Malmö, Schweden), wurde bislang vorwiegend in der Parodontaltherapie angewendet, um die Anregung der Zementogenese zu fördern. In Tierversuchen bei Schweinen wurde darüber hinaus auch eine Hartgewebsbildung bei direkten Pulpaüberkappungen gezeigt. Reaktionen der Pulpa auf dieses Material sind bislang in der Literatur nicht beschrieben. Das Ziel der vorliegenden Studie war, an neun aus kieferorthopädisch zu extrahierenden kontralateralen Zähnen die Pulpagewebsreaktionen beim Menschen auf Emdogain Gel im Vergleich zu Kalziumhydroxid zu testen.

Die Teilnehmer dieser Studie waren zwischen zwölf und 16 Jahre alt. Nach Anästhesie wurden die Zähne mit Kofferdam

isoliert und eine zylindrische Zugangskavität zur Pulpa angelegt. Mit einem kleinen Diamanten (016) wurde eine zwei Millimeter tiefe Pulpaamputation vorgenommen. Die Blutung wurde mit steriler Kochsalzlösung vorsichtig gestillt, um die Bildung eines Blutkoagulums zu vermeiden. Auf die Pulpaeröffnungen wurden nun randomisiert Kalziumhydroxid oder Emdogain appliziert. Diese Materialien wurden mit einer Teflonmembran, Zinkoxideugenol- und anschließend mit Glasionomermaterial abgedeckt. Die Teilnehmer wurden in regelmäßigen Abständen nach Beschwerden befragt. Nach zwölf Wochen wurden die Zähne extrahiert und für die histologische Untersuchung Dünnschliffe angefertigt, die mikroskopisch ausgewertet wurden. Zusätzlich wurden die Emdogainproben immunhistochemisch angefärbt, um eine Darstellung der Lokalisation des Schmelz-Matrix-Proteins erreichen zu können.

Postoperative Symptome wurden vermehrt in der Kalziumhydroxidgruppe angegeben, histologisch wurde hier keine Proliferation des Pulpagewebes und bei acht Zähnen keine bis milde Entzündungssymptome nachgewiesen. Darüber hinaus wurde bei jeder Probe die Bildung einer Hartschichtbarriere gezeigt, die das eröffnete Pulpagewebe bedeckte. In der Emdo-

gainingruppe konnte eine Proliferation des Pulpagewebes sowohl auf den freiliegenden Dentinflächen als auch in der angrenzenden Pulpa, die milde bis moderate Entzündungszeichen aufwies, gezeigt werden. Hartszubstanzbildungen zeigten sich in dieser Gruppe ebenfalls auf den Dentinflächen und im proliferierten Pulpagewebe; jedoch konnte keine vollständige Hartszubstanzbarriere oberhalb der Pulpawunde beobachtet werden.

Es besteht die Vermutung, dass bei der Applikation von Emdogain in Gelform zwischen Membran und Pulpawunde ein Spalt entstehen konnte, der eine Proliferation des Pulpagewebes in diesen Raum ermöglichte und somit die Bildung einer Hartszubstanzbarriere im untersuchten Beobachtungszeitraum erschwerte. Zusammenfassend konnte in der Emdogaingruppe zwar eine Zahnhartszubstanzbildung nachgewiesen werden; diese führte jedoch nicht zur Ausbildung einer Hartszubstanz-

barriere. Darüber hinaus war die Applikation durch die Gelform sehr erschwert. Das Material kann somit zum heutigen Zeitpunkt nicht für den klinischen Gebrauch zur direkten Pulpaüberkappung empfohlen werden.

Quelle:
Dental pulp capping: effect of Emdogain Gel on experimentally exposed human pulps
Olsson, H., Davies, J. R., Holst, K. E., Schröder, U., Petersson, K.; *Int J Endod*; 38, 186-194, 2005



Einfluss frakturierter Instrumentenreste auf Therapieerfolg

Das Belassen von Nickel-Titan-Instrumenten hatte in der vorliegenden retrospektiven Studie keinen Einfluss auf den Erfolg von Wurzelkanalbehandlungen bei einem Beobachtungszeitraum von mindestens einem Jahr.

Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente ist häufig mit einem die Wurzel schwächenden Zahnhartszubstanzverlust und dem Risiko von iatrogenen Perforationen verbunden. Hier schließt sich nun die Frage nach der Möglichkeit und der Prognose von Wurzelkanalbehandlungen bei Belassen dieser Frakturstücke an. Bislang zeigen

sich in der Literatur hierzu kontroverse Ergebnisse. Vor allem scheint eine präoperative apikale Transluzenz einen Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben.

Die vorliegende retrospektive Studie wurde in zwei endodontischen Spezialistenpraxen durchgeführt. Bei insgesamt 8 460 Fällen, bei denen es sich um ortho-

grade Wurzelkanalbehandlungen und Revisionen handelte, die über einen mittleren Zeitraum von 13,5 Jahren beobachtet wurden, wurde zunächst die Prävalenz von frakturierten Nickel-Titan-Instrumenten bestimmt. Die verwendeten maschinellen Aufbereitungssysteme waren: Quantec Series 2000, Quantec LX & SC, GT Rotary, Profile 0.04 und 0.06 taper, Pro-Taper und K3; alle Systeme wur-

ließ sich ein signifikanter Einfluss auf die Heilung nachweisen. Die Erfolgsrate lag insgesamt bei 93,7 Prozent. Bei einzelner Betrachtung der beiden Gruppen ergab sich für die Gruppe mit den frakturierten Instrumenten eine Erfolgsrate von 91,8 Prozent; in der Kontrollgruppe lag die Erfolgsquote bei 94,5 Prozent, wobei dieser Unterschied nicht statistisch signifikant war. In Fällen mit einer präoperativen periapikalen Transluzenz zeigte sich für die Gruppe mit den frakturierten Instrumenten eine niedrigere Erfolgsrate (86,7 Prozent) im Vergleich zur Kontrollgruppe (92,9 Prozent), die jedoch auch nicht statistisch signifikant war.

Kritisch anzumerken ist das kurze Nachuntersuchungsintervall der vorliegenden Studie, welches bei einem Jahr lag. Zusammenfassend zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass das Belassen frakturierter Wurzelkanalinstrumente bei erfahrenen Endodontologen keinen signifikanten Einfluss auf den Erfolg der Wurzelkanalbehandlung hatte. Vielmehr erwies sich das Vorliegen einer präoperativen periapikalen Transluzenz als ein klinisch relevanter Einflussfaktor.

Quelle:
The impact of instrument fracture on outcome of endodontic treatment
Spili, P., Parashos, P., Messer, H.; *J Endod*; 31(12), 845-850, 2005

Dr. Kerstin Bitter
Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Campus Benjamin Franklin
(WE 36), Klinik und Polikliniken für
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Albmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin

den nach Herstellerangaben verwendet. Als Fülltechnik wurde die laterale Kondensation mit Guttapercha und AH 26 angegeben. Die Prävalenz frakturierter Wurzelkanalinstrumente betrug für den Zeitraum von 1990 bis 2003 3,3 Prozent. Hiervon waren 78,1 Prozent Nickeltitaninstrumente, 15,9 Prozent Lentulos und der Rest Spreader.

Aus diesem Datensatz wurden 146 Zähne ausgewählt, die mindestens ein Jahr sowohl röntgenologisch als auch klinisch nachuntersucht wurden. Entsprechend wurde eine Kontrollgruppe bestimmt. Lediglich für das Vorliegen einer präoperativen periapikalen Transluzenz

Die ersten drei Monate sind entscheidend

Zu hoher Blutzucker schädigt Ungeborene

Eine Schwangerschaft ist für zuckerkrankte Frauen heute fast ebenso problemlos möglich wie für stoffwechselgesunde Frauen. Allerdings nur unter einer Bedingung: Der Blutzuckerspiegel der werdenden Mutter muss streng im normal-niedrigen Bereich gehalten werden.

Für die Gesundheit des Kindes entscheidend sind besonders die ersten drei Schwangerschaftsmonate: In dieser Zeit kann ein zu hoher Blutzuckerspiegel zu Fehlgeburten oder kindlichen Fehlbildungen führen. Wie wichtig es für Diabetikerinnen ist, eine Schwangerschaft zu planen und bereits vor der Empfängnis einen erfahrenen Diabetologen zu Rate zu ziehen, wird nun erneut durch eine Studie untermauert, die Jenaer Mediziner um Wilgard Hunger-Dathe in der Fachzeitschrift „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“ (Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 2005) vorstellen.



Foto: CC

Das Ziel der Jenaer Studie war es, festzustellen, wie gut die Forderungen der so genannten St. Vincent-Deklaration von 1990 in Thüringen erfüllt sind. In dem von Diabetesexperten, Vertretern von Patientenorganisationen und Gesundheitspolitikern erstellten Papier ist unter anderem das Ziel formuliert, dass Schwangerschaften von Diabetikerinnen genauso oft mit der Geburt eines gesunden Kindes enden sollten wie Schwangerschaften von stoffwechselgesunden Frauen. Medizinisch sei dies durchaus möglich, sagt die Diabetologin Wilgard Hunger-Dathe und verweist auf Studien, in denen intensiv betreute Diabetikerinnen

nicht häufiger Kinder mit Fehlbildungen zur Welt brachten als gesunde Frauen. Außerhalb von spezialisierten Zentren sei dieses Ziel dagegen noch lange nicht erreicht – was sich auch in der aktuellen Studie bestätigte.

Zwar beherbergt auch die Klinik für Innere Medizin III der Universität Jena, an der Hunger-Dathe tätig ist, ein diabetologisches Zentrum. Die fachärztliche Betreuung wurde jedoch oft zu spät in Anspruch genommen: In den Jahren von 1992 bis 2002, die die Studie umfasst, zogen nur 43 Prozent der Patientinnen bereits vor der Konzeption einen Diabetologen zu Rate. Im Durchschnitt konsultierten die Schwangeren erst in der neunten Schwangerschaftswoche zum ersten Mal einen Spezialisten, jede fünfte Frau sogar erst nach Ablauf des ersten Schwangerschaftsdrittels. „Die entscheidende Phase der kindlichen Organentwicklung ist dann bereits abgeschlossen“, so Hunger-Dathe. Den mit über 17 Prozent recht hohen Anteil kindlicher Fehlbildungen sieht die Ärztin als Folge der ungenügenden Blutzuckerkontrolle in dieser Zeit. Eine detaillierte Auswertung der Studiendaten ergab, dass der durchschnittliche Blutglukosewert in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten 6,4 Millimol pro Liter (mmol/l) nicht überschreiten sollte. Der Anteil des glykosylierten Hämoglobins (HbA1c) – ein Maß für die längerfristige Blutzuckereinstellung – sollte zur Sicherheit des Kindes unter 6,3 Prozent bleiben.

sp/pme

*W. Hunger-Dathe et al.:
Prävalenz kindlicher Fehlbildungen bei Frauen mit einem präexistenten Diabetes mellitus in Abhängigkeit von der Stoffwechseleinstellung
Geburtsh Frauenheilk 2005; 65: 1147-1155*

Repetitorium

Gelenkrheuma – rheumatoide Arthritis

Christine Vetter

Die rheumatoide Arthritis ist eine folgenschwere rheumatische Erkrankung. Sie beginnt meist mit Schmerzen und Entzündungen in den kleinen Finger- und/oder Zehengelenken und geht mit einer zunehmenden Gelenkdestruktion einher. Sie ist eine der häufigsten Ursachen für eine krankheitsbedingte Behinderung.

In der westlichen Welt leiden rund ein bis zwei Prozent der erwachsenen Bevölkerung an einer rheumatoiden Arthritis (RA), früher auch chronische Polyarthritis oder im Volksmund Gelenkrheuma genannt. Die Erkrankung manifestiert sich in aller Regel zwischen dem 35. und dem 50. Lebensjahr. Betroffen sind überwiegend Frauen. Sie machen rund 60 bis 70 Prozent der Patienten mit rheumatoider Arthritis aus. Eine Sonderform ist die juvenile chronische Polyarthritis, bei der bereits Kinder und Jugendliche erkranken.

Entzündung der Gelenke

Das wichtigste Kriterium der rheumatoiden Arthritis ist die Gelenkentzündung, wobei primär die kleinen Gelenke betroffen sind, also die Finger- und die Zehengelenke. Typisch ist ein symmetrischer Befall auf beiden Körperseiten, wobei sich die Entzündungen anders als bei der akuten Polyarthritis bei der RA nicht spontan zurückbilden.

Die Erkrankung verläuft chronisch, oft in Schüben, es kommt durch die Entzündung zum Abbau des Knorpelbelags in den Gelenken und zu Knochenverformungen und Destruktionen. Die Folge sind Schmerzen sowie Funktionsbehinderungen und zunehmende Fehlstellungen.

Das Krankheitsbild ist in seinem Verlauf allerdings variabel. Während es eine Reihe von Patienten gibt, bei denen die Störung relativ langsam fortschreitet, entwickeln sich andererseits bei 40 Prozent der Betroffenen knöcherne Gelenkdefekte bereits innerhalb der ersten sechs Monate nach Auftreten der Beschwerden. Nach fünf Jahren weisen solche Veränderungen bis zu 90

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.



Durch Rheuma verkrüppelte Finger und Hände können nicht mehr richtig greifen und große Schmerzen verursachen.

Prozent der Patienten auf, zehn Prozent sind durch die RA schwerstbehindert.

Autoimmune Gelenkdestruktion

Die Ursachen für die Entstehung der Rheumatoiden Arthritis sind noch nicht endgültig geklärt. Es ist jedoch wahrscheinlich, dass zu Beginn des Krankheitsprozesses eine Art immunologischer Fehlerkennung stattfindet, wobei das Immunsystem die Selbsttoleranz verliert und fälschlicherweise körpereigene, gesunde Zellen als fremd erkennt und attackiert.

Die fehlgesteuerten Immunzellen bilden Entzündungsmediatoren, die so genannten Zytokine, welche ihrerseits die Entzündungsreaktion schüren und unterhalten.

Beteiligt an diesem Prozess sind insbesondere das Interleukin-1 (IL-1) und der Tumornekrosefaktor- α (TNF- α). Sie bewirken die Entzündungsreaktion, die in der Regel in der Synovialis, der Gelenkinnenhaut ihren Anfang nimmt und vor dort auf die weiteren Strukturen übergeht.

Die Symptomatik

Die Symptome der RA erklären sich durch die Entzündungsreaktion, die sich mit Schmerzen sowie mit einer Schwellung und Überwärmung der betroffenen Gelenke bemerkbar macht. Anders als bei verschleißbedingten Gelenkerkrankungen tritt der Schmerz vor allem in Ruhe auf und bessert sich bei Bewegung. Die Patienten leiden damit insbesondere auch nachts unter starken

Fotos: Prof. Dr. Erika Grommich-Ihle

Gelenkschmerzen. Typisch ist ferner eine ausgeprägte Morgensteifigkeit, die je nach Krankheitsausprägung durchaus über Stunden andauern kann.

Kraftverlust, Gelenkschwellungen, Schwierigkeiten beim Faustschluss kommen als Beschwerden hinzu. Infolge der fortschreitenden Gelenkdestruktion spielen im weiteren Verlauf außerdem Einschränkungen der Beweglichkeit und allgemeine Funktionseinschränkungen eine zunehmende Rolle.



Der typische Rheumaknoten und verdickte Gelenke

Symptome über die Gelenke hinaus

Die Symptome der RAS sind aber nicht allein auf die Gelenke beschränkt, die meisten Patienten leiden darüber hinaus auch unter allgemeinen Krankheitssymptomen. Dies sind in erster Linie ein allgemeines Krankheitsgefühl, Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Es kann zu Appetitlosigkeit und zur Gewichtsabnahme kommen, zur Lustlosigkeit und auch zur Depressivität. Während Phasen eines akuten Krankheitsschubes ist nicht selten Fieber auffällig.

Unabhängig von solchen systemischen Reaktionen befällt die RA auch die Weichteile, ein Karpaltunnelsyndrom und Sehenscheiden- oder Schleimbeutelentzündungen können sich entwickeln.

Seltener treten weitere Organbeteiligungen auf. Möglich sind auch schwere Komplikationen, wie eine Pleuritis oder eine Perikarditis. Beschrieben sind ferner eine Beteiligung der Augen, der Haut und auch der Speichel- und Tränendrüsen.

Klinische Stadien

Klinisch kann die RA in Stadien eingeteilt werden:

- Stadium 1 bezeichnete das schubweise Auftreten von Gelenkschwellungen und -schmerzen mit Morgensteifigkeit und allgemeinen Krankheitszeichen.

- Stadium 2 ist charakterisiert durch eine fortschreitende Abnahme der Gelenkbeweglichkeit, einen Kräfteverlust und eine Mitbeteiligung des Bindegewebes (Gelenkkapsel, Sehenscheiden, Schleimbeutel)

- Im Stadium 3 kommt es zu einer beginnenden Zerstörung des Gelenkknorpels und der Knochen, zur Lockerung der Bänder und der Gelenkkapsel sowie zur Instabilität und zu Fehlstellungen. Die Einschränkung der Beweglichkeit nimmt zu.

- Im Stadium 4 schließlich tritt auch eine Gelenkversteifung ein, es kommt zu groben Verformungen und dadurch bedingt zu erheblichen Behinderungen bis hin zur Invalidität der Patienten.

Die Diagnostik

Diagnostiziert wird die RA anhand der klinischen Symptomatik sowie der Laborbefunde und gegebenenfalls der Röntgenuntersuchung. Typische Laborbefunde sind dabei positive Entzündungsparameter wie eine erhöhte Blutsenkung, ein erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) und gegebenenfalls der Nachweis von Rheumafaktoren, der jedoch nicht zwingend ist. Denn abhängig vom Ergebnis der Blutuntersuchung wird zwischen einer seropositiven und einer seronegativen Polyarthritis unterschieden. Positive Rheumafaktoren sind andererseits auch kein spezifisches Kriterium für eine RA, da ein solcher Befund ebenso bei anderen Erkrankungen auftreten kann.

Im Röntgenbild lassen sich bei der RA nach einigen Jahren meist typische Veränderun-



Fit und fröhlich und frei von Schmerzen – so kann man auch mit Rheuma leben.

gen nachweisen, etwa eine gelenknahe Osteoporose oder Knochendefekte am Rand der Gelenkfläche (Erosionen).

Zu den allgemeinen Diagnosekriterien gehören:

- Morgensteifigkeit der Gelenk von mindestens einer Stunde Dauer über mehr als sechs Wochen

- Arthritis mit tastbarer Schwellung in drei oder mehr Gelenkregionen über mehr als sechs Wochen

- Arthritis der Hand- oder Fingergelenk über mehr als sechs Wochen

- symmetrische Arthritis über mehr als sechs Wochen

- Rheumaknoten

- Rheumafaktornachweis im Blut

- Typische Röntgenbildveränderungen

Sind von diesen Kriterien mindestens vier erfüllt, so ist die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis zu stellen.

Vielschichtige Therapie

Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis hat zum einen die Linderung der akuten Beschwerden zum Ziel, zum anderen soll sie die Entzündungsreaktion nachhaltig eindämmen und damit das Fortschreiten der RA aufhalten. Die Therapie der RA umfasst die Schmerzbehandlung sowie die Basistherapie mit krankheitsmodifizierenden Wirk-

stoffen. Sie wird ergänzt durch physiotherapeutische Maßnahmen. Bei schwerem Verlauf können Operationen und weitere invasive Maßnahmen notwendig werden sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln, wenn bereits Gelenkveränderungen aufgetreten sind.



Vielen Rheumakranken hilft Wassergymnastik. Spezialschuhe erleichtern dabei das Stehen im Schwimmbad.

Basismedikamente – Disease Modifying Drugs

Durch Basismedikamente, die so genannten „Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs“, kurz DMARDs, wird versucht, die Progression der RA zu stoppen oder wenigstens aufzuhalten. Primär wird meist Methotrexat (als Tablette oder Injektion) eingesetzt, alternativ kann auch mit Chloroquin oder Hydroxychloroquin behandelt werden. Weitere Basismedikamente sind das Sulfasalzin sowie injizierbares oder orales Gold, Azathioprin, Cyclosporin A und Leflunomid. Die Wirkung der DMARDs tritt nicht akut ein, sondern in aller Regel erst innerhalb von vier bis acht Wochen nach Behandlungsbeginn. Häufige Nebenwirkungen der Basistherapeutika sind Blutbildveränderungen, gastrointestinale Beschwerden sowie Störungen der Nieren- und Leberfunktion und Hautausschläge.

Zunehmend wird ferner mit so genannten „Biologicals“ behandelt, mit Wirkstoffen, die sich gezielt gegen die fehlgesteuerten Immunzellen und die von ihnen gebildeten Zytokine richten. So wird versucht, den Teufelskreis der Entzündungsreaktion zu durchbrechen. Es gibt Wirkstoffe wie Eta-

nercept und Infliximab, die sich gegen den TNF- α richten und die zum Teil erfolgreich bei Patienten, die sich mit den herkömmlichen Therapeutika nicht ausreichend behandeln lassen, eingesetzt werden. Auch mit Antikörpern wie dem Rituximab kann neueren Daten zufolge bei vielen Patienten eine

erfolgreiche Behandlung durchgeführt werden. Da mit einer Monotherapie oftmals ein ausreichender Behandlungserfolg nicht zu erzielen ist, werden viele RA-Patienten zudem mit einer Kombination verschiedener DMARDs behandelt.

Neben den Basismedikamenten bleibt auch heutzutage die Injektion von Kortikoiden in das entzündete Gelenk ein wesentlicher Stützpfiler der Behandlung. Denn die Kortikoide wirken rasch antientzündlich und bringen Patienten somit meist eine rasche Linderung ihrer Beschwerden. Bei langfristiger niedrig dosierter Einnahme können außerdem auch die Glukokortikoide zu einer Verlangsamung der Progression beitragen, allerdings mit einem nicht unerheblichen Nebenwirkungsrisiko.

Behandlung über die Inflammation hinaus

Neben der langfristigen antirheumatischen Behandlung ist praktisch immer auch eine akute Schmerztherapie notwendig. Dazu trägt die Injektion von Kortikoiden ins Gelenk bei, die Patienten benötigen meist ferner ein akut wirksames Medikament gegen ihre Schmerzen. Geeignet sind vor allem

Wirkstoffe mit analgetischer und antientzündlicher Wirksamkeit, etwa nicht steroidale Antirheumatika (NSAR), zum Beispiel Diclofenac.

In schweren Fällen kann eine Schmerzbehandlung entsprechend dem Schema der WHO notwendig sein, was bei sehr starken Schmerzen auch den Einsatz von Opioiden einschließt. Diese sollten allerdings nicht nach Bedarf eingenommen werden, sondern nach einem festen Zeitschema, wie es allgemein in der Schmerztherapie üblich ist.

Wichtig bei der RA ist ferner eine umfassende Physiotherapie mit dem Ziel, die Beweglichkeit der Gelenke zu erhalten und möglichst sogar zu verbessern. Dazu dienen krankengymnastische Übungen bis hin zur Sporttherapie. So wird die Muskulatur gestärkt, was die Gelenke entlastet, und die Beweglichkeit wird trainiert. Als geeignete Sportarten werden Schwimmen, Wandern Radfahren, Langlauf und Tanzen empfohlen. Nicht geeignet sind dagegen Sportarten mit hohem Verletzungsrisiko, allgemein körperliche Höchstleistungen oder Sportarten mit einseitigen Belastungen.

Durch eine manuelle Therapie können außerdem Gelenkblockaden gelöst werden, während Massagebehandlungen auf eine Linderung von Muskelverspannungen abzielen. Im Rahmen der Physiotherapie können außerdem Wärmebehandlungen zur Anregungen des Stoffwechsels sinnvoll sein oder auch eine Kältetherapie mit Bädern oder Eispackungen, wenn das Zurückdrängen der Entzündung im Vordergrund steht. Bei schweren Krankheitsverläufen wird per Ergotherapie und Rehabilitation versucht, die Lebensführung der Erkrankung anzupassen und durch spezielles Training die Selbstständigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen.

Invasive Behandlung

Neben der medikamentösen Behandlung und der Physiotherapie kann bei ausgeprägter Ergussbildung eine Gelenkpunktion für Entlastung sorgen. Durch den Abzug der Flüssigkeit wird außerdem die weitere Gelenkschädigung gebremst.

Ein noch relativ neues Verfahren, das in die gleiche Richtung zielt, ist die Radiosynoviorthese, die quasi eine Strahlenbehandlung des Gelenks darstellt. Durch die Injektion einer radioaktiven Substanz in das Gelenk wird gezielt die Synovia zerstört, was nach den bisherigen Erfahrungen bei vielen Patienten zur deutlichen Beschwerdelinderung führt.

Kommt das Krankheitsbild trotz der geschil- derten Maßnahmen nicht zur Ruhe, so können bei starken Fehlstellungen und Verfor- mungen außerdem Operationen notwen- dig werden.

Die Prognose

Die rheumaotide Arthritis gilt generell als nicht heilbar. Allerdings lassen sich bei einer Reihe von Patienten vollständige Remissio- nen erreichen und auch langfristig erhalten, während bei anderen Betroffenen auch mit

einer adäquaten Basistherapie das Fort- schreiten der Gelenkdestruktion kaum auf- gehalten werden kann.

Für die Prognose entscheidend scheint nach heutiger Kenntnis zu sein, wie früh die richtige Diagnose gestellt und eine adä- quate Therapie eingeleitet wird. Denn je früher die Patienten eine langfristige anti- entzündliche Behandlung, also die so ge- nannte Basistherapie erfahren, umso güns- tiger scheint dies für den weiteren Verlauf zu sein. Bei Verdacht auf eine chronische Polyarthritis sollte die weitere Abklärung und Behandlung deshalb unbedingt in der Hand eines internistischen Rheumatologen liegen.

Dies gilt umso mehr, als es auch Sonderfor- men der Rheumatoiden Arthritis gibt, die rechtzeitig erkannt und gezielt behandelt werden müssen. Das gilt zum Beispiel für das Felty-Syndrom, eine besonders schwere Verlaufsform der RA, die sich meist schon

zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr manifestiert und an der häufiger Männer leiden. Auch die juvenile rheumatoide Ar- thritis, die zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter gehört und die Alters-RA, auch „late onset rheumatid arthritis“, kurz LORA genannt, bei der nur ein oder wenige große Gelenke betroffen sind, gehören zu den Sonderformen der RA. Als weitere Sonderform ist das Still-Syn- drom zu nennen, eine Unterform der Juve- nilen RA, die neben den Gelenken weitere Organsysteme wie die Leber und die Milz betrifft und ebenfalls eine ungünstige Pro- gnose aufweist. ■

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	LZK Hessen	S. 82	Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80
	LZK Sachsen	S. 82		LZK Hessen	S. 82
Ästhetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80		LZK Rheinland-Pfalz	S. 83
	ZÄK Nordrhein	S. 80		ZÄK Bremen	S. 84
	ZÄK Niedersachsen	S. 81	Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84
LZK Sachsen	S. 83	ZÄK Nordrhein		S. 80	
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80		LZK Hessen	S. 81
	LZK Sachsen	S. 82	Prophylaxe	ZÄK Bremen	S. 84
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 80			ZÄK Nordrhein
	LZK Hessen	S. 82		ZÄK Nordrhein	S. 80
	LZK Sachsen	S. 83		ZÄK Niedersachsen	S. 81
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Bremen	S. 84		LZK Hessen	S. 82
	ZÄK Nordrhein	S. 81	Prothetik	LZK Sachsen	S. 82
	ZÄK Niedersachsen	S. 81		LZK Berlin/Brandenburg	S. 80
	LZK Hessen	S. 82		ZÄK Nordrhein	S. 81
	LZK Sachsen	S. 83		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84
Implantologie	ZÄK Bremen	S. 84			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 84			
	ZÄK Nordrhein	S. 80			
	ZÄK Niedersachsen	S. 81			
Kiefer-/Oralchirurgie	LZK Hessen	S. 81			
	LZK Sachsen	S. 83			
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 80			
	ZÄK Nordrhein	S. 80			
	LZK Hessen	S. 81			

Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 80
Kongresse	Seite 85
Freie Anbieter	Seite 90



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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Implantatgetragener Zahnersatz [15 Fp.]
Referent: Dr. K. Döring – Berlin;
 Dr. F. Peter Strietzel - Berlin
Erster Termin: 25. 08. 2006;
 14:00 – 19:00 Uhr
 26. 08. 2006; 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser
 Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 545,00 EUR
Kurs-Nr.: 0707.F

Thema: Kombiprothetik im Wandel der Zeit [8 Fp.]
Referent: Dr. Michael Hopp – Berlin
Erster Termin: 26. 08. 2006;
 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ludwig Erhard Haus,
 Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
Gebühr: 235,00 EUR
Kurs-Nr.: 0705.0

Thema: Update Zahnheilkunde 2006: Ästhetische Frontzahnversorgung, KFO-Prophylaxe, Psychologie für Zahnmediziner, Pharmakologie [8 Fp.]
Referenten: Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke – Hamburg, Dr. Dr. Frank Halling – Fulda, Dr. Uwe Blunck, Dr. Gerhard Schütz – Berlin
Termin: 30. 09. 2006;
 09:00 – 15:30 Uhr
Ort: Kongresshotel am Templiner See, Am Luftschiffhafen 1, 14471 Potsdam
Gebühr: 75,00 EUR (35,00 EUR für Mitglieder der ZÄK Berlin und LZÄK Brandenburg)
Kurs-Nr.: 4040.2

Thema: Totalprothese von A – Z [18 Fp.]
Referent: Ernst O. Mahnke – Nienburg
Erster Termin: 01. 09. 2006;
 09:00 – 19:00 Uhr
 02. 09. 2006; 09:00 – 19:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser
 Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 405,00 EUR
Kurs-Nr.: 0708.1

Thema: Aktuelle Parodontal- und periimplantäre Chirurgie: Seminar mit praktischen Übungen am Schweinekiefer [16 Fp.]
Referent: Dr. Raphael Borchard - Münster
Erster Termin: 08. 09. 2006;
 14:00 – 19:00 Uhr
 09. 09. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser
 Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 580,00 EUR
Kurs-Nr.: 0413.0

Thema: Die direkte hochästhetische Seitenzahnrestauration [19 Fp.]
Referent: Dr. Wolfgang Fischer - Ladenburg

Erster Termin: 22. 09. 2006;
 13:00 – 19:00 Uhr
 23. 09. 06; 09:00 – 19:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser
 Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 575,00 EUR
Kurs-Nr.: 4012.1

Thema: Refresher- Kurs: Funktionsanalyse und Funktionstherapie [15 Fp.]
Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzuflen
Erster Termin: 22. 09. 2006;
 14:00 – 19:00 Uhr
 23. 09. 2006; 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser
 Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 335,00 EUR
Kurs-Nr.: 1004.0

Thema: Indikationsgerechte Parodontalchirurgie: Resektive, regenerative und plastische operative Eingriffe am Parodontium [16 Fp.]

Referent: Dr. Benjamin Ehmke – Münster; PD Dr. Gregor Petersilka - Würzburg
Erster Termin: 22. 09. 2006;
 14:00 – 19:00 Uhr
 23. 09. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Pfaff Berlin, Aßmannshäuser
 Str. 4 – 6; 14197 Berlin
Gebühr: 595,00 EUR
Kurs-Nr.: 0405.1

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

Kurs-Nr.: 06008 P(B) 15 Fp
Thema: Ästhetische Parodontologie – Modul 17-18 des Curriculums Parodontologie
Referent: Prof. em. Dr. med. dent. H. H. Renggli, Nijmegen
Termin: 16. 06. 2006,
 14.00 – 18.00 Uhr
 17. 06. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 380,00 EUR

Kurs-Nr.: 06062 T(B) 13 Fp
Thema: Arbeitssystematik in der Zahnarztpraxis -- B --
Referent: Dr. med. dent. Richard Hilger, Kürten
Termin: 16. 06. 2006,
 14.00 – 18.00 Uhr
 17. 06. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 420,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 210,00 EUR

Kurs-Nr.: 06085 T(B) 8 Fp
Thema: STP I – Serviceteam Prophylaxe/PAR
Referent: ZA Rainer Klerx, Hannover
 ZA Cord Langhorst, Hannover
Termin: 17. 06. 2006,
 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 320,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 160,00 EUR

Kurs-Nr.: 06067 P(B) 9 Fp
Thema: Aktuelle Entwicklungen in der oralen Implantologie: Welche neuen Techniken sind für die Praxis geeignet?
Referent: Prof. Dr. med. dent. Jürgen Becker, Düsseldorf
Termin: 21. 06. 2006,
 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240,00

Kurs-Nr.: 06028 P(B) 13 Fp
Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement in der Parodontologie – ein Konzept für die tägliche Praxis
Referent: Dr. med. dent. Christian Sampers, Düsseldorf
Termin: 23. 06. 2006,
 14.00 – 18.00 Uhr
 24. 06. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480,00

Kurs-Nr.: 06057 P(B) 9 Fp
Thema: Schnitt- und Nahttechniken für Anfänger
Referent: Dr. med. dent. Jörg Neugebauer, Köln
Termin: 24. 06. 2006,
 9.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 280,00 EUR

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 06016 P(B) 15 Fp
Thema: Abschnitt VII des Curriculums Endodontologie
Referent: Prof. Dr. med. dent. Roland Weiger, Basel; Dr. med. dent. Hanjo Hecker, Basel
Termin: 16. 06. 2006,
 14.00 – 18.00 Uhr
 17. 06. 2006, 9.00 – 15.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480,00

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 06352 B 9 Fp
Thema: Prothetischer Arbeitskreis 3. Quartal 2006
Referent: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf
Termin: 12. 07. 2006, ab 15.00 Uhr
 09. 08. 2006, ab 15.00 Uhr
 13. 09. 2006, ab 15.00 Uhr
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: 55,00 EUR

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 06206
Thema: Schlagfertigkeitstraining
Referent: Rolf Budinger, Geldern
Termin: 21. 06. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: Zahnärzte 120,00 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 60,00 EUR

Kurs-Nr.: 06229
Thema: Regelmäßige Untersuchung und präventive Betreuung durch Recall
Referent: Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Raimund H. Drommel, Forst
Termin: 21. 06. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 80,00

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Selbsttherapie am Arbeitsplatz. Beschwerdefreiheit durch JUST-Five-Atem-Bewegungs-Therapie
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Manfred Just
Termin: 30. 06. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
 01. 07. 2996, 9.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 280,- EUR
Kurs-Nr.: Z / F 0679

Thema: Auf unsere Rezeption ist Verlass – Qualität und Kompetenz!
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Brigitte Kühn
Termin: 01. 07. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 210,- EUR
Kurs-Nr.: F 0627

Thema: Dentale Implantate: Die präventiv-hygienische Betreuung des Implantatpatienten
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Tracey Lennemann
Termin: 05. 07. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 155,- EUR
Kurs-Nr.: Z / F 0680

Thema: Prophylaxe – praktisch. Das Wissen für alle. Grundkurs mit praktischen Übungen
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover

Referent: Dr. Ralf Rößler
Termin: 08. 07. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 280,- EUR
Kurs-Nr.: F 0628

Thema: Bleichtherapien sowie Versorgungen mit Veneers und Komposit als Bestandteile ästhetischer Zahnheilkunde
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Prof. Dr. Thomas Attin, Dr. Wolfgang Buchalla
Termin: 08. 07. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 400,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0681

Thema: Sinusitis und dentoalveoläre Chirurgie. Gegenwärtiger Stand der Therapie odontogener und rhinogener Nasennebenhöhlenerkrankungen
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Dr. Dr. Ralf Schön, Dr. Enno Barth
Termin: 14. 07. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 66,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0670

Thema: Die Zahnarzttheliferin/ZFA im Praxislabor – Unterfütterungen leicht gemacht
Ort: Zahnärztliches Fortbildungszentrum Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover
Referent: Andreas Boldt
Termin: 15. 07. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 185,- EUR
Kurs-Nr.: Z / F 0629

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

LZK Hessen



Kursorische Fortbildung für Zahnärzte

Thema: Innovative Techniken in der Chirurgie: Welche sollte der Zahnarzt kennen?
Referent: Prof. Dr. Dr. R. Sader, Frankfurt/M.
Termin: 21. 06. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr, Anmeldung schriftlich erbeten bis 07. 06. 2006
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 160 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 10072-06001
Fortbildungspunkte: 3

Thema: Parodontologie – Prognostische Beurteilung unter Einbeziehung von Risikofaktoren
Referent: Prof. Dr. J. Meyle, Gießen
Termin: 23. 06. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
 Anmeldung schriftlich erbeten bis 09. 06. 2006
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 95 EUR inkl. MwSt.
Fortbildungspunkte: 4

Thema: Implantation und Risikomanagement
Referent: Prof. Dr. A. Filippi, Basel
Termin: 24. 06. 2006, 9.00 – 15.00 Uhr, Anmeldung schriftlich erbeten bis 09. 06. 2006
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 240 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 10038-06001
Fortbildungspunkte: 6

Thema: Implantologie – Forensische Probleme im Zusammenhang mit enossalen Implantaten
Referent: Dr. T. Ratajczak, Sindelfingen
Termin: 30. 06. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
 Anmeldung schriftlich erbeten bis 16. 06. 2006
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 95 EUR inkl. MwSt.
Fortbildungspunkte: 4

Thema: Implantologische Therapieverfahren in der zahnärztlichen Chirurgie
Referent: Prof. Dr. G.-H. Nentwig, Frankfurt/M.
Termin: 30. 06. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr;
 01. 07. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Zentrum ZMK-Heilkunde (Carolinum) der Johann Wolfgang Goethe-Univ., Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M.
Gebühr: 490 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 10008-06001
Fortbildungspunkte: 14

Thema: Implantologie bei unzureichendem Knochenangebot Augmentationsverfahren mit Übungen am Schweinekiefer und am Spezialmodell
Referent: Dr. S.-M. Beschnidt, Baden-Baden
Termin: 01. 07. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 350 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 10075-06001
Fortbildungspunkte: 10

Thema: Ergonomisches Arbeiten
Referent: M. Just, Forchheim
Termin: 08. 07. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 320 EUR inkl. MwSt. je Teilnehmer
Kurs-Nr.: 10037-06001
Fortbildungspunkte: 9
Sonstiges: Dieser Kurs eignet sich für Mitarbeiter in Zahnarztpraxen (Zahnärzte, Assistenzen), möglichst Teams

Thema: Risikopatient aus inter-nistischer Sicht, Odontogene Infektionen – Eine ausführliche Kursbeschreibung kann angefordert werden
Referent: PD Dr. Dr. B. Al-Nawas, Mainz
Termin: 14. 07. 2006, 9.30 – 17.30 Uhr
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 195 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 12018-06001
Fortbildungspunkte: 8

Kursorische Fortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte

Thema: Abrechnung von Laborleistungen nach BEL/BEB
Referent: Carsten Czerny, Kassel
Termin: 09. 06. 2006, 14.30 – 17.30 Uhr
Gebühr: 85 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 30045-06001
Sonstiges: Dieser Kurs ist für Auszubildende nicht geeignet

Thema: Praktische Prüfung (Prüfungsvorbereitung)
Referent: Stephanie Weitz, ZMV, Bürstadt
Termin: 10. 06. 2006, 9.00 – 15.00 Uhr
Gebühr: 120 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 30026-06002
Sonstiges: Dieser Kurs eignet sich für Auszubildende im 3. Ausbildungsjahr, die an der nächsten Abschlussprüfung teilnehmen wollen.

Thema: Die Zahnmedizinische Fachangestellte in der Kieferorthopädie
Referent: Dr. Nikolaus Edler, Groß-Gerau
Termin: 16. 06. – 08. 07. 2006
Ort: Frankfurt
Gebühr: 435 EUR inkl. MwSt.
 Prüfungsgebühr: 150 EUR
Teilnahmevoraussetzungen:
 – Erfolgreiche Abschlussprüfung zur ZFA, ZAH, Stomatologischen Schwester
 – Tätigkeit in einer hessischen Zahnarztpraxis

Thema: Neuer Schwerpunktkurs Versiegelung (IP 5) (Aufbauend auf dem Intensivkurs Prophylaxe)
Termine/Kurs-Nr. in Frankfurt:
 Termin 1: 23./24. 06. 2006
 Kurs-Nr.: 30098-06001
 Termin 2: 29./30. 09. 2006
 Kurs-Nr.: 30098-06002
 Termin 3: 03./04. 11. 2006
 Kurs-Nr.: 30098-06003
 Termin 4: 08./09. 12. 2006
 Kurs-Nr.: 30098-06004
Termine/Kurs-Nr. in Kassel:
 Termin 1: 01./02. 09. 2006
 Kurs-Nr. 40048-06001
 Termin 2: 24./25. 11. 2006
 Kurs-Nr. 40048-06002
Teilnahmevoraussetzungen:
 – Erfolgreiche Abschlussprüfung zum/zur ZFA/ZAH
 – Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an „Intensivkurs Prophylaxe“
Gebühr: 195 EUR inkl. MwSt.
 Prüfungsgebühr: 135 EUR

Thema: English for dental assistants (Englisch für das ganze Praxisteam)
Referent: Dr. Dr. Josef Schardt, Waldbrunn
Termin: 24. 06. 2006, 9.00 – 15.00 Uhr
Gebühr: 160 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 30093-06001

Thema: Die Abrechnung von prothetischen Leistungen in der GKV (Grundkurs)
Referent: Carsten Czerny, Kassel
Termin: 28. 06. 2006, 14.30 – 17.30 Uhr
Gebühr: 85 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 40024-06001
Sonstiges: Die Vertragsmappe mit Bema Teil 5 und GOZ ist mitzubringen.

Thema: ZE-Abrechnung für Profis
Referent: Carsten Czerny, Kassel
Termin: 30. 06. 2006, 14.30 – 17.30 Uhr
Gebühr: 85 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 30077-06001
Sonstiges: Die Vertragsmappe mit Bema Teil 5 und GOZ sowie vorhandene Praxispreisliste sind mitzubringen.

Thema: Hygiene vollständig umgesetzt? – Hygiene und Arbeitssicherheit
Referent: Dr. Andreas Dehler, Fulda; Dr. Wolfram Misselwitz, Kassel
Termin: 05. 07. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 85 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 40046-06001

Forum Junge Praxis Assistenten-Seminare

Thema: Assistentenseminar IV GOZ-Basics – verfassungskonforme Anwendung
Referent: Dr. A. Köster-Schmidt, I. Göbel
Termin: 09. 06. 2006, 14.00 – 20.00 Uhr, Anmeldung schriftlich erbeten bis 26. 05. 2006
Ort: Frankfurt/M.
Gebühr: 90 EUR inkl. MwSt.
Kurs-Nr.: 14013-06001
Fortbildungspunkte: 6

Curriculare Fortbildung

Thema: Allgemeine Zahnheilkunde
Termin: Die Veranstaltungen finden in der Regel einmal im Monat in der Zeit von 9.00 – ca. 17.30 in Frankfurt-Niederrad bzw. Kassel statt und sind nicht auf die „klassischen“ Fortbildungstage beschränkt, sondern werden an allen Wochentagen durchgeführt;
 Start: 31. 05. 2006
Gebühr: 3 510 EUR inkl. MwSt.
Anmeldung: FZZS GmbH
 Tel.: 069/42 72 75-190
 069/42 72 75-18
Sonstiges: Nach Abschluss des Curriculums kann bei der LZK Hessen ein Fortbildungssiegel beantragt werden;
 171 Fortbildungspunkte

Auskunft und Anmeldung:

Forum Zahnmedizin,
 Zahnärzte-Service GmbH,
 Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt
 Tel.: 069/42 72 75-183
 Fax: 069/42 72 75-194

LZK Sachsen



Veranstaltungen

Thema: Freie Vertragsgestaltung u. Abdingung von konservierenden u. chirurgischen Leistungen
Referent: Sandra Abraham, Riesa
Termin: 07. 06. 2006, 13:00 – 20:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Praxismitarb.
Gebühr: 115,- EUR
Kurs-Nr.: D 127/06

Thema: Professionelle Psychologie in der Gruppenprophylaxe
Referent: H. Prange, Thomasburg
Termin: 10. 06. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärztheaus, Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen
Gebühr: 190,- EUR
Kurs-Nr.: D 66/06 (8 Punkte)

Thema: Vollkeramik von A (wie Adhäsivtechnik) bis Z (wie Zirkoniumdioxid-Keramik)
Referent: Dr. Daniel Edelhoff, Aachen

Termin: 10. 06. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 235,- EUR

Kurs-Nr.: D 67/06 (8 Punkte)

Thema: GOZ für Fortgeschrittene

Referent: Gudrun Sieg-Küster, Wülfrath

Termin: 10. 06. 2006, 9:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarb.

Gebühr: 145,- EUR

Kurs-Nr.: D 129/06

Thema: Nichtchirurgische und chirurgische Endodontie

Referenten: Priv.-Doz. Prof. Dr. Rudolf Beer, Essen

Dr. Joachim Hoffmann, Jena

Termin: 16. 06. 2006, 14:00 – 20:00 Uhr;

17. 06. 2006, 9:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 415,- EUR

Kurs-Nr.: D 72/06 (16 Punkte)

Thema: Professionelle Zahn- und Wurzeloberflächenreinigung

Referent: Angelika Kohler-Schatz, Stuttgart

Termin: 16. 06. 2006, 9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarb.

Gebühr: 180,- EUR

Kurs-Nr.: D 131/06

Thema: Das A B C der Rezeption (Basiskurs)

Referent: Brigitte Kühn, Seeshaupt

Termin: 16. 06. 2006, 14:00 – 20:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarb.

Gebühr: 140,- EUR

Kurs-Nr.: D 132/06

Thema: Auf unsere Rezeption ist Verlass – Qualität und Kompetenz (Aufbaukurs)

Referent: Brigitte Kühn, Seeshaupt

Termin: 17. 06. 2006, 09:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarbeiterinnen, ZMV

Gebühr: 140,- EUR

Kurs-Nr.: D 134/06

Thema: Die richtige Berechnung von implantologischen Leistungen und Suprakonstruktionen (Aufbaukurs)

Referent: Sandra Abraham, Riesa

Termin: 17. 06. 2006, 09:00 – 16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Praxismitarb.

Gebühr: 115,- EUR

Kurs-Nr.: D 135/06

Thema: Die direkte höchästhetische Seitenzahnrestauration

Referent: Dr. Wolfgang Fischer, Ladenburg

Termin: 23. 06. 2006, 13:00 – 19:00 Uhr,

24. 06. 2006, 9:00 – 19:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus, Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 620,- EUR

Kurs-Nr.: ZD 05/06 (18 Punkte)

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

www.zahnaerzte-in-sachsen.de

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Termin: 05. 07. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr

Thema: „Physiotherapie bei Kiefergelenksfunktionsstörungen“

Kurs-Nr.: 068184

Gebühr: 150,00 EUR

Fortbildungspunkte: 5

Referentin: Dagmar Schlaubitz, Budenheim

Referentin: Dagmar Schlaubitz, Budenheim

Termin: 12. 07. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
Thema: „Bus-Einführungsseminar
für Praxisinhaber“
Kurs-Nr.: 068123
Gebühr: 150,00 EUR
Fortbildungspunkte: 5
Referent: Dr. Sabine Christmann,
Neustadt/Archibald Salm. Mainz

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 Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Bremer Zahnärzte Colloquium – Postendodontische Versorgung
Referenten: Dr. Kaup
Termine: 22. 06. 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: Vortrag und Arbeitskurs Funktionsdiagnostik – ein Konzept für die tägliche Praxis
Referenten: Prof. Dr. Ulrich Lotzmann
Termine: 07. 07. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr (Vortrag)
08. 07. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr (praktischer Teil)

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen
Gebühr: Vortrag: 198 EUR (Bremen) 248 EUR (Umland); Vortrag und Arbeitskurs: 479 EUR (Bremen) 598 EUR (Umland) – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank
Kurs-Nr.: 65007
Fortbildungspunkte: 4 Punkte (Vortrag); 16 Punkte (Vortrag und Arbeitskurs)

Thema: Assistenz in der Parodontologie – Vortrag und Arbeitskurs ZFA Kurs
Referenten: Dr. Rabih Nahas
Termine: 12. 07. 2006,
15.00 – 19.00 Uhr
Ort: „Haus der Zahnärzte“,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 80 EUR Bremen;
100 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank
Kurs-Nr.: 60019
Sonstiges: Alle Teilnehmer haben die Möglichkeit der Hospitation in der Praxis des Referenten!

Thema: ZMV-Ausbildung – Berufsbegleitende Aufstiegsfortbildung für ZFA's
Referenten: diverse
Termine: Januar 07 bis Juli 07
Ort: ZÄK Bremen,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Gebühr: 2 980 EUR Bremen;
3 725 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank
Sonstiges: Nähere Informationen, Rahmenstoffplan, Studienplan gern auf Anfrage

Auskunft und Anmeldung:
Wir bitten um schriftliche Anmeldung!
Zahnärztekammer Bremen
Universitätsallee 25
28359 Bremen
Rubina Khan
Tel.: 0421/333 03-77
Fax: 0421/333 03-23
E-Mail: r.khan@zaek-hb.de
www.zaek-hb.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztl. Fortbildung

Veranstaltungsort: Akademie für Fortbildung, Münster
Termin: 21. 06. 2006,
14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 067306
Gebühr: 148 EUR
Thema: Proth. Problemfälle
Referent: Prof. Dr. L. Figgener, Prof. Dr. P. Scheutzel,
beide Münster
Punkte: 5

Dezentrale Zahnärztl. Fortbildung

Veranstaltungsort: InterCityHotel
Ringstr. 1-3,
45879 Gelsenkirchen
Termin: 21. 06. 2006,
15.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: DEZ 067 305
Gebühr: 65 EUR
Thema: Standardisierte Klassifikation und Nomenklatur in der Kieferorthopädie
Referent: Dr. Bianca Bortolussi,
Münster
Punkte: 4

Fortbildung für Zahnmed. Assistenz- und Verwaltungsberufe

Termin: Kursbeginn:
07. 08. 2006
Kurs-Nr.: 063 420
Gebühr: 3 732 EUR
Thema: ZahnMedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) Bausteinkurs in Münster
Referent: Dipl.-DH Dorothee Neuhoff

Termin: 04./05./18./19. +
23. 08. 2006,
jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 063 359
Gebühr: 390 EUR
Thema: Grundkurs Prophylaxe in Lippstadt
Referent: Dr. Alexandra Leiwesmeyer; ZMF Gudrun Leben

Termin: 02. u. 16. 09. 2006,
jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 063 756
Gebühr: 290 EUR
Thema: Versiegelung von Zahnfissuren in Lippstadt
Referent: Dr. Alexandra Leiwesmeyer;
ZMF Gudrun Leben

Auskunft:
Akademie für Fortbildung der ZÄKWL, Auf der Horst 31
48147 Münster, Inge Rinker
Tel.: 0251/507-604
Fax: 0251 / 507-619
e-mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de
Annika.Brueemmer@zahnaerzte-wl.de
Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de
Ingrid.Hartmann@zahnaerzte-wl.de
simone.meyer@zahnaerzte-wl.de

Kongresse

■ Juni

Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie

Hauptthema: Innovation of Dental Equipment – Visions, Practical Aspects and Backgrounds

Termin: 02./03. 06. 2006

Ort: Porto/Portugal

Auskunft: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans, UKA – Klinik für ZPP, 52057 Aachen
Tel.: 0175/400 47 56 (Hotline)
Fax: 0241/80 82-468
e-mail: jrotgans@ukaachen.de

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

1. Weltkongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin

Veranstalter: Oemus Media AG zusammen mit IDÄM internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V., DGKZ Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. und ESED European Society of Esthetic Dentistry

Termin: 08. – 10. 06. 2006

Ort: Inselhalle Lindau, Zwanziger Straße 12, 88131 Lindau/Bodensee

Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
Fax: 0341/484 74-290
e-mail: kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

12. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training

Hauptthema: Akute Interventionsmöglichkeiten und Kurzzeitintervention mit Hypnose

Termin: 16. – 18. 06. 2006

Ort: Berghotel Vogelherd Blankenburg/Harz

Auskunft: Tagungsbüro der Deutschen Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT)
c/o Sophie von Stockhausen
23827 Wensin
Tel./Fax: 04559/13 49
e-mail: tagung@dgaehat.de
www.dgaehat.de

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

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

EUOPERIO Madrid 2006

Veranstalter: European Federation of Periodontology

Termin: 29. 06. – 01. 07. 2006

Ort: IFEMA Convention Center, Madrid

Auskunft: Mónica Guinea c/
Antonio Lopez Aguado n° 4
Madrid 28029 Spain
Tel.: +34 91 31 42 715
Fax: +34 91 32 35 745
e-mail: monica@efp.net

■ Juli

Fachdental Bayern

Termin: 01. 07. 2006

Ort: Halle B6 / Neue Messe
München

Auskunft: www.fachdental-bayern.de

MEDcongress

33. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termin: 02. – 08. 07. 2006

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: MEDICA Deutsche

Ges. 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

82nd Congress of the European Orthodontic Society

Hauptthema: Occlusion and temporomandibular disorder (TMD) Controversies in orthodontic concepts – Tissue reaction during orthodontic therapy – Evolution and ageing of man and individual variation

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

Benefiz-Golfturnier der BLZK zugunsten der Rudolf Pichlmayr-Stiftung e.V.

Veranstalter: Bayerische Landeszahnärztekammer

Termin: 05. 07. 2006

Ort: Golfclub Erding-Grünbach

Auskunft: Ulrike Nover,

Bayerische LZK, Fallstr. 34,

81369 München

Tel.: 089/724 80-200 o. -156

Fax: 089/724 80-220

1. Niederbayerisches Golfturnier Zahnarztcup 2006 – Benefiz-Turnier –

Veranstalter: Thermengolfclub

Bad Füssing-Kirchham

Termin: 29. 07. 2006

Ort: Thermengolfclub Bad Füssing-Kirchham, Thierham 3

Auskunft: Dr. Sandra Pulvermüller, Hofmark 5,

94167 Tettenweis

Tel.: 08534-84 24 24

Fax: 08534-84 24 26

■ August

Ostsee-Symposium 2006

Thema: Funktion, Präzision und Ästhetik für Praktiker

Veranstalter: Freier Verband

Deutscher Zahnärzte e.V., Landesverband Schleswig-Holstein

Termin: 25. – 27. 08. 2006

Ort: Kiel/Oslo, Color Fantasy

Auskunft: Dr. Oliver Rebstock,

Tel.: 04121/88 88 1

Fax: 04121/810 20

e-mail: osy2006@aol.com

www.fvdz-sh.de

■ September

15. Jahrestagung der ZÄK

Mecklenburg-Vorpommern

57. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. für ZMK-Heilkunde an den Univers. Greifswald und Rostock e.V.

3. Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Implantologie

Themen: 1. Zahnärztliche Implantologie – von der Planung bis zur Nachsorge;

2. Standespolitik;

3. Aus der Praxis für die Praxis

Wiss. Leitung: Prof. Dr. W. Sümnick, OA Dr. Rosten Mundt

Standespol. Leitung: Dr. D. Oesterreich

Termin: 01. – 03. 09. 2006

Ort: Rostock-Warnemünde,

Hotel Neptun

Auskunft: ZÄK Mecklenburg-Vorpommern,

Wismarsche Straße 304,

19055 Schwerin

Tel.: 0385/591 08-0

Fax: 0385/591 08-20

http://www.zaekmv.de

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

13. Sommersymposium der Mitteldeutschen Vereinigung für Zahnärztliche Implantologie

Hauptthema: Probleme von Gestern – Innovationen von heute – Probleme von morgen?

Termin: 14. – 16. 09. 2006

Ort: Kulturpalast Dresden

Auskunft: boeld communication,

Bereiteranger 15,

81541 München

Tel.: 089/18 90 46-0

Fax: 089/18 90 46-16

e-mail: mvzi@bb-mc.com

www.bb-mc.com

Infodental Düsseldorf

Termin: 16. 09. 2006

Ort: Halle 8/Messe Düsseldorf

Auskunft: www.infodental-duesseldorf.de

1st Mediterranean Laser Congress – ESOLA/HELSOLA

Termin: 21. – 23. 09. 2006

Ort: Rhodes/Greece

Auskunft: Vienna Medical Academy, Romana König, Alser

Straße 4, A-1090 Vienna/Austria

Tel.: (+43/1)405 13 83 ext. 33

Fax: (+43/1)405 13 83 ext. 23

e-mail: esola2006@medacad.org

www.esola.at

43. Kongress der Südwestdeutschen Ges. für Innere Medizin

Termin: 22./23. 09. 2006

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: MedCongress GmbH,

Postf. 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.fdiworlddental.org

Österreichischer Zahnärztekongress 2006

Generalthema: Der Zahnarzt zwischen medizinischer Verantwortung und Patientenanspruch

Tagungspräsident: Univ. Prof. Dr. Robert Fischer

Termin: 27. – 30. 09. 2006

Ort: Krems, Donau-Universität

Auskunft: Wiener Medizinische Akademie,

Alser Straße 4, A – 1090 Wien

Tel.: (+43/1)405 13 83-10

Fax: (+43/1)405 13 83-23

e-mail: h.schulz@medacad.org

www.zaek.at

■ Oktober

3. Int. Jahreskongress der DGOI

European Meeting des ICOI

Termin: 05. – 07. 10. 2006

Ort: Baden-Baden

Auskunft: DGOI,

Bruchsaler Straße 8,

76703 Kraichtal

Tel.: 07251/61 89 96-0

Fax: 07251/61 89 96-26

e-mail: mail@dgoi.info

www.dgoi.info

6. Symposium für zahnärztliche Schlafmedizin der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin

Termin: 06./07. 10. 2006
Ort: Regensburg
Auskunft: Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin c/o Porstmann Kongress GmbH Alte Jakobstraße 77 10179 Berlin
 Tel.: 030/28 44 99-30
 Fax: 030/28 44 99-31
 e-mail: info@dgzs.de
 www.dgzs.de

36. Int. Jahreskongress der DGZI

Thema: Implantologie als interdisziplinäre Schnittstelle
Veranstalter: DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Termin: 13./14. 10. 2006
Ort: Dorint Sofitel Bayerpost, Bayerstr. 12, 80335 München
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: dgzi2006@oemus-media.de
 www.dgzi.de

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Prothetische Behandlungskonzepte - konkret und anwendbar
Termin: 14. 10. 2006
Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
 Tel.: 0351/8066101
 Fax: 0351/8066106
 E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

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
 j.beck-mannagetta@salk.at

IFAS 2006 – 29. Fachmesse für Arzt- und Spitalbedarf

Termin: 24. – 27. 10. 2006
Ort: Zürich-Oerlikon/Schweiz, Messezentrum
Auskunft: Reed Messen (Schweiz) AG, Bruggacherstraße 26, Postfach 185, CH-8117 Fällanden
 Tel.: +41(0)44 806 33 77
 Fax: +41(0)44 806 33 43
 e-mail: info@ifas-messe-ch
 www.ifas-messe.ch

47. Bayerischer Zahnärztetag

Thema: Funktionsanalyse, Funktionstherapie und Kiefergelenk
Termin: 26. – 28. 10. 2006
Ort: ArabellaSheraton Grand Hotel, Arabellastraße 6, 81925 München
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: blzk2006@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

Berlindentale

Termin: 28. 10. 2006
Ort: Hallen 1.1/2.1, Messe Berlin
Auskunft: www.berlindentale.de

■ November

39. Herbstsymposium der DGZPW Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

Termin: 03. – 04. 11. 2006
Ort: Eisenach, Steigenberger Hotel Thüringer Hof
Auskunft: www.dgzpw.de

10. BDIZ EDI-Symposium

Hauptthema: Behandlungszeit verkürzen – Behandlungserfolg sichern: Wissenschaft – Abrechnung – Recht
Veranstalter: BDIZ EDI Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V.
Termin: 10./11. 11. 2006
Ort: Köln
Auskunft: BDIZ EDI, Am Kurpark 5, 53177 Bonn
 Tel.: 0228/93 59 244
 Fax: 0228/93 59 246
 e-mail: office-bonn@bdizedi.org

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

Thema: Was muss der allgemein-zahnärztlich tätige Zahnarzt von der Kieferorthopädie wissen?
Termin: 11. 11. 2006, 9.00 – 13.30 Uhr
Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05, Raum 300
Auskunft: Westfälische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgner, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/83 47 084
 Fax: 0251/83 47 182
 e-mail: weersi@uni-muenster.de

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 für 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

23. Jahrestagung des BDO

Thema: Orale Medizin
Termin: 17./18. 11. 2006
Ort: Maritim Hotel Berlin, Stauffenbergstr. 26, 10785 Berlin
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

15. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde

Hauptthema: Aktuelle Trends der Zahnmedizin – Konsequenzen für die Praxis
Veranstalter: blend-a-med Forschung
Termin: 17./18. 11. 2006
Ort: Internationales Congresscenter Dresden
Auskunft: project+plan gmbh Kennwort: Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde PF 12 37, 97802 Lohr am Main
 Tel./Fax: 0800/23 800 23 (gebührenfrei)

Deutscher Zahnärztetag 2006

Hauptthema: Entscheidungsfindung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Termin: 23. – 25. 11. 2006
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden
Ort: Messe Erfurt
Auskunft: DGP Service GmbH, Tel.: 0941/94 27 99-22 o. 23
 www.deutscherzahnarztetag2006.de

IOS – Orthodontics 2006

Thema: Progress in Orthodontics
Präsident: Prof. Dr. Ralf Radlanski
Termin: 24. – 25. 11. 2006 (Vorkurs am 23. 11. 2006)
Ort: Prag
Auskunft: Carolina Servis Hannover, Kirchröder Str. 77, 30625 Hannover
 Tel.: 0511/5544
 Fax: 0511/55 01 55
 e-mail: org@raiman.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

■ Dezember

9. Werkstoffkunde Symposium

Thema: Kunststoff – Material mit Potenzial

Veranstalter: Quintessenz Verlag

Termin: 09. 12. 2006

Ort: Zürich, Schweiz

Auskunft: Iwe Siems, Quintessenz Verlag, Iffnenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/76 180-628
Fax: 030/76 180-693

www.quintessenz.de/zws

■ Januar 2007

21. Berliner Zahnärztetag

11. BBI-Jahrestagung

Veranstalter: Quintessenz Verlag

Thema: Implantologie interdisziplinär

Termin: 19./20. 01. 2007

Ort: Berlin

Auskunft: Kongressabteilung, Iffnenpfad 2-4, 12107 Berlin

Tel.: 030/761 80-624

Fax: 030/761 80-693

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: Ganzheitliche Kieferorthopädie, Teil 2

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 09. 06. 2006,

10.00 – 19.00 Uhr;

10./11. 06. 2006,

jeweils 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Christoph Herrmann, Dr. Susanne Kessen

Kursgebühr: 830 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale;

660 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale für Ass. mit KZV-Nachweis

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

Fax: 02323/94 68 333

Thema: Visionen und Impulse 2006 – Heraeus lädt zum Burgenseminar nach Sachsen

Veranstalter: Heraeus Kulzer GmbH

Termin: 14. 06. 2006

Ort: Barockschloss Schweinsburg/Neukirchen, Hauptstraße 147-149,

08459 Neukirchen/Pleiße

Sonstiges: Ref.: Peter Lerch, Bern und Stefan Lukosch, Mönchengladbach; Aktuelle Trends in der Dentalbranche werden diskutiert

Auskunft: Heraeus Kulzer, Hanau Sabrina Möller

Tel.: 06181/35-35 18

Fax: 06181/35-41 80

e-mail: sabrina.moeller@heraeus.com

Thema: Die kieferorthopädische Befunderhebung

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 15. – 17. 06. 2006,

jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise, Dr. Thomas Hinz

Kursgebühr: 1 050 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: Nicht chirurgische Taschentherapie und flankierende Maßnahmen

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 16. 06. 2006,

14.00 – 18.00 Uhr;

17. 06. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Peter Cichon

Kursgebühr: 620 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: Die Procera® Road Show 2006 – Modernste Zahntechnik als innovatives Erfolgskonzept auf Tour!

Veranstalter: Nobel Biocare Deutschland GmbH

Termin/Ort: 19. 06., Berlin;

20. 06., München;

21. 06., Karlsruhe;

22. 06., Wiesbaden;

23. 06., Hamburg;

24. 06., Köln

Kursgebühr: 149 EUR (Procera® Netzwerk Mitglieder 49 EUR)

Auskunft:

www.nobelbiocare.com

Thema: Qualitätsmanagement für die zahnärztliche Mitarbeiterrin

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 21. 06. 2006,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Kirstin Borchers, Dr. Thomas Hein

Kursgebühr: 310 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: RAYID 1. – Familiensystematik (Geburtsreihenfolge) und Irisdiagnostik

Veranstalter: Aufwind Consulting

Termin: 23. – 24. 06. 2006

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 18 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee

Tel.: 08851/61 56 91

Fax: 08851/61 56 90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: Bioenergetische Okkulsion und interdisziplinäre Therapie

Veranstalter: Tanaka Dental

Termin: 25. 06. 2006,

10.00 – 18.00 Uhr;

26. 06. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Bad Hamburg

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Asami Tanaka, Dr. Jürgen Schmitter; für Zahnärzte, Zahntechniker, Physiotherapeuten, Heilpraktiker und deren Patienten

Kursgebühr: 590 EUR + MwSt.

Auskunft: Tanaka Dental

Tel.: 06172/830 27

www.tanaka.de

Thema: Ohne Spagat von Bema zu Privat (1)

Veranstalter: Dr. med. dent. Peter H. G. Esser, Simmerath-Einruhr

Termin: 30. 06. 2006,

14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Rostock

Sonstiges: Durchblick im Bereich von Prophylaxe, Parodontal- und Schienenbehandlung; ausführliches Kursprogramm bitte bei Service Concept anfordern! 4 Punkte

Kursgebühr: 175 EUR pro Person

Auskunft: Service Concept, Congress- & Seminar-Agentur Uschi Rätzke-Meier, Auerstr. 3, 45663 Recklinghausen

Tel.: 02361/49 50 962

Fax: 02361/96 06 645

Thema: Balintgruppe

Veranstalter: Institut für Psychosomatische Zahnmedizin

Termin: 30. 06. – 01. 07. 2006

Ort: 77855 Achern

Sonstiges: Was der Beruf und der Patient mit uns machen

Kursgebühr: 420 EUR + MwSt.

Auskunft: Dr. P. Macher, Hauptstraße 77, 77855 Achern

Tel.: 07841/29 08 55

Fax: 07841/28 993

www.oralpsychologie.de

Thema: Meridiandiagnose und Therapie mittels Digital-Medizin (i-healthSystem)

Veranstalter: PAN – Privatakademie für Naturheilkunde GmbH

Termin: 01. 07. 2006,

9.00 – 17.30 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3

Sonstiges: Einsatz von i-healthSystem in der Zahnheilkunde: Fokussuche, Ermittlung von Amalgam- oder Metallbelastungen, Prüfung von alternativen Füllungsmaterialien, Ermittlung der Priorität der anstehenden Behandlungen u.s.w.

Kursgebühr: 50 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: PAN, Frau Gardemin, Streithorstweg 3, 49163 Bohmte-Hunteburg
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Stressfreie Zahnbehandlung, Hypnose, Laser, Analgosedierung, Narkose

Veranstalter: DocAid, Gesellschaft für ärztliche und zahnärztliche Fortbildung

Termin: 01. 07. 2006

Ort: Viktor's Residenz Hotel, Saarbrücken

Sonstiges: Ref.: Dr. med. Patrick Scherz, Dr. med. dent. Werner Dietz; 4-stündiger Theoriekurs, 5 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 450 EUR + Tagungspauschale

Auskunft: Andrea Scherz, Rilkestr. 10, 66346 Püttlingen
Tel.: 06898/90 47 21 oder 0176/61 10 15 83
Fax: 06898/64 489
e-mail: andrea.scherz@docaid-gmbh.de
www.docaid-gmbh.de

Thema: Notfall in der Zahnarztpraxis, Notfallmanagement in Theorie und Praxis

Veranstalter: DocAid, Gesellschaft für ärztliche und zahnärztliche Fortbildung

Termin: 01. 07. 2006

Ort: Viktor's Residenz Hotel, Saarbrücken

Sonstiges: Ref.: Dr. med. Patrick Scherz; 4-stündiger Kurs mit Workshop, 6 Punkte

Kursgebühr: 350 EUR + Tagungspauschale

Auskunft: Andrea Scherz, Rilkestr. 10, 66346 Püttlingen
Tel.: 06898/90 47 21 oder 0176/61 10 15 83
Fax: 06898/64 489
e-mail: andrea.scherz@docaid-gmbh.de
www.docaid-gmbh.de

Thema: Professionelle Zahnreinigung – Tageskurs für Fortgeschrittene

Veranstalter: praxisDienste

Termin: 01. 07. 2006,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Bremen

Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Tel.: 06221/64 99 71-12

Fax: 06221/64 99 71-20

e-mail: schoenfelder@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Implantologie-Kurs

Veranstalter: Astra Tech Dental

Termin: 01. 07. 2006

Ort: Neunburg vorm Wald

Sonstiges: Ref.: Dr. Christoph Wenz

Auskunft: Astra Tech, An der

kleinen Seite 8, 65604 Elz,

Tel.: 06431/98 69 213

Fax: 06431/98 69 500

www.astratech.de

Thema: FT I: Diagnosegerechte Therapie des funktionsgestörten Patienten – Schwerpunkte: Aufbisssschientherapie / Physiotherapie

Veranstalter: Westerburger

Kontakte

Termin: 06. – 08. 07. 2006

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Diether

Reusch, ZA Jochen Feyen,

ZTM Paul Gerd Lenze, ZA Tadas

Korzinkas

Kursgebühr: 1 300 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger

Kontakte

Bilzstr. 5, 56457 Westerburg

Tel.: 02663/39 66

Fax: 02663/39 76

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Professionelles Bleaching Tiefziehseminar

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 07. 07. 2006,

14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Ravensburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Karim

El-Mahdy

Kursgebühr: 149 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH, Brigitte Quitzsch, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Die Zukunft im Blick

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 07. 07. 2006,

14.00 – 20.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Thomas Malik

Kursgebühr: 230 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH, Brigitte Quitzsch,

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Kommunikationsseminar

Veranstalter: Aufwind

Consulting

Termin: 07./08. 07. 2006

Ort: Schlehndorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Dr. Martina

Obermeyer; 18 Punkte

Kursgebühr: 600 EUR + MwSt.

Auskunft: Dr. Martina Ober-

meyer, Aufwind Consulting,

Kocheler Straße 1,

82444 Schlehndorf am Kochelsee

Tel.: 08851/61 56 91

Fax: 08851/61 56 90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: Henry Schein Digital Show 2006

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 08. 07. 2006,

10.30 – 15.00 Uhr

Ort: Heidelberg

Sonstiges: Ref.: Diverse

Kursgebühr: 39 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH, Brigitte Quitzsch,

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Ihr Können mit repräsentativen Bildern professionell darstellen (2-Tages-Kurs)

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 11. und 18. 07. 2006,

jeweils 14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Peter Heinrich,

Ingo Röthele

Kursgebühr: 200 EUR + MwSt.

(beide Tage)

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH, Brigitte Quitzsch,

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 12. 07. 2006,

14.00 – 16.30 Uhr

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Christiane Silber

Kursgebühr: 80 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH, Brigitte Quitzsch,

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Adhesive Dentistry – State of the Art

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 13. 07. 2006,

14.30 – 18.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Dr. Roland

Frankenberger

Kursgebühr: 135 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental

Depot GmbH, Brigitte Quitzsch,

Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Zeitgemäße Endodontie 2006 – Update

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH

Termin: 14. 07. 2006,

14.00 – 19.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Dr. Uwe Radmacher
Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH, Brigitte Quitzsch, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/71 50 930
 Fax: 0711/71 50 954
 e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Prophylaxe-Betreuung bei Senioren

Veranstalter: praxisDienste
Termin/Ort: 14. 07., Stuttgart; 21. 07., Nürnberg
Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/64 99 71-12
 Fax: 06221/64 99 71-20
 e-mail: schoenfelder@praxisdienste.de
 www.praxisdienste.de

Thema: Chefseminar (Wirtschaftlichkeit)
Veranstalter: Aufwind Consulting
Termin: 14./15. 07. 2006
Ort: Schlehdorf in Obb.
Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 16 Punkte
Kursgebühr: 800 EUR + MwSt.
Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90
 e-mail: info@aufwind.org

Thema: Modernes Behandlungskonzept der Restauration von Front- und Seitenzähnen
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 14. – 16. 07. 2006
Ort: München
Sonstiges: Ref.: Dr. Diether Reusch, Dr. Uwe Blunck, ZA Jan Strüder, ZA Tadas Korzinskas, ZTM Paul Gerd Lenze, ZT Dominik Püsch
Kursgebühr: 1 200 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 Bilzstr. 5, 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/39 66
 Fax: 02663/39 76
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Die optimale Privatabrechnung (GOZ) – Aufbaukurs – für die Kieferorthopädie
Veranstalter: Büker Kieferorthopädie
Termin: 15. 07. 2006, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: RAMADA-Hotel Dresden, Wilhelm-Franke-Str. 90, 01219 Dresden

Sonstiges: Ref.: Heike Herrmann; Die optimale Privatabrechnung unter Berücksichtigung von Beihilfebestimmungen, Praxiskostenermittlung, Wertvolle Tipps zur Berechnung zahntechnischer Leistungen, die neue GZ – welche Änderungen
Kursgebühr: 150 EUR
Auskunft: Siegfried Instinsky, Goldstr. 20, 49074 Osnabrück
 Tel.: 0541/338 11 99
 Fax: 0541/338 11 55
 e-mail: info@bueker-kfo.de
 www.bueker-kfo.de

Thema: Lebenslange Prophylaxe ersetzt lebenslange Behandlung
Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH
Termin: 15. 07. 2006, 9.00 – 15.00 Uhr
Ort: Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Dr. Klaus-Dieter Bastendorf
Kursgebühr: 265 EUR + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH, Brigitte Quitzsch, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/71 50 930
 Fax: 0711/71 50 954
 e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Diodium-Laser, Anwenderseminar mit Live-OPs
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 15. 07., 14. 10. und 18. 11. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Gasthof Alte Post, Seminarraum 1. Stock, Marktplatz 10a, 83607 Holzkirchen
Sonstiges: Seminarleiter Dres. Neidlinger
Kursgebühr: 395 EUR zzgl. MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach, Maria Wotschel,
 Tel.: 06003/8 14-220,
 Ingrid Weinlich,
 Tel.: 06003/814-230,
 Thomas Naß,
 Tel.: 06003/8 14-240,
 Fax: 06003/8 14-906

Thema: Konventionelle und digitale Röntgenaufnahmetechnik
Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH
Termin: 19. 07. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Dr. Ralf-Dietmar Bächle
Kursgebühr: 80 EUR + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH, Brigitte Quitzsch, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/71 50 930
 Fax: 0711/71 50 954
 e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Durch consequentes Werbe- und Praxismarketing zum Praxiserfolg
Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH
Termin: 19. 07. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Ravensburg
Sonstiges: Ref.: Michael Beretin
Kursgebühr: 175 EUR + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH, Brigitte Quitzsch, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/71 50 930
 Fax: 0711/71 50 954
 e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Thema: Notfallmanagement in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: Henry Schein Dental Depot GmbH
Termin: 21. 07. 2006, 14.30 – 17.30 Uhr
Ort: Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Dr. Sönke Müller
Kursgebühr: 130 EUR + MwSt. + 100 EUR zahntechn. Mitarbeiter
Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH, Brigitte Quitzsch, Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
 Tel.: 0711/71 50 930
 Fax: 0711/71 50 954
 e-mail: Brigitte.Quitzsch@henryschein.de

Verlust von Kammerausweisen

ZÄK Niedersachsen



Dr. Uta-Berit Lempa,
 Cranachstraße 56 E,
 38300 Wolfenbüttel,
 geb. am 18. 02. 1977
 in Zwickau,
 Ausweis-Nr. 4272,
 ausgestellt am 21. 01. 2002

Robert Höfkens,
 Bahnhofstraße 5,
 27446 Selsingen,
 geb. am 15. 10. 1955
 in Den Haag,
 Ausweis-Nr. 3904,
 ausgestellt am 15. 12. 2000

Dr. med. dent. Maria Grove,
 Mühlenstraße 12,
 38176 Wendeburg,
 geb. am 07. 10. 1947 in Cluj,
 Rumänien,
 Ausweis-Nr. 1261,
 ausgestellt am 19. 10. 1984

Yildiz Senel,
 Hohe Weide 45,
 20253 Hamburg,
 geb. am 16. 08. 1977
 in Steinheim,
 Ausweis-Nr. 5267,
 ausgestellt am 17. 03. 2005

Nils Hennig,
 Hauptstraße 29,
 21376 Gödenstorf,
 geb. am 07. 10. 1969
 in Hamburg,
 Ausweis-Nr. 3657,
 ausgestellt am 08. 02. 2000

Johannes Kloth,
 Auricher Str. 29, 26721 Emden,
 geb. am 25. 07. 1959
 in Bremerhaven,
 Ausweis-Nr. 5375,
 ausgestellt am 08. 08. 2005

Das Greifswalder Modell: Früher Patientenkontakt

Studenten besuchen Patienten zuhause

Anja Ratzmann, Bernd Kordaß

An der Universität Greifswald wird seit vier Jahren die Lehrveranstaltung „Der Frühe Patientenkontakt“ für den Studiengang der Zahnmedizin angeboten. Der vorliegende Beitrag beschreibt die Situation und das Procedere.

Es handelt sich hierbei um ein Lehrprojekt im Rahmen der Community Medicine/Dentistry. Community Medicine ist der Zweig der Medizin, der sich mit dem Gesundheitszustand der Bevölkerung beschäftigt [1]. Das bedeutet, dass nicht mehr der Einzelne, sondern die so genannte Community einer Region auf ihren Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand untersucht wird. Community Medicine ist in angloamerikanischen Ländern sowie in Skandinavien weit verbreitet.

Ziel des frühen Kontakts

An der Medizinischen Fakultät Greifswald wird dieser Ansatz modellhaft für Deutschland entwickelt und erstmalig in Lehre und Forschung umgesetzt. Die grundlegende Zielstellung des „Frühen Patientenkontakts“ besteht darin, das Zahnmedizinstudium möglichst frühzeitig patientennah zu gestalten. In der klassischen zahnmedizinischen Ausbildung in Deutschland erfolgt der erste „echte“ Patientenkontakt mit Aufnahme der klinischen Tätigkeit im vierten Studienjahr. Die Integration von Patientenkontakten in den vorklinischen Studienabschnitt ist vorwiegend aus den Curricula des Medizinstudiums bekannt. Verschiedene Universitäten haben Unterrichtsmodelle entwickelt, in denen bereits in den ersten Semestern Patientenkontakte stattfinden [2, 3.] Aus dem zahnmedizinischen Bereich hingegen sind kaum entsprechende Konzepte bekannt. Die Lehrveranstaltung soll zum einen den Studierenden den Einstieg in die spätere Patientenbehandlung erleichtern und zum anderen eine Erhöhung der Motivation im vorwiegend

technisch-propädeutisch orientierten vorklinischen Studienabschnitt bewirken.



Im häuslichen Umfeld den Patienten die geplante Therapie erklären – ein Projekt der Studentenausbildung der Universität Greifswald.

Umsetzung des Modells

Die Lehrveranstaltung erstreckt sich modular über die ersten vier Semester des vorklinischen Studienabschnittes. Sie ist als Einführung in die Bedeutung der ganzheitlichen Perspektive medizinischen Handelns strukturiert. In Anlehnung an die Notwendigkeit der Implementierung medizinischer Aspekte in den Studiengang der Zahnmedizin wird den Studierenden propädeutisch die wechselseitige Beziehung zwischen Entstehung und Verlauf von Krankheit sowie gesellschaftlichen und individuellen Faktoren vermittelt. Die Studierenden sollen ein

Verständnis für die Zusammenhänge zwischen dem Gesundheits- und Krankheitszustand des Einzelnen und der Allgemeinheit entwickeln. Die methodischen Techniken bei der Beschreibung und Analyse von Krankheit werden dargestellt. Die Struktur und soziale Schichtung der Bevölkerung, sowie die demographischen Abläufe in ihren Grundlagen werden vermittelt. Am Beispiel bevölkerungsrelevanter Erkrankungen erarbeiten sich die Studierenden die kulturellen, ökonomischen und psychosozialen Faktoren von Gesundheit und Krankheit besonders im regionalen, aber



Foto: Uni Creifswald

Die Erfahrungen aus dem „Hausbesuch“ können dann im Kurs umgesetzt und vertieft werden.

renden einen individuellen Mundhygieneplan erstellen. Die Mundhygienemaßnahmen werden mit den Patienten geübt. Zum Abschluss werden die gewonnenen Erfahrungen in einer Krankengeschichte dokumentiert.

Zur Vorbereitung und Begleitung der Patientenkontakte nehmen alle Studierenden

am Kurs „Medizinische Psychologie – Einführung in die ärztliche Gesprächsführung“ teil. Dieser Kurs soll Kenntnisse über unterschiedliche Ausdrucksformen der Krankheitsbewältigung sowie über den Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf Krankheitsverhalten und -erleben vermitteln. Weiteres Ziel des Seminars ist die Förderung

und Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten, die für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient von Bedeutung sind [4-6]. Somit wird frühzeitig der Umgang mit dem Patienten im ärztlichen Anamnesegespräch trainiert.

Zweiteiliges Hospitationsprogramm

Zusätzlich beinhaltet die Lehrveranstaltung ein zweiteiliges Hospitationsprogramm.

In diesem Kontext hospitieren die Studierenden in lokalen zahnärztlichen Praxen und örtlichen Schulen sowie Kindergärten und führen dort Maßnahmen zur Gruppenprophylaxe durch. Dadurch wird der Einblick in den „normalen“ Praxisalltag aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht, und gleichzeitig werden präventive Maßnahmen praktisch umgesetzt. Begleitend zu den Patientenbesuchen erfolgt die Auf-

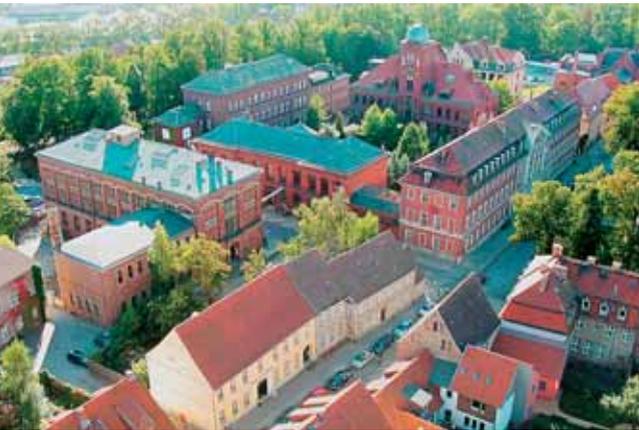


Foto: Wikipedia

Der alte Universitäts-Campus in Greifswald

arbeitung des erlangten Wissens nach dem Prinzip des „Problemorientierten Lernens“. [7] Damit soll den Studierenden ein neues didaktisches Lernkonzept vorgestellt und dessen Anwendungsgrundlagen geübt werden [8-12].

In zusätzlichen Vorlesungen werden aktuelle Fragestellungen aufgegriffen. Auch erhalten die Studierenden im Verlauf der zweijährigen Lehrveranstaltung eine Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten, insbesondere zur Literaturrecherche, um ihnen bereits frühzeitig Informationsquellen außerhalb der klassischen Lehre (Vorlesungen, Lehrbücher) zu erschließen.

Begleitender Evaluationsbogen

Die Lehrveranstaltung wird jeweils zu Beginn und zum Abschluss mittels eines speziellen Evaluationsbogens von den Studierenden ausgewertet. Die Zielrichtung der Evaluationsmaßnahme ist praxisorientiert, das heißt die Bewertung des Projekts als solches steht im Vordergrund. Die Ergebnisse dieser Evaluationen ermutigen dazu, den persönlichen Kontakt zwischen Studierenden und Patienten in der vorklinischen Ausbildung beizubehalten und weiter auszubauen. Die Studierenden halten es für wichtig, bereits frühzeitig reale „Patientenwirklichkeiten“ kennen zu lernen. Im Folgenden sind einige Zitate aus den Abschlussarbeiten genannt:

„Der „Frühe Patientenkontakt“ ist ein gutes Projekt, welches eventuelle Berührungs-

ängste schon in der Anfangsphase des Studiums verringert“, „Uns hat es sehr gut gefallen, bereits im ersten Studienjahr direkt mit dem Patienten konfrontiert zu sein.“ „Durch die Patientenbesuche konnten wir das in den Vorlesungen und Seminaren zum „Frühen Patientenkontakt“ Erlernte (Psychologie, Gesprächsführung, Krankheitsbilder) anwenden und Berührungsängste im Umgang mit dem Patienten abbauen.“

Motivationschub für das Studium

Es ist von verschiedenen Seiten immer wieder angezweifelt worden, ob es gerade dem Zahnmediziner, dessen Studium sehr dicht mit Praktika und Kursen belegt ist, gelingt, psychosoziale und biologisch-medizinische Aspekte zusätzlich zu implementieren, ohne dass die Qualität des Studiums leidet. Unser Eindruck ist, dass gerade die medizinische Ausrichtung des „Frühen Patientenkontakts“ in den ersten vier Semestern ein wichtiges Gegengewicht zu den dentaltechnologischen und werkstoffkundlich ausgerichteten Praktika sein kann und dass der Studierende viel besser motiviert ist, weil er frühzeitig verstehen lernt, wem die Zahnmedizin mit den technologischen Möglichkeiten dient. Entscheidender Bestandteil des „Frühen Patientenkontakts“ ist die interdisziplinäre Vernetzung mit medizinischen Fächern; hier insbesondere mit dem Fach der Medizinischen Psychologie. Erst hierdurch wird diese bislang ungewöhnliche Ausbildungseinheit mit dem notwendigen Background und Fundament unteretzt, die über die rein oralmedizinischen Gesichtspunkte hinausgehend, allgemeine Erkrankungen und die sozialpsychologische Dimension begreifbar machen. Die Ergebnisse zeigen, dass es gelungen ist, medizinische Aspekte vermehrt zu integrieren.

Nach den Erfahrungen, die bislang in Greifswald über vier Jahre gemacht wurden, hat sich dieses Verfahren im Studium der Zahnmedizin bewährt. Es wird eine bes-

Lehrprogramm „Der Frühe Patientenkontakt“ (1. bis 4. vorklinisches Semester)

erstes vorklinisches Semester

- CM-Einführung I
- CM-Ringvorlesung I
- Einführung in die Lernmethode „POL“
- Präventionskurs

zweites vorklinisches Semester

- CM-Einführung II
- CM-Ringvorlesung II
- Start des Hausbesuchsprogramms
- Kurs: Einführung in die ärztliche Gesprächsführung
- 14-tägige POL-Tutorien

drittes vorklinisches Semester

- Hausbesuchsprogramm
- Vorlesung zu ausgewählten Themen
- Kurs: Einführung in die wissenschaftliche Rechartechnik
- 14-tägige POL-Tutorien

viertes vorklinisches Semester

- Hausbesuchsprogramm
- Hospitationsprogramm I (Kindergärten und Schulen)
- Hospitationsprogramm II (Zahnarztpraxis)
- 14-tägige POL-Tutorien
- Evaluation

sere Motivation der Studierenden erreicht, weil sie frühzeitig den Bezug zum Patienten erhalten.

Diesen Trend bestätigt auch eine erste retrospektive Evaluation aus den klinischen Semestern. Die wesentliche Fragestellung dieser Evaluation bezog sich darauf, ob sich die Studierenden durch die Teilnahme am „Frühen Patientenkontakt“ besser auf die Patientenkontakte im klinischen Studienabschnitt vorbereitet fühlen.

*Dr. Anja Ratzmann
Poliklinik für Kieferorthopädie
Abteilung für Zahnmedizinische Propädeutik /
Community Dentistry
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald
anja.ratzmann@unigreifswald.de*

*Prof. Dr. Bernd Kordaß
Abteilung für Zahnmedizinische Propädeutik /
Community Dentistry
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald*



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

Als Praxischef Burnout vorbeugen

Feuer und Flamme für den Beruf

Ausgebrannte Mitarbeiter, innerlich einen Schritt vor der Kündigung, kommen jeden Chef teuer zu stehen. Dem Burnout-Syndrom vorzubeugen kostet ihn dagegen wenig, sichert ihm zugleich langfristig engagierte Zuarbeit und erhält ihm – wie auch dem Betroffenen – den Spaß an der Arbeit.

Arbeitgeber können nach Einschätzung von Experten einem Burnout-Syndrom bei ihren Angestellten vorbeugen. Gerade Praxischefs können von bewusster Prävention profitieren, denn die Beschäftigten im Gesundheitswesen gelten als besonders Burnout-gefährdet. Sie sind besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt, da sie die Schnittstelle zwischen Sozialgesetzgebung und Patienten bilden – und dadurch hautnah die damit verbundenen Spannungen erleben. Stichwort: Praxisgebühr! Die Auflage, Kassenpatienten sofort Geld abzuverlangen und dies wortgewandt zu erklären, verdrarb vielen vormals motivierten Helferrinnen und auch Zahnärzten die Lust am Alltag.

Prallt der Unmut der Patienten über politische Entscheidungen auf sie, die diese unerquicklichen Vorgaben zwangsweise umsetzen, wächst die Konzentration auf den anderen, dessen Äußerungen und das eigene Verhalten zur permanenten Selbstkontrolle. Solchen Druck „unter dem Deckel“ zu halten, ist anstrengend und erschöpfend, das zeigen neueste Forschungsergebnisse des Instituts für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund (IfADo). Überstrapazierung interner Kontrollmechanismen ist für Burnout mitverantwortlich.

Besonders gilt dies für Situationen mit Kundenkontakt. Auch in schwierigen Situationen immer freundlich und verbindlich zu bleiben gehört heute zum Standard. Wenn der Arbeitstag allerdings wenig Freudiges und Angenehmes bietet, ist diese Freundlichkeit nur künstlich zu erzeugen. „Normkonformes Arbeitsverhalten erzeugt Anspannung, wie Druck in einem Kessel“, beschreibt Psychologie-Professor Klaus-Helmut Schmidt vom IfADo die Situation. Übersteigt der Druck eine individuelle Grenze, kann er sich spontan entladen, bei-

spielsweise in unkontrollierbaren Gefühlsäußerungen aus eigentlich nichtigen Anlässen.

Auf Dauer fördert ständige Selbstkontrolle das Burnout-Syndrom. Kommen andere Faktoren hinzu – etwa ständige Terminver-

geber besonders wertvoll – und daher sollte er sie besonders schützen. Gerade die engagierten und motivierten Mitarbeiter aber seien gefährdet, zum Beispiel wenn sie mit Ideen und Vorschlägen immer wieder gegen Wände liefen. Hier sei der Chef gefordert, von ihm errichtete Barrieren auf ihre Entbehrlichkeit zu prüfen und gegebenenfalls mehr Entscheidungsfreiheit oder Mitspracherecht einzuräumen. Die Sensibilisierung und der angemessene Umgang der Vorgesetzten mit dem Problem tragen erheblich zur Vorbeugung bei. Die wichtigste Maßgabe: Handlungsspielräume schaffen. Können Mitarbeiter Arbeitsabläufe mit oder



Foto: Ingram

Die Gesundheitsbranche ist vom Burnout häufig betroffen. Gute Vorbeugung setzt frühzeitig bei engagierten Mitarbeitern an, denn: Nur wer für seinen Beruf Feuer und Flamme war, kann auch ausbrennen, betonen die Experten.

zögerungen in einer Bestellpraxis – potenziert sich die negative Wirkung. Gemeinsam ist vielen Burnout-gefährdeten Berufen, dass sie einen persönlichen Bezug zur eigenen Tätigkeit erfordern – typisch für alle „Helfer-Berufe“. „Nur wer für seinen Beruf Feuer und Flamme war, kann auch ausbrennen“, betont Sven Hollmann, Psychologe am IfADo. Mitarbeiter, die „für ihren Job brennen“, seien eigentlich für jeden Arbeit-

gar selbst gestalten, fühlen sie sich den Strukturen und Belastungen weniger ausgeliefert als fremdbestimmte Kollegen.

„Das Burnout-Syndrom ist meist eine Reaktion auf die Arbeitsbedingungen und ein Schutz vor weiterem Frust. Die Betroffenen gehen in die innere Emigration“, sagte Hollmann, oft zunächst schleichend, bis sie nach Jahren alle sozialen Kontakte bei der Arbeit verloren haben: Sie engagieren sich

minimal für Aufgaben, die über ihre unmittelbare Kernaufgabe hinausgehen, lehnen neue Aufgaben ab, behalten Informationen für sich. Gerade diese „weichen“ Leistungen sind kaum messbar, aber ein entscheidender Faktor im erfolgreichen Arbeitsablauf – das „Öl im Getriebe“. Klar beschreiben lässt sich das Syndrom nicht. Zu den Symptomen zählen jedoch Stress und Zynismus, mit dem die Menschen ihre innere Beteiligung an der Arbeit abschüttelten, so Hollmann, etwa wenn Zahnärzte den Patienten mit der Freundbrücke auf die Diagnose reduzieren. Bei fortgeschrittenem Burnout brechen die Leistungen auch bei den Kernaufgaben ein, die den klassischen Bewertungskriterien unterliegen – und meist bemerkt der Arbeitgeber das Problem erst dann. Reichlich spät, denn da haben beide Seite bereits Verluste hingenommen. Späte Hilfe ist möglich aber viel zeitaufwändiger und kostspieliger als Vorbeugung.

Hilfe im Teufelskreis

„Ein Burnout verstärkt sich selbst, deshalb brauchen Betroffene Hilfe, um aus dem Teufelskreis zu gelangen“, so Hollmann.

zm-Info

Erprobt

Ein Burnout-Präventionsprogramm des IfADo wurde bei den Bereichen mit intensiven Außenkontakten der Versorgungsverwaltung NRW entwickelt und erprobt: Neben allgemeinen Informationen über das Burnout-Syndrom und seine Verhütung besteht dieses vor allem darin, die eigene Arbeitssituation in Hinblick auf die spezielle Problematik zu analysieren und Verbesserungsvorschläge zu machen. Dabei kam heraus: Nicht nur der Anteil an belastenden Situationen sollte gemindert, sondern auch die positiven Ressourcen müssen gestärkt werden, etwa die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team. Details unter <http://www.ifado.de>

Eine Mitarbeiterbefragung kann helfen, mehr über die Arbeitszufriedenheit und psychische Arbeitsbelastungen zu erfahren. Weitsichtige Praxisinhaber beugen Burnout mit diesem Mittel vor, weil sie Anregungen ihrer Mitarbeiter ernst nehmen und Engagement belohnen. An Strukturen darf gerüttelt werden: Team-Arbeit kann oftmals effektiver organisiert werden, Aufgaben nach den Stärken und Schwächen der Mitarbeiter neu verteilt werden. Arbeitnehmer sollten ihrerseits beobachten, welche Aufgaben ihnen Spaß machen, und prüfen, ob sie davon mehr übernehmen können. Lassen sich umgekehrt belastende Tätigkeiten oder Abläufe verändern? Kann man kurze „Erholungszeiten“ einrichten für jene Tätigkeiten, bei denen Dritte viel Druck ausüben können? Hollmann empfiehlt, sich auch darüber zu verständigen, welche Grenzen es beim „Aushalten-müssen“ von Aggressionen gibt. Jenseits dieser Grenzen braucht jeder die Möglichkeit, zum Beispiel verfahrenere Gespräche an einen „starken“ Kollegen abzugeben. Spezielle Trainings zum Umgang mit Konflikten können ebenfalls hilfreich sein.

Positives Feedback schützt

Positives Feedback und der Austausch mit Kollegen mindern die negativen Auswirkungen der alltäglichen Belastungen. Empfindet der andere bestimmte Situationen auch als stressig? Wie geht er damit um?

So kann eine unerfahrene Rezeptionistin von der erfahrenen Kollegin mehr Gelassenheit übernehmen, weil Patienten sie stets nerven mit der – objektiv ja durchaus berechtigten – Frage: „Wie lange dauert es denn noch?“. Versteht sie das berechnete Interesse an dieser Information als eine Notwendigkeit für die eigene Zeitplanung und nicht als Nörgelei, kann sie gelassen reagieren. Frei von Druck, wird sie dem Frager freundlich antworten können, ob er binnen fünf Minuten behandelt wird oder ob es noch 15 Minuten dauert – und demjenigen damit freistellen, wie er die Wartezeit nutzt. Auch für den Patienten bedeutet ein Plus an Entscheidungsfreiheit eine Entlastung. pit

EZB steuert auf Zinserhöhung zu

Im Kampf gegen die Inflation

Im Kampf gegen die wachsende Inflation im Euroraum steuert die Europäische Zentralbank (EZB) auf eine Zinserhöhung im Juni zu. „Die Risiken für die Preisstabilität haben wegen der gestiegenen Ölpreise zugenommen“, sagte EZB-Präsident Jean-Claude Trichet (Foto) Anfang Mai in Frankfurt, „auch die Wirtschaft wächst schneller als früher.“ Trichet betonte mehr-



Foto: EZB

keit“ im Hinblick auf stabile Preise. Dies gilt an den Finanzmärkten als deutliches Signal für eine anstehende Zinsanhebung. Anfang Mai ließ die EZB die Zinsen unverändert bei 2,50 Prozent. pit/dpa



Erwartungen an den Chef

Was Azubis wollen

Auszubildende erwarten von ihren Vorgesetzten vor allem Vertrauen und Gerechtigkeit. Dafür sprachen sich in einer

Umfrage der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 14,8 beziehungsweise 14,7 Prozent der Lehrlinge aus. Die Ergebnisse der Untersuchung sind im BGW-Magazin „Young Help“ (1/2006) nachzulesen. Ebenfalls hoch im Kurs stehen mitreißende Chefs. Mehr als jeder zehnte Azubi sah darin die wichtigste Eigenschaft eines Vorgesetzten. Für 7,8 Prozent der Befragten zeichnete sich der ideale Chef hingegen durch ein stets offenes Ohr für ihre Fragen und Sorgen aus. sth/pm



Foto: MEV

Praxiseinbrüche

Röntgenaufnahmen sicher archiviert

In der jüngeren Vergangenheit wurde in mehrere Zahnarztpraxen eingebrochen und der Röntgencomputer zerstört, mit der Folge, dass Röntgenaufnahmen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden können. Die KZV Nordrhein weist darauf hin, dass der Verlust des Computers und der Sicherungsdateien die vertragszahnärztliche Verpflichtung zur Archivierung von Röntgenaufnahmen nicht aufhebt. Für den Fall, dass bei Fehlen der zu archivierenden Röntgenaufnahmen im Rahmen eines etwaigen Verfahrens zur Überprüfung

der Abrechnungsfähigkeit einzelner Leistungen oder betreffend die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise die Röntgenaufnahme als Beweismittel herangezogen werden soll, aber aufgrund der Zerstörung nicht vorgelegt werden kann, könne dies im Einzelfall Honorarkürzungen nach sich ziehen, erläutert die KZV. Soweit der Zahnarzt digitalisiert, solle er zusätzliche Sicherungsdateien der Röntgenaufnahmen kontinuierlich an einem sicheren Ort, gegebenenfalls auch außerhalb der Praxisräume, verwahren. pit/pm



Foto: Corbis

Erratum

Korrektur: Garantiezins

Leider hat in Heft 6 auf Seite 97 der Druckfehlerteufel zugeschlagen. Dabei haben sich bei der Darstellung der Entwicklung des Garantiezinses für die Kapitalbildenden Lebensversicherungen einige zeitliche Verschiebungen eingeschlichen. Die richtige Reihenfolge lautet:

Vertragsabschluss	
Vor Juli 1986:	3,00 Prozent
Bis Juli 1994:	3,50 Prozent
Bis Juli 2000:	4,00 Prozent
Ab Juli 2000:	3,25 Prozent
Ab 1. Januar 2004:	2,75 Prozent
Ab 1. Januar 2007	voraussichtlich: 2,25 Prozent

Quelle: Gesamtverband der Versicherungswirtschaft

Neue Fonds für die Vorsorge

Der Weg ist das Ziel

Marlene Endruweit

Die Kapitallebensversicherung hat ihre besten Zeiten hinter sich, seitdem das Steuerprivileg gestrichen ist. Jetzt wittern die Fondsgesellschafter Morgenluft und bieten mit Zielsparfonds neue Modelle für die Altersvorsorge. Dem Anleger versprechen sie mehr Bequemlichkeit.

Die Deutschen kümmern sich zu wenig um ihre Altersvorsorge. Diese Erkenntnis ist so neu nicht. Laut der Wochenzeitung „Die Zeit“ verwenden sie 37 Stunden auf den Kauf eines Autos, 25 Stunden für die Planung einer Küche. Ganze 20,5 Stunden ihrer kostbaren Freizeit opfern sie für die Planung ihrer Altersvorsorge. Immer noch verlassen sich die meisten darauf, dass Vater Staat es schon richten wird. Dabei ist jetzt schon klar, für viele von ihnen wird die Rentelücke größer als gedacht. Andererseits dürfen besorgte Sparer die Werbesprüche der Versicherungs- und Fondsgesellschaften auch nur mit Vorsicht genießen. Deren Vorstellungen über Ausgaben für die Vorsorge sind oft heillos überzogen.

Fleißige Sparer mit wenig Zeit

Dabei genießen die Deutschen einen Ruf als besonders fleißige Sparer. Sie legen ihr Geld auf Sparkonten oder kaufen die Produkte, die ihnen der Kundenberater empfiehlt. Um was es sich dabei wirklich handelt und wie teuer die Empfehlungen letztlich sind, wissen die wenigsten. Statt sich blind auf Bankberater oder Versicherungsagenten zu verlas-



Zielsparfonds – der Name ist Programm. Anders als andere Fonds will dieser den Anleger zum Ziel „Altersvorsorge“ führen – und das ganz bequem. Individualisten bleiben da kritisch.

sen, wäre es lukrativer, sich einen Durch- und Überblick über die jetzige und später gewünschte finanzielle Situation zu verschaffen:

Dabei sind zwei Dinge entscheidend für die Planung der Altersvorsorge:

■ Wie hoch wird der Bedarf im Alter sein?

■ Wie kann ich für ausreichende finanzielle Mittel sorgen?

Die erste Frage kann jeder nur für sich beantworten. Am einfachsten ist es, sich mit Papier und Bleistift hinzusetzen und seine Bedürfnisse zu ermitteln. Wahrscheinlich ist, dass die Ausgaben für die Kinder gegen Null tendieren, die Kosten für Freizeit

und Gesundheit hingegen steigen werden. Allerdings wird es einem Dreißigjährigen schwer fallen, diese Fragen jetzt schon genau zu beantworten. Hier ist etwas Fantasie gefragt.

Anschließend kommt der Kassensturz, da heißt es ran an die Kernfragen:

■ Wieviel wird mir das Versorgungswerk zahlen?

■ Verfüge ich über ein abbezahltes Haus oder eine Wohnung oder werde ich auch im Alter Miete zahlen müssen?

■ Wieviel liegt auf der hohen Kante?

■ Kann ich mit dem Ersparten die Pension aufbessern?

■ Was kann ich jetzt noch tun? Dabei gilt eine einfache Faustregel: Je früher man mit dem Sparen anfängt desto besser. Denn umso stärker kann sich der Zinsezinseffekt auswirken. Demnach hängt die Höhe des gesparten Kapitals entscheidend von der Wiederanlage der erwirtschafteten Gewinne ab.

Jeder Berater und auch jeder Kunde geht davon aus, dass alle Gewinne wieder angelegt wer-

den. Auf dieser Basis errechnen sie die oftmals stolzen Renditen. Weichen die tatsächlichen Ergebnisse auch nur um einen Prozentpunkt von den Prognosen ab, bedeutet das für die Altersvorsorge ein Minus von 20 Prozent. Um sich einen Überblick über die tatsächlich erreichbare Rendite zu verschaffen, braucht der Anleger Angaben über alle anfallenden Kosten einer Anlage. Investmentfonds klären ihre Kunden einigermaßen ausreichend über die von ihnen kassierten Gebühren auf. Schwerer tun sich nach wie vor die Lebensversicherer. Doch eine Gesetzesinitiative und der eigene Wille der Assekuranz zu mehr Transparenz sollen demnächst Abhilfe schaffen.

Mit in die Berechnungen für eine ausreichende Vorsorge gehört die wahrscheinliche Entwicklung der Inflationsrate. Beträgt sie pro Jahr nur zwei Prozent, bedeutet das die Halbierung des Vermögens in 35 Jahren. Würden

sich die Menschen über diese Dinge Gedanken machen, ständen vielen von ihnen die Haare zu Berge. Doch auffallend wenige Deutsche kümmern sich um ihre Finanzen. Gegenüber der „Zeit“ äußerte sich Rüdiger von Nitzsch, Professor an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule in Aachen: „Je weniger sie über etwas Bescheid wissen, desto weniger interessiert es sie. Etwa dann, wenn sie nicht einmal die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses kennen.“ Weil er den Menschen nicht zutraut, dass sie sich selbst verantwortlich um ihre Belange kümmern, fordert er zum Beispiel automatische Versicherungen, die man ausdrücklich ablehnen

muss, will man sie nicht haben. Soweit gehen die Pläne der Rentenexperten in Berlin derzeit noch nicht – zumindest nicht offiziell. Doch die Strategen der Finanzdienstleister kalkulieren mit der Bequemlichkeit der Menschen.

Lange hat sich die Branche der Investmentfonds vergeblich um die Euros der Vorsorgekunden bemüht. Die Kapital bildende Lebensversicherung stellte jahrzehntelang den Favoriten bei der Vermögensbildung.

plan eine bestimmte Zeit lang eine gleichmäßige Rate oder eine Summe auf einmal in einen Fonds ein. Dafür verspricht ihm die Gesellschaft eine möglichst hohe Rendite bei möglichst geringem Risiko. Zu Beginn legt der Sparer in Aktien an, mit zunehmendem Alter wandert das Geld automatisch in sichere Anlageklassen. So will der Fondsmanager vermeiden, dass der Anleger kurz vor Antritt der wohl verdienten Rente bei einem Börsencrash sein Vermögen noch

riskiert. Die Sparer sollen so



Foto: Ingram

mehr Sicherheit erhalten ohne gleich in

Die scheinbare Sicherheit der Anlage und vor allem die Bequemlichkeit der Durchführung zogen die meisten Sparer ins Netz der Assekuranz. Die Versprechen für eine höhere Rendite und niedrigere Kosten, mit denen die Fondsgesellschaften warben, lockten als Köder sehr viel seltener. Als jedoch Ende 2004 das Steuerprivileg der Lebensversicherer kippte, bekamen sie ihre Chance. Sie entwickelten neue Varianten des Fondssparens.

„Flexibles“ Renditeversprechen

Das neueste Angebot auf dem Gebiet heißt Zielsparfonds. Sie versprechen große Flexibilität und starke Renditeaussichten. Das Prinzip ist ganz einfach: Der Kunde zahlt wie bei einem Spar-

plan das feste Korsett der Lebensversicherung gepresst zu werden. Denn im Unterschied dazu besteht bei einer Anlage in Fonds jederzeit die Möglichkeit auszuweichen. In den USA und Großbritannien laufen Fonds dieser Art gut. Die Menschen dort nutzen sie für ihre Vorsorge oder für die Ausbildungsfinanzierung ihrer Kinder.

Auf der Angebotspalette stehen die Zielsparfonds seit Beginn des Jahres bei verschiedenen Gesellschaften, darunter die Activest, Deka, dit, DWS, Union und die amerikanische Fidelity.

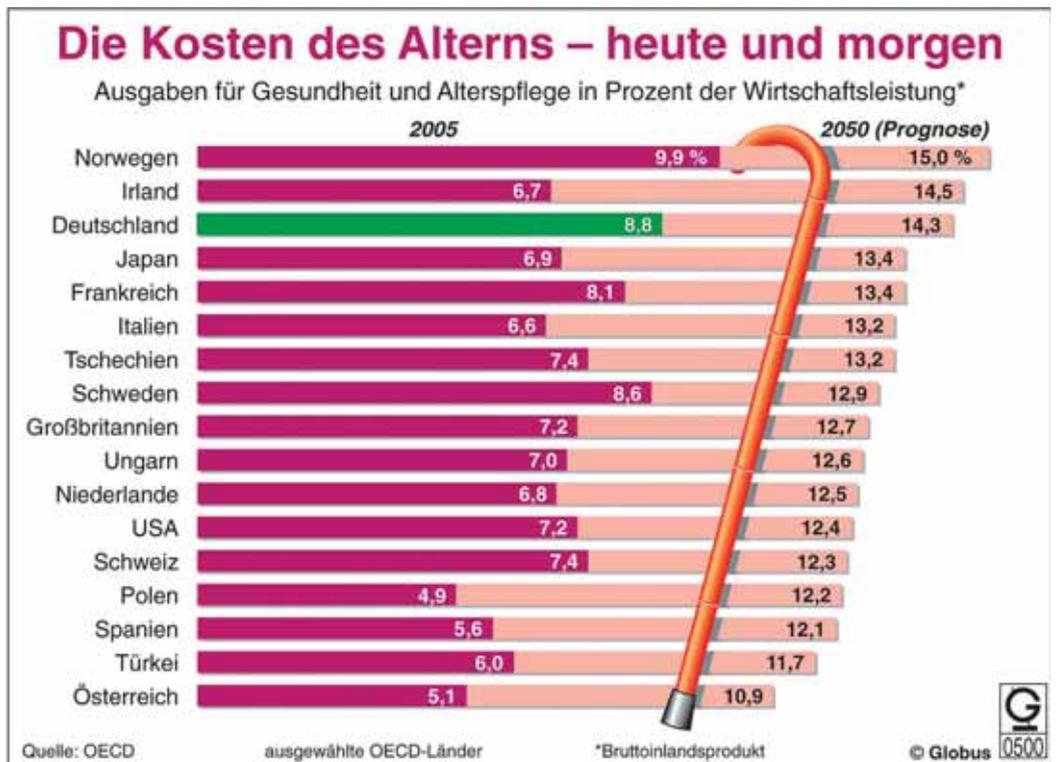
Viele Strategien, kleine Unterschiede

Die Strategien der verschiedenen Anbieter ähneln sich. Die Lebenszyklusfonds tragen alle eine Jahreszahl im Namen. Die meis-

ten nennen das Jahr, in dem das Sparziel erreicht wird und die Auszahlung beginnt. Der dit, die Fondsgesellschaft der Dresdner Bank, kennzeichnet seine Fonds mit dem Geburtsjahr der Anleger. Der erste Fonds deckt die Jahrgänge 1947 bis 1951 ab. Es folgen 52 bis 56, 57 bis 66, 67 bis 77 und 77 bis 96. Der Fonds investiert zu Beginn der Laufzeit in Aktien und wechselt allmählich zu risikoärmeren Produkten. Das Besondere beim dit-Vorsorgefonds ist, dass er riesterfähig ist, also mit der staatlichen Förderung kombiniert werden kann.

Der Deko-Zielfonds der Sparkassen investiert das Sondervermögen – damit ist das Vermögen der Kunden gemeint – wiederum in verschiedene Aktienfonds. Dabei stehen die eigenen Fonds zur Verfügung aber auch die bekannteren ausländischer Gesellschaften wie Templeton oder Threadneedle. Der Deko-Fonds handelt also wie ein Dachfonds, der wiederum in andere Fonds investiert. Kunden haben die Wahl unter verschiedenen Laufzeiten: 2015, 2020, 2025 und 2030. Anfangs investiert die Deko hauptsächlich in chancenorientierte Aktien. Gegen Ende der Laufzeit schichtet sie in Renten- beziehungsweise Geldmarktanlagen um. Laut Fondsprospekt darf der Fonds in Immobilienfonds – wie die meisten anderen Zielsparfonds – investieren. Auf diese Weise hofft sie, die erwirtschafteten Gewinne sicher bis zum Ende anzulegen.

Der Fidelity Target Fonds (Target = Ziel) investiert zu Beginn der Laufzeit 85 Prozent des Anlagekapitals direkt in Aktien. Die



Asset Allocation – so der Fachjargon für Vermögensanlage – wird umso konservativer, je näher das Ende der Laufzeit rückt. Am Ende steckt das gesamte Sparguthaben in Geldmarktfonds. Die Zielvorgaben lauten 2010, 2015 und 2020.

Die Fondstochter der Deutschen Bank DWS legt jedes Jahr einen neuen Flex-Pension-Fonds auf. Damit umwirbt sie vor allem konservative Anleger, die sich bislang auf Lebensversicherungen fixiert hatten. Als Vergleichsmaßstab für die Gewinnentwicklung nimmt sie einen Index, der sich aus hauseigenen Fonds zusammensetzt. Darüber hinaus garantiert die DWS eine Höchststandssicherung. Das heißt, dass der Wert des Fonds nicht unter den Kurs, der an einem bestimmten Stichtag erzielt wurde, fallen kann.

Ebenfalls mit einer Garantie lockt Activest, die Fondsgesellschaft der HypoVereinsbank, ihre Kunden in den Pension Protect

Fonds. Bei Erstauflage des Fonds Anfang Juni 2005 wurde der Erstrücknahmepreis zum Laufzeitende garantiert. Seitdem wird jeweils zu Beginn eines Monats das Garantieniveau angepasst. Liegt der Rücknahmepreis über dem letzten Garantieniveau, wird das höhere Niveau bis zum Ende garantiert. Activest bietet sechs Fonds mit Laufzeiten zwischen 2015 und 2020 an. So angenehm sich das Versprechen einer Garantie anhört, umsonst ist es nicht. Der vorsichtige Umgang mit dem investierten Geld kostet den einen oder anderen Punkt bei der Rendite. Die würde bei einem aggressiveren Anlagestil wahrscheinlich höher ausfallen. Deshalb verzichtet die Union Investment, Fondsgesellschaft der Volksbanken, auf eine Garantie. Sie legt die Kundengelder, die in den Wertsparplan fließen, in drei verschiedene hauseigene Fonds an: den Aktienfonds UniGlobal, den Mischfonds UniRak und den Renten-

fonds UniEuroRenta. Die Kunden können sich zwischen zwei verschiedenen Modellen entscheiden: Je nachdem, ob sie mindestens fünf Jahre oder mehr als zehn Jahre lang ihr Geld anlegen wollen. Die Laufzeit bestimmt der Kunde selbst. Jeder bekommt sein eigenes Konto.

Bequemer Zwang

Grundsätzlich bieten die Zielsparfonds dem Anleger viel Bequemlichkeit. Er muss sich nicht mehr selbst um seine Fondsanteile kümmern, ständig die Tabellen im Auge behalten, um nur ja keine Entwicklung zu übersehen. Das Konstrukt nimmt ihm die Angst, den richtigen Zeitpunkt zu verpassen, zu dem er von Aktien auf Renten beziehungsweise Geldmarktfonds umsteigen muss, um seine Schäfchen ins Trockene zu bringen. Dafür sorgt der Fondsmanager, in dem er Chancen und Risiken einer Anlage gegenein-

ander abwägt. Umsonst ist dieser Service – natürlich – nicht. Allerdings halten sich die Gebühren in einem angemessenen Rahmen. So betragen die Kosten für die Verwaltung zwischen einem und 1,5 Prozent jährlich. Die Ausgabeaufschläge liegen mit 3,5 bis fünf Prozent in etwa auf dem gleichen Niveau wie bei vergleichbaren Aktienfonds der Gesellschaften.

Da alle Fonds noch sehr jung sind, gibt es keine Performance-Daten, anhand derer sich eine längere Entwicklung verfolgen ließe. Weil aber die meisten Zielsparfonds in hauseigene Produkte investieren, wissen die Anleger, worauf sie sich einlassen. Die Mindestsparraten sind moderat. Sie liegen zwischen 25 und 100 Euro im Monat.

Selbst ist der Sparer

Das höchste Maß an Flexibilität und Unabhängigkeit in der Geldanlage verschaffen sich Sparer, die Freude am Management ihres Portfolios haben. Sie bestimmen selbst, wann sie ihr Kapital wohin umschieben. Auf diese Weise können sie ihre finanziellen Bedürfnisse ihrer je-

weiligen persönlichen Situation am besten anpassen. So sieht es auch Peter Griebel, Finanzberater bei der Verbraucherzentrale Baden-Württemberg in Stuttgart: „Ein Zielsparfonds hat etwas Zwanghaftes. Jeder Mensch hat andere Bedürfnisse, die sich nicht in ein Raster pressen lassen. Das Riesenangebot an Möglichkeiten kann ich nutzen, um die Vorsorge genau auf mich abzustimmen.“ So kann ein Dreißigjähriger sehr risikoscheu sein. Er entscheidet sich vielleicht für einen Rentenfonds. Dagegen möchte es so mancher Fünfzigjährige noch einmal wissen und setzt voll auf Aktien. Denn dort gibt es die größten Chancen – und Risiken.

Die nahe Zukunft vor Augen

Wer so optimistisch in die Zukunft blickt, hat vielleicht ganz andere Pläne als sich mit 60 oder 65 Jahren zur Ruhe zu setzen. Viele Menschen, besonders wenn sie über eine gute Ausbildung verfügen, haben Spaß an ihrer Arbeit. So bleibt es gerade Selbständigen, zum Beispiel Zahnärzten, unbenommen, in bestimmtem Rahmen über die Pensionsgrenze hinaus zu arbeiten. Arbeitszeit und -volumen bestimmt dann jeder selbst. Fröhlich in die Zukunft blickt aber auch der Pensionär, der vielleicht schon mit 60 Jahren den Bohrer weglegt, sich mit dem Erreichten zufrieden gibt und die lange geplante Weltreise antritt, sich ein Segelboot kauft, um die Meere zu erobern oder sich endlich ganz den Rosen in seinem Garten widmet. Die Vorsorge lässt sich in jedem Fall entsprechend planen. ■

zm-Index

Stichwort: Asset Allocation

Übersetzt heißt dieser Begriff Vermögensanlage. Gemeint ist damit die Aufteilung des Vermögens in verschiedene Investmentarten (Asset-Klassen), zum Beispiel Anleihen, Aktien, Immobilien, Zertifikate und so weiter. Mit Veränderungen der Asset Allocation lassen sich Rendite und Risiken eines Portfolios optimieren.

Bundesfinanzhof zieht Grenzen bei Betriebsfeiern

Ein Dorn im Auge des Fiskus

„Feiern will begrenzt sein“, meint der Bundesfinanzhof und hat die Zahl der betrieblichen Feiern – Firmenjubiläum hin oder her – in einem konkreten Fall – auf zwei beschränkt.

Ein Arbeitgeber hatte in einem Jahr für seine Angestellten einen Betriebsausflug, eine Karnevalsfeier, eine Weihnachtsfeier und eine Veranstaltung zum Betriebsjubiläum ausgerichtet. Das fand der Bundes-



Foto: MEV

finanzhof zuviel, berichtet die Ärzte-Zeitung. Für zwei der Feiern müsse der Arbeitgeber

eine pauschalierte Steuer auf den Arbeitslohn der Mitarbeiter zahlen. pit/pm



„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.

Privates Surfen ist normal

„Nicht erlaubt“ heißt noch lange nicht „verboten“

80 bis 100 Stunden im Jahr darf ein Arbeitnehmer im Büro zu privaten Zwecken durchs Internet surfen – wenn der Arbeitgeber das nicht eindeutig verboten hat.



Foto: Project Photo

Das Landesarbeitsgericht Köln entschied: Die private Nutzung des Internets sei inzwischen so normal, dass Mitarbeiter davon ausgehen könnten, dass der

Chef damit einverstanden sei. Damit lehnten die Richter die Klage eines Arbeitgebers ab. Der hatte Schadenersatz gefordert, mit der Begründung, er habe das Surfen nicht ausdrücklich erlaubt. Doch das reichte den Richtern nicht. pit/pm

*Urteil des Landesarbeitsgerichts Köln, Mai 2006
Az.: 4 Sa 1018/04*

Computer-Magazin weist auf Beweislast hin

Schutz für Phishing-Opfer

Bankkunden, die trotz aller Vorsicht Opfer von Internet-Kriminellen geworden sind, müssen nicht für den Schaden aufkommen, schreibt das IT-Profimagazin iX in seiner aktuellen Ausgabe 6/2006. Beim Phishing, dem Versuch bei laufenden Aktionen an persönliche Geheimdaten wie Kontozugangs-codes zu gelangen, müssten selbst erfahrene Online-Nutzer passen.

Online-Banking ist neben Internet-Auktionen eine der häufigsten Arten der Internet-Nutzung – und eine der riskantesten.

Eindeutige Regeln, wer für Phishing und ähnliche Angriffe rechtlich einzustehen hat, gibt es nicht. Dennoch trage im Streitfall die Bank die Beweislast, ob sie effektive Maßnahmen zum Schutz vor Phishing-Attacken ergriffen hat und ob sie ihre Kunden vor riskantem Verhalten gewart hat.

Wer gängige Warnungen beachtet, weder seine persönlichen Identitäts- und Transaktionsnummern (PINs und TANs) per E-Mail verschickt oder in Webformulare eingibt, noch Links leichtfertig anklickt und

dies bei aktiven Angriffen, zum Beispiel bei der gleichzeitigen Einmischung eines Dritten in die Transaktionsverbindungen zwischen Kunden und Bank, den so genannten Man-in-the-middle-Angriffen.

„Ist ein Schaden durch einen Phishing- oder ähnlichen Angriff entstanden, trägt meist die Bank das Risiko. Den Kunden kann man nur dann in die Verantwortung nehmen, wenn er klare Hinweise und Auffälligkeiten außer Acht gelassen hat“, erläutert iX-Redakteurin Ute Roos. „Fahrlässig hingegen handeln Bankkunden, wenn sie offensichtliche Angriffe auf ihre Zugangsdaten nicht sofort der Bank anzeigen.“ pit/ots



Foto: MEV

Gesundheits-Manager erneut verurteilt

Korruptionsskandal neu aufgerollt

Im neu aufgerollten Prozess um einen millionenschweren Korruptionsskandal bei Betriebskrankenkassen im Rheinland sind die Angeklagten erneut zu Haftstrafen verurteilt worden.

Das Landgericht Düsseldorf bestätigte frühere Strafen gegen fünf Chefs von Betriebskrankenkassen und Rehabilitationszentren zwischen zwei und knapp fünf Jahren. Die Männer sollen das Gesundheitswesen zwischen 1997 und 2001 um etwa drei Millionen Euro geschädigt haben. Die ehemaligen Chefs

Aufgeflogen war der Skandal, weil die Männer die Verteilung des Geldes vertraglich festgelegt hatten. Diese Vereinbarung fiel Ermittlern in die Hände. Das Urteil von 2002 hatte der Bundesgerichtshof im Januar 2005 aufgehoben und zur Neuverhandlung an das LG Düsseldorf zurückverwiesen. pit/dpa



Foto: MEV

der Betriebskrankenkassen (BKK) Düsseldorf und Rheinmetall waren vom Landgericht (LG) Düsseldorf Ende 2002 zu Strafen von vier Jahren und neun Monaten sowie zu vier Jahren verurteilt worden.

Den beiden heute 58 und 55 Jahre alten Männern wurde Vorteilsnahme, Untreue und in mehreren Fällen Bestechlichkeit zur Last gelegt. Drei mitangeklagte Manager von Reha-Zentren bekamen Freiheitsstrafen zwischen zwei und dreieinhalb Jahren. Die zweijährige Strafe wurde zur Bewährung ausgesetzt. Die Manager haben laut Anklage jahrelang Scheinrechnungen ausgestellt und überhöhte Beträge abgerechnet. Reha-Zentren bekamen Patienten zugewiesen, die gar nicht existierten.

Berufsverbot für verurteilten Apotheker

Wenn das nötige Vertrauen fehlt

Ein verurteilter Mörder darf nicht mehr als Apotheker arbeiten. Das geht aus einem Urteil des obersten Verwaltungsgerichts in Baden-Württemberg hervor.

Ein wegen Mordes verurteilter Pharmazeut dürfe seinen Beruf nicht mehr ausüben, teilte der Verwaltungsgerichtshof (VGH) in Mannheim zur Begründung mit: Wegen seiner Straftat genieße er nicht mehr das unabdingbar nötige Vertrauen der Bevölkerung. Die Entscheidung des Gerichts ist unanfechtbar. Im konkreten Fall war ein Apotheker zu lebenslanger Haft verurteilt worden, nachdem er eine Frau erwürgt hatte. Das Regierungspräsidium Stuttgart hatte

Kassen um 1,7 Millionen Euro geprellt

Maximalen Profit ergaunert

Mit falschen Medikamenten-Abrechnungen haben zwei Apotheken in Niedersachsen Krankenkassen um 1,7 Millionen Euro geprellt.

„Sie wollten maximalen Profit“, sagte der Leiter der AOK-Ermittlungsgruppe gegen Abrechnungsbetrug, Peter Scherler. Er bestätigte damit einen Bericht der „Neuen Presse“. Eine Krankenhaus-Apotheke, die Arzneimittel günstiger bezieht, hat Rezepte über eine normale Apotheke zum Höchstpreis mit den Kassen abgerechnet. Die Klinik-Apotheke habe sich nun verpflichtet, 1,7 Millionen Euro zurückzuzahlen, sagte Scherler.

Die betrügerischen Geschäfte liefen laut AOK von Anfang 2004 bis Ende März. Dabei ging es unter anderem um Krebs-Medikamente. Krankenhaus-Apotheken, die Medikamente günstiger



Foto: CC

beziehen, müssen die niedrigen Preise an die Kassen weitergeben. Außerdem hätte die betroffene Klinik-Apotheke in Niedersachsen die Rezepte gar nicht annehmen dürfen, weil sie laut Scherler den dafür notwendigen Vertrag mit den Krankenkassen nicht hatte. pit/dpa



Foto: ABDA

ihm die Zulassung entzogen, weil er „unwürdig zur Ausübung des Apothekerberufs“ sei. Gegen diese Entscheidung zog der Mann, der im Gefängnis sitzt, vor Gericht. Sowohl das Verwaltungsgericht Freiburg als auch der Verwaltungsgerichtshof in Mannheim stützten jedoch die Auffassung des Regierungspräsidiums.

Urteile des VGH Mannheim, Az.: 9 S 2317/05 und 9 S 2454/05

Neue Reihe: Medizinhistorische Museen

Ingolstadt: Heilkunde in allen Facetten

Das Deutsche Medizinhistorische Museum, das einzige seiner Art in Deutschland, präsentiert die Heilkunde von der Antike bis zu Gegenwart. Seit 1973 ist es in der „Alten Anatomie“ der Stadt Ingolstadt untergebracht.

Schon das Gebäude selbst steht für eine wichtige Entwicklung der Medizingeschichte Europas: Als 1472 in Ingolstadt die erste bayerische Landesuniversität gegründet wurde, lehrte man die Medizin noch aus Büchern. Erst Renaissance und Aufklärung brachten das Experiment und einen breiteren Fächerkatalog in Forschung und

Lehre, so dass im frühen 18. Jahrhundert ein neues Lehrgebäude errichtet werden musste, das heutige Museum. Mitsamt seinem Garten für die Heilpflanzen hat sich das Gebäude bis heute den Charme einer Orangerie bewahrt. Daraus stand das lichtdurchflutete „Theatrum anatomicum“ im Mittelpunkt, um das sich unter anderem das „Laboratorium chymicum“ oder das „Collegium experimentale physicum“ als eher dunkle Räume gruppierten. Auch ein „Observatorium“



Neu!

Die zm stellen in loser Folge Museen vor, in denen medizin- und zahnmedizinhistorische Sammlungen ausgestellt werden. Den Auftakt bildet das Deutsche Medizinhistorische Museum in Ingolstadt.



Die Heilige Appollonia – Schutzpatronin der Zahnärzte. Öl auf Leinwand, datiert 1731

Fotos: Dt. Medizinhist. Museum

oder eine „Specula astronomica“ fehlten nicht. Nach einer wechselvollen Geschichte, in deren Verlauf die „Alte Anatomie“ nach ihren repräsentativen Anfängen sogar als Bauernhof genutzt wurde, zeigt sich das Gebäude heute wieder im alten Glanz.

Mit einer reichen Sammlung von Gegenständen zur Heilkunde verschiedener Kulturkreise und zu den diversen Spezialgebieten lockt es den Besucher. So wird die Geschichte der Medizin von der Antike bis zur Gegenwart mit Objekten, Amputationssägen, Kugelbohrern und Brenneisen aus den einstigen Hochkulturen Ägypten, China, Rom und Griechenland dem Besucher nahegebracht.

Spezielle Disziplinen

Gewisse Spezialdisziplinen, wie die Augen-, Frauen-, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, sowie die Homöopathie werden genauer dargestellt. Der Zahnheilkunde ist dabei im Vergleich zur Medizin zwar nur relativ wenig Raum gewidmet, doch technische Neuerungen, zum Beispiel die sich aus



Das Deutsche Medizinhistorische Museum (Gartenfront der Alten Anatomie, erbaut 1723 bis 1736) in Ingolstadt – das Gebäude steht für ein markantes Stück Medizingeschichte.



Zahnreißerszene – Skulptur (wahrscheinlich nach einer zeitgenössischen englischen Karikatur gefertigt) aus Elfenbein und Buchsbaum, Deutschland oder Südtirol, um 1800

dem Spinnrad entwickelte Tretbohrmaschine, und andere Produkte sind im Museum zu sehen. Eine große Kollektion an Instrumenten zur Zahnhygiene, Kariesbehandlung, Chirurgie und Beispiele für die frühe Prothetik sind ausgestellt. So auch der so genannte „Überwurf“, ein Instrument aus Eisen und Weichholz bestehend, zum Zähneziehen. Auch der Eindruck einer Zahnarztpraxis des 19. Jahrhunderts wird mittels eines kleinen Ensembles aus altem Zahnarztstuhl, Bohrmaschine und Schrank vermittelt. Nicht fehlen darf die Heilige Apollonia, die Schutzpatronin der Zahnärzte. Hier im Museum ist die barocke Darstellung mit Marterwerkzeug und Märtyrer-Palme zu bewundern.

Auch lohnt es sich, das barocke Deckenfresko im ehemaligen anatomischen Hörsaal genauer zu betrachten, denn in

■ **Deutsches Medizinhistorisches Museum Ingolstadt, Alte Anatomie Anatomiestraße 18 – 20 85049 Ingolstadt**
Tel.: 0841 3051860
Fax: 0841 910844
E-Mail: deutschesmedizinhistorisches-museum@ingolstadt.de
Öffnungszeiten:
Täglich von 10 – 12 Uhr und von 14 – 17 Uhr, Montags geschlossen.
Führungen: nach Vereinbarung

ihm sind die Lehrmittel der Anatomie sowie Bildtafeln als auch Präparate zu sehen.

Dr. Wibke Knöner
 Tiergartenstraße 29, 30559 Hannover

Die Autorin ist Mitglied im Arbeitskreis Geschichte der Zahnheilkunde der DGZMK, einem freiwilligen Zusammenschluss von Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde beschäftigen. Weitere Interessenten sind willkommen. Kontakt: E-Mail: wknoener@web.de. Tel.: 0511/514637, Fax: 0511/5109623

FDI-Kongress in China

Zahnärzte zu Gast im Reich der Mitte

Der diesjährige FDI-Kongress findet vom 22. bis 25. September in Shenzhen, China statt. Das wissenschaftliche Programm lockt mit vielfältigen und interessanten Angeboten.

Ursprünglich für Peking geplant, musste vor eineinhalb Jahren der Kongressort verlegt werden, weil das vorgesehene Kongresszentrum in Peking nicht rechtzeitig fertig gestellt werden konnte. Der jetzt ausgewählte Kongressort, Shenzhen, liegt ganz in der Nähe (35 km) von Hongkong in Südchina und ist eine junge, geschäftige und moderne chinesische Großstadt, ein Testplatz für Chinas wirtschaftliche Reformen und ein Fenster ins moderne China. Das subtropische Shenzhen liegt am Meer und bietet im September ein angenehmes Klima.

Tagungsort ist das supermoderne Shenzhen Convention and Exhibition Center, ein riesengroßes, multifunktionales Kongress-, Ausstellung- und Veranstaltungszentrum mitten in Shenzhen. Shenzhen war bis 1979 ein eher verschlafener Grenzort mit gerade einmal 30 000 Einwohnern. 1980 wurde die Sonderwirtschaftszone Shenzhen gegründet und die Stadt wuchs innerhalb von nur 25 Jahren zu einer modernen Millionenstadt mit knapp vier Millionen Einwohnern und großen Migrantenvororten außerhalb der Sonderwirtschaftszone heran.

Für die Einreise nach Shenzhen benötigen Reisende aus Deutschland ein Visum für die Volksrepublik China.

Das wissenschaftliche Programm des FDI-Kongresses ist international ausgerichtet mit vielen bekannten und angesehenen Referenten vor allem aus den Vereinigten Staaten und China sowie aus europäischen Ländern und den asiatischen Nachbarstaaten Chinas. Deutschland ist mit vier Referenten im wissenschaftlichen Hauptprogramm gut



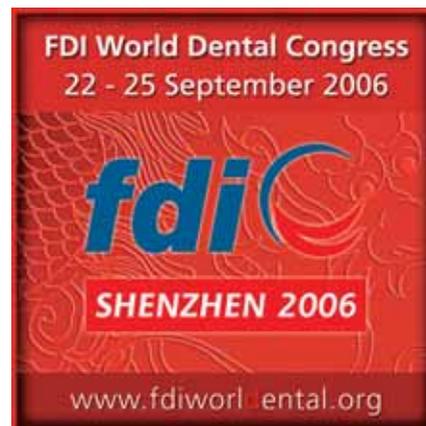
FDI-Kongress 2006 – in der aufstrebenden chinesischen Großstadt Shenzhen

vertreten (Prof. Dr. Reinhard Hickel, München, Prof. Dr. Peter A. Reichart, Berlin, Dr. Klaus J. Wiedhan, Buchholz, und Dr. Frank Schwarz. Wie bei einem FDI-Kongress üblich, gibt es ein breites Themenspektrum mit interessanten Titeln, so dass das Programm je nach Interesse für jeden Teilnehmer ein attraktives Angebot bietet. Begleitet wird der wissenschaftliche Kongress von einer großen Dentalschau, bei der die internatio-

zm-Info

Anmeldung

Anmeldeschluss für eine Vorregistrierung ist der 31. Juli 2006. Anmeldeformulare sind über die FDI World Dental Federation, 13, chemin du Levant, l'Avant Centre, 012100 Ferney-Voltaire, Frankreich, Tel.: +33 450 40 50 60, Fax: +33 4 50 40 55 55 oder im Internet der FDI: www.fdi-worlddental.org oder über das Zahnärzteshaus Köln, Fax: 0221 / 4001 214 erhältlich.



nale und chinesische Dentalindustrie ihre Produkte präsentieren. Die deutsche Dentalindustrie wird wieder mit einem großen Gemeinschaftsstand unter dem Dach der VDDI vertreten sein. Der vollständige Besuch des wissenschaftlichen Programms des FDI-Kongresses wird nach Punktebewertung der BZÄK/DGZMK mit 32 Fortbildungspunkten bewertet.

Höhepunkt: Eröffnungsfeier

Einer der Höhepunkte des FDI-Kongresses ist die Eröffnungsfeier mit dem traditionellen roll call of nations. In China erwartet den Besucher eine spektakuläre Auftaktveranstaltung, die chinesische Tradition, Kultur und Geschichte vorstellt. Vorgeschaltet zum Kongress finden die Geschäftssitzungen für die Delegierten der FDI-Mitgliedsverbände statt, bei denen über weltweite zahnärztliche Positionen und Probleme diskutiert und die Politik des Weltzahnärztesverbandes bestimmt wird. Sicher werden deutsche Besucher des FDI-Kongresses, die die Reise nach China antreten, auch noch einen Blick in das große Land China werfen wollen. Hierzu werden Vor- und Nachkongressreisen über die FDI, für Zahnärzte aus Deutschland insbesondere über das Reisebüro Reder GmbH, Schleifenmühlweg 68, 72070 Tübingen, Tel.: 07071-410654, Fax: 07071-410640 angeboten.

Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstr. 73
50931 Köln

DGZPW: Prof. Thomas Kerschbaum ist Ehrenmitglied

Anlässlich der Gemeinschaftstagung der DGZPW (Deutsche Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde) und der kooperierenden Schweizer Fachgesellschaft in Basel, erhielt der ehemalige Präsident der DGZPW Prof. Dr. Thomas Kerschbaum aus Köln die Ehrenmitgliedschaft seiner Fachgesellschaft. Er erhielt diese Auszeichnung für seinen langjährigen, herausragenden Einsatz für das Fach Prothetik, wie sich der derzeitige Präsident Professor Dr. Reiner Biffar, Greifswald, in seiner Laudatio ausdrückte. Kerschbaum, studierte Zahnmedizin von 1965 bis 1971 an der Universität zu Köln und

promovierte 1974. Er arbeitete dann zunächst in der chirurgischen Abteilung der Kölner Zahnklinik als Assistenzarzt. 1980 erhielt er die Venia legendi und wurde 1980 als Professor in die Vorklinische Abteilung berufen. Seit 1988 leitet er diese als Direktor. Der Jubilar verlegte sich schon frühzeitig auf die wissenschaftliche Seite seines Faches. So übernahm er nach achtjähriger Beratungstätigkeit für die Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) die Schriftleitung der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ). Seine Forschungsaktivitäten haben für den zahnärztlichen Berufsstand Meilensteine ge-

setzt. Seien da die vielen statistischen Untersuchungen über Kronenränder, Langzeituntersuchungen von Brücken und Kronen sowie Adhäsivbrücken, die Funktionsdauer von Galvano- und anderem festsitzenden Zahnersatz. Kerschbaum setzte in der Statistik mit der Bewertung mittels Kaplan-Meier einen Maßstab, der in dieser Form vorher nicht üblich war. Seine bekannten und in Politik, Standesorganisationen und Wissenschaft anerkannten Meta-Analysen werden ebenso hoch gelobt wie die in Zusammenarbeit mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte

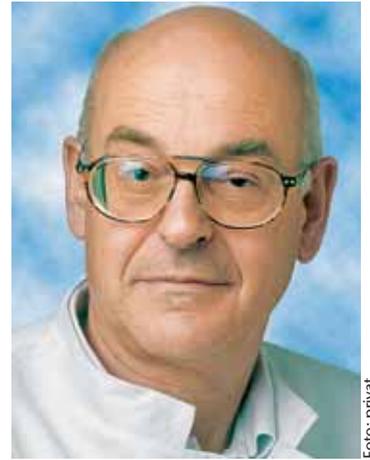


Foto: privat

(IDZ) ermittelten Gutachten zur Prognose der Prothetik im Jahr 2020. Viele statistische Bewertungen haben erst durch die mehr als 200 Publikationen von Professor Kerschbaum Einzug in die Zahnmedizin gehalten und nehmen in der evidenzbasierten Zahnheilkunde im Freiburger Cochrane-Institut einen großen Platz ein. sp

zm-Redakteur ausgezeichnet



Dr. Ekkhard Häussermann, langjähriger stellvertretender zm-Chefredakteur, wurde am 11. März von der Niederschlesischen Ärztekammer in Wroclaw (Breslau) die Jan Mikulicz-Radecki-Medaille verliehen. Die Auszeichnung erfolgte in Anerkennung seiner Veröffentlichungen über die deutschen Zahnärzte zwischen 1933 und 1945 sowie seiner Recherchebeiträge, die zur Aufdeckung der Rolle des ehemaligen Dekans

der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau und DGZMK-Präsidenten Professor Hermann Euler (1878-1961) führten. Euler, Mitglied des Senats und Führerrates der Universität sowie zahlreicher NS-Institutionen, aktiver Referent und publizistischer Verbreiter rassistischer NS-Ideologie, enger Mitarbeiter des „Reichszahnärztesführers“ Ernst Stuck, war hauptverantwortlich für die „Säuberung“ der Fakultät von „nichtarischen“ Kollegen in den dreißiger Jahren und deren Entlassung und Vertreibung in die Emigration.

Euler spielte auch nach 1945 in der Zahnheilkunde als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Standespolitiker eine beträchtliche Rolle. Eine geschätzte Rolle in der Wissenschaft spielte auch lange Zeit der nach ihm benannte Preis. zm

Prof. Windecker wird 80



Fotos: zm

Professor em. Dr. Dieter Windecker ehem. Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum) des Klinikums der J.-W. Goethe-Universität und Leiter der Abteilung für Prothetik feiert am 25. Mai 2006 seinen 80. Geburtstag. Von 1980 bis 1990 war er als Lehrer der Akademie Praxis und Wissenschaft der DGZMK mit großem Engagement tätig. Als Fachbereichssprecher vertrat er von 1985 bis 1990 das Fach Prothetik

in der Akademie für Praxis und Wissenschaft. Als 2. Vorsitzender der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat er sich auch um die Ausbildung der Studierenden und die Entwicklung der Zahnmedizin verdient gemacht. Maßgeblich war er für den Bau des ZZMK Carolinum am heutigen Standort verantwortlich. Für seine vielfältigen Verdienste erhielt er 1986 die Otto-Loos-Medaille. 2004 wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde ernannt. Aus heutiger Sicht haben sich viele seiner fortschrittlichen Ideen und Lehren zur prothetischen Planung und Ausführung, die aus der Praxis und Wissenschaft geboren wurden, als alltägliches Rüstzeug erwiesen.

Reiner Biffar

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 126

J. Morita

Extra scharfe Injektionskanülen

Mit den Einweg-Injektionskanülen von J. Morita kann der Zahnarzt seinen Patienten künftig die Angst vor der lokalen Betäubungsspritze nehmen. Sie sind so extrem dünn und scharf geschliffen, „dass der Patient das Setzen der Spritze kaum noch spürt“, so die einhelligen Erfahrungen. Ein roter Punkt auf der Nadel zeigt, wo sich der Anschliff befindet und vereinfacht die Injektion. So bestehen die Injektionskanülen ebenfalls in punkto Handling den Praxistest: „Klappt praktisch und reibungslos“, lautete die Bewertung. Das liegt unter ande-



rem auch an der im Vergleich zu anderen Kanülen deutlich höheren Flexibilität der Nadel.

J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Straße 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 836 - 0
Fax: 0 60 74 / 836 - 299
<http://www.JMoritaEurope.com>
E-Mail: Info@JMoritaEurope.com

BEYCODENT

Neuer Katalog erschienen

Der neue Beycodent-Katalog arztpraxis und Labor ab. Besondere erweitert wurden erhältlich. Inhaltlich aktualisiert und um den Bereich Praxishygiene ergänzt, dient er als Nachschlagewerk für die Praxisorganisation, das Praxismanagement und -marketing. Das Angebotsspektrum der Beycodent Software rundet das Programm für Zahn-



BEYCODENT-Verlag
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44 / 92 00 13
Fax: 0 27 44 / 93 11 23
<http://www.beycodent.de>
E-Mail: infoservice@beycodent.de

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

TV-Wartezimmer

Bildung im Wartezimmer

TV-Wartezimmer und Discovery Channel, der weltweit größte Dokumentar-Filmproduzent, werden Partner. Beide Unternehmen sehen in der Verbindung von Info- und Dokutainment eine Möglichkeit, mit Kunden und Zuschauern in Kontakt zu treten. Das Infotainment-Programm aus praxisindividuellen Informationen und einem tages-

aktuellen, unterhaltsamen Rahmenprogramm in 1 100 Arztpraxen wird damit um Erlebnis- und Wissensthemen ergänzt.

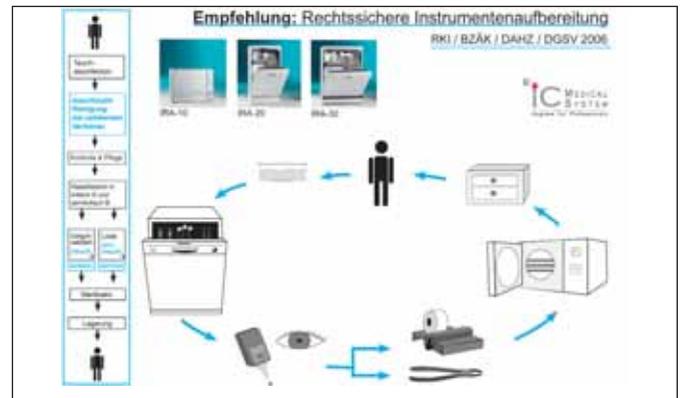
TV-Wartezimmer
Erdinger Straße 43b
85356 Freising
Tel.: 0 81 61 / 490 90
Fax: 0 81 61 / 49 09 30
<http://www.tv-wartezimmer.de>
E-Mail: Markus.Spamer@TV-Wartezimmer.de

IC Medical

Ausgeklügelte Hygienekette

IC Medical System hat mit Unterstützung von BSH (Bosch Siemens) ein wirtschaftliches

tisch B eingestuft. Auf die Unterscheidung nach kritisch A und semikritisch A wird bewusst ver-



und zugleich anerkanntes, ganzheitliches Hygieneverfahren entwickelt. Es basiert auf den neuesten Empfehlungen der BZÄK, RKI und DGSV, wodurch der Benutzer Rechtssicherheit bei der täglichen Anwendung erlangt. Mit dem neuen System wird der Hygienekreislauf nie unterbrochen. Der ausschlaggebende Unterschied zu anderen Hygieneketten liegt beim Desinfizieren der Instrumente: Sie werden nach der maschinellen Reinigung in kritisch B und semikri-

zichtet. Je nach Einstufung, werden die Instrumente eingeschweißt und sterilisiert oder lose in einem Tray in den Sterilisator gegeben und desinfiziert. Anschließend kann das Instrumentarium wieder sicher dem Behandlungskreislauf zugeführt werden.

IC Medical System GmbH
Rosenstraße 42
73650 Winterbach
Tel.: 0 71 81 / 70 60 0
Fax: 0 71 81 / 70 60 99
<http://www.icmedical.de>
E-Mail: info@icmedical.de

DeguDent

„Wir setzen auf den deutschen Weg“

Ein klares Bekenntnis zum deutschen Zahntechnik-Handwerk gab jüngst Dr. Albert Sterkenburg, Geschäftsführer der DeguDent GmbH: „Wir werden auch weiterhin alles daran setzen, den deutschen zahntechnischen Labors Möglichkeiten zu eröffnen, im härter werdenden internationalen Wettbewerb zu bestehen. Der Weg, kompletten Zahnersatz zu importieren, entspricht nicht unserer europäischen Strategie – ebenso wenig, wie kompletten Zahnersatz direkt an Zahnärzte zu liefern.“ Hintergrund des Statements waren

Meldungen, wonach Dentsply Prosthetics in den USA auf Drängen amerikanischer Labors eine Partnerschaft mit einem ausländischen Labor eingegangen ist. Dieses Angebot gilt jedoch ausschließlich für US-Dentallabore und definitiv nicht für deutsche Labors.

*DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 - 57 76
Fax: 0 61 81 / 59 - 59 62
<http://www.degudent.de>
E-Mail:
martin.schuster@degudent.de*

etkon

First-Class-Restaurationen mit zerion

Mit zerion bietet etkon ein Zirkoniumoxid an, das First-Class-Restaurationen ermöglicht, die durch eine hohe Biegefestig-

Die konventionelle Befestigung ist möglich, da die Eigenfestigkeit von Zirkoniumoxid hohen Kaukräften Stand hält. Möglich wird die hohe Qualität durch

die CAD-CAM-Fertigung der Gerüste: Fräsmaschinen im etkon Produktionscenter in München oder Leipzig fräsen bis zu 16-gliedrige Brücken – basierend auf digitalen Daten, die zuvor vom Dentallabor übermittelt wurden.



keit, Präzision und Passgenauigkeit überzeugen. Selbst mehrgliedrige Versorgungen im Molarenbereich sind mit diesem Material kein Problem. Kronen und Brücken mit zerion-Gerüsten müssen zudem nicht adhäsiv befestigt werden, sondern können konventionell mit Glasionomer- oder Zinkoxidphosphatzement eingesetzt werden.

*etkon AG
Lochhamer Schlag 6
82166 Gräfelfing bei München
Tel.: 0 89 / 89 82 72 - 30
Fax: 0 89 / 89 82 72 - 50
<http://www.etkon.de>
E-Mail: info@etkon.de*

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

GEBR. BRASSELER

Diamantscheiben für Fußballfans

„4-4-2“ ist nicht nur auf dem Fußballfeld eine beliebte Aufstellung, sondern ab sofort auch im Praxis- und Dentallabor. Für die richtige Taktik sorgt Gebr. Brasseler/Komet mit einer Sonderreihe zur Fußball WM 2006. Elf Diamantscheiben werden dort im Set in einem aufwändig gestalteten Kunststoffständer angeboten, der sich als halbes Fußballfeld präsentiert, auf dem elf Nationalspieler als Diamantscheiben aufgestellt sind. Die mit dem Muster eines Fußballs designten Scheiben eignen sich zum Vorseparieren und Konturieren bei der Keramikbearbeitung. Weiches und präzises Schleifen sowie hoher



Materialabtrag und guter Spantransport werden dabei gewährleistet. Ein Hingucker ist die farbige Gestaltung des Kunststoffständers in den deutschen Nationalfarben schwarz, rot und gold. Als Extra gibt es einen vierten Weltmeister-Stern zum Aufkleben.

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

PHARMATECHNIK

Hygieneseminare für Zahnärzte

Zahnarztpraxen sind neuerdings angewiesen, ihre medizinischen Instrumente noch genauer zu desinfizieren und zu sterilisieren. Dieses Ziel verfolgt der Gesetzgeber mit dem überarbeiteten Medizinproduktegesetz, das im April in Kraft trat. Die Akademie Dr. Graessner veranstaltet vor diesem Hintergrund in mehreren Pharmatechnik Geschäftsstellen Hygiene-Seminare für Zahnärzte, Kieferorthopäden und Implantologen. Iris Wälter-Bergob, Pharmatechnik Vertriebsleiterin, berichtet dabei über die neue Aufbereitung von

Medizinprodukten und die Änderungen, die auf die Zahnmediziner zukommen. Sie referiert zu den Themen aktuelle RKI-Richtlinien, Verhalten bei Kontrollbesuchen, Checklisten und Dokumentation. Termine und Anmeldung unter:

PHARMATECHNIK
GmbH & Co. KG
Akademie Dr. Graessner
Dr. Klaus Borchert
Münchner Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51 / 44 42 - 500
Fax: 0 81 51 / 44 42 - 75 00
<http://www.pharmatechnik.de>
E-Mail: akademie@pharmatechnik.de

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

ziterion

Implantate aus Keramik und Titan

Mit dem 2005 entwickelten ziterion neue Wege. Erstmals wurde ein Implantatsystem nach keramikgerechten Anforderungen aus zwei verschiedenen Werkstoffen entwickelt: Titan und Zirkoniumdioxid. zit-z und zit-t Implantate sind einteilig und keramikgerecht gestaltet. Das speziell entwickelte Gewindedesign mit einer mikrorauen Oberfläche gewährleistet eine hohe Primär- und Sekundärstabilität. Der prothetische Implantatpfosten ist für alle Implantate identisch und besitzt eine einheitliche Höhe, was eine standardisierte Prothetik auf allen



Implantaten ermöglicht. Nach der Insertion kann daher auf aufwändiges Präparieren und Beschleifen verzichtet werden.

ziterion GmbH
Bahnhofstraße 3
97215 Uffenheim
Tel.: 0 98 42 / 93 69 - 0
Fax: 0 98 42 / 93 69 - 10
<http://www.ziterion.com>
E-Mail: info@ziterion.com

Gillette

Großer Handzahnbürsten-Test

Zahnbürste ist nicht gleich Zahnbürste – davon konnten sich Patienten in Deutschland und Österreich bei einer groß angelegten Praxisstudie von Oral-B überzeugen: Unter dem Motto „Machen Sie den Bürstentest“ boten zahnärztliche Praxen Oral-B Handzahnbürsten der Modelle „Advantage Sensitive“, „CrossAction“ und „Indicator“ ihren Patienten zum häuslichen Test an. Dabei bewerteten 81 Prozent der Probanden die jeweils getestete Zahnbürste als „exzellent“ oder „sehr gut“. Immerhin 67 Prozent der Patienten gaben laut Umfrage an, die Oral-B Zahnbürste sei besser gewesen als die vorher benutzte Zahnbürste. Mehr als 50 Prozent waren vollkommen zufrieden mit der Handhabung und dem Sauberkeitsgefühl nach Anwendung des Test-



exemplars. Und 35 Prozent der Patienten berichteten, dass sie die Zahnbürste definitiv kaufen werden.

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.oralbprofessional.de>
E-Mail: info@gillettegruppe.de

Henry Schein

Die Zahnteufel waren los

Henry Schein lud Anfang April 2006 Kindergärten und Kinderheime aus dem Kreis Offenbach

beitern des Henry Schein Teams geplant, organisiert und tatkräftig durchgeführt. Das Projekt



Zinnober um Lars Holzapfel hat die Zahnteufel-Geschichte für die Kinder- und Gruppenprophylaxe musikalisch in Szene gesetzt. Projekt Zinnober arbeitet im Sinne einer

sowie einige Behindertengruppen im Rahmen einer Benefizveranstaltung zu dem Kindermusical „Karius und Baktus“ ein. Das Unternehmen engagiert sich seit Jahren für soziale Projekte in der Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe. Die Durchführung wurde von den Mitar-

„gesunden“ Präventionskultur mit Kindergärten und Schulen.

*Henry Schein Dental Depot GmbH
Pittlerstraße 48 - 50
63225 Langen
Tel.: 0 61 03 / 757 52 10
Fax: 0 61 03 / 757 70 70
<http://www.henryschein.de>
E-Mail:
yvonne.faeth@henryschein.de*

Dürr Dental

Frühjahrsaktion mit Kristallgläsern

Das beliebte Porzellangeschirr der Dürr Collection mit seinen frischen Farben kann jetzt mit exklusivem Glas ergänzt werden: Pro Mindestbestellung von vier 2,5-Liter-Flaschen Dürr System-Hygiene gibt es im Rahmen der Frühjahrsaktion „Fresh & Cash“ zusätzlich kostenlos jeweils drei formschöne Kristallgläser von Schott Zwiesel. Die exklusiven Longdrinkgläser sind bruchsicher und spülmaschinenfest. Das Angebot ist über den dentalen Fachhandel zu beziehen und gilt bis Ende Juni 2006.



*Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 226
Fax: 0 71 42 / 705 - 213 96
<http://www.duerr.de>
E-Mail: goetz.e@duerr.de*

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

DENTSPLY DeTrey

Aquasil Ultra in neuer Einwegkartusche

Aquasil Ultra von Dentsply DeTrey ermöglicht dem Zahnarzt eine besonders präzise Abformung. Das quadrifunktionale Polyvinylsiloxan kombiniert hohe Reißfestigkeit und ausgeprägte Hydrophilie. Für eine komfortable Anwendung wurde bereits 2005 die DECA 380 Hartkartusche entwickelt, die ein schnelles und unkompliziertes Anmischen der Löffelmaterialien Aquasil Ultra Heavy und Monophase garantiert. Das Einmal-Applikationssystem Aquasil Ultra digit im neuartigen Spritzen-Format vereinfacht nun auch die An-

wendung der Korrekturmateriale LV und XLV. Es besteht aus einem kugelschreibergrößen, wieder verwendbaren Applikator, in den eine Kartusche vom Ausmaß einer Streichholzschachtel eingesetzt wird. Damit gelingt das Umspritzen der Zähne dank der abgewinkelten Intraoral-Spritze und des handlichen Designs zielgenau.

DENTSPLY DeTrey
DeTrey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 0 80 00 / 73 50 00 (gratis)
Fax: 0 75 31 / 583 - 265
<http://www.dentsply.de>
E-Mail: info@dentsply.de

BEGO Implant Systems

Kooperation mit der IGZ



Die Bego Implant Systems hat eine Kooperation mit der Implantologischen Genossenschaft für Zahnärzte IGZ beschlossen. Die IGZ besteht aus 160 implantologisch tätigen Mitgliedern, die Hauptanwender des Compress Implantate-Systems sind, das sich durch eine patentierte Gewindekonfiguration auszeichnet und derzeit nur mit einer Außenverbindung angeboten wird. Durch die Kooperation erhalten die IGZ-Mitglieder Zugriff auf das Bego Semados S-Implantat-System mit

der Sechskant-Innenverbindung und darauf abgestimmter Hochleistungsprothetik. Weiterhin bekommen sie das Zubehörprogramm der Bego Implant Systems zu besonderen Konditionen, wobei dem vollsynthetischen Knochenaufbaumaterial NanoBone besondere Bedeutung zukommt. Die Bego Implant Systems profitiert im Gegenzug vom international und national etablierten Kompetenznetzwerk der IGZ in Limburg.

BEGO Implant Systems
GmbH & Co KG
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 246
Fax: 04 21 / 20 28 265
<http://www.bego-implantology.com>
E-Mail: info@bego.com

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

Cumdente

Remineralisierende Zahnpflegepaste

Mit der neuartigen Premium Zahnpflegepaste ApaCare & Repair hat Cumdente die erfolgreiche Apa-Generation erweitert. Sie basiert auf nanokristal- linem Hydroxylapatit (nHAP), das sich auf zuvor gesäuberten Zahnflächen in Form von feinsten Agglomeraten anlagert und so einen Dreifachschutz bietet: Durch ihre große Oberfläche sind nHAP-Agglomerate affin zu Biofilmen und binden dadurch vermehrt Keime an den aufgelagerten Schichten. Gleichzeitig versiegelt ApaCare & Repair kleine Zahnoberflächendefekte; Sensibilitäten werden kontinuierlich

reduziert. Zudem wirken die Zähne dank der glatteren Oberfläche weißer. Phosphat- und Kalziumionen fördern die Remineralisation von Initial- und Sekundär-Kariesläsionen. Besonders empfehlenswert ist die Anwendung nach Bleaching oder säurehaltigen Mahlzeiten und Getränken. ApaCare & Repair ist ausschließlich über den Zahnarzt oder www.apacare.de zu beziehen.

Cumdente GmbH Tübingen
Konrad-Adenauer-Straße 9 - 11
72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 975 57 - 21
Fax: 0 70 71 / 975 57 - 20
<http://www.cumdente.de>
E-Mail: info@cumdente.de

CAMLOG

Praktische Einpatientenbohrer

Für das Camlog Implantatsystem Screw-Line sind nun Einpatientenbohrer verfügbar, die alternativ zu mehrfach verwendbaren Bohrern eingesetzt werden können. Die Sterilverpackung sorgt für hygienische Sicherheit, die Einpatientenanwendung und der widerstandsfähige Bohrerwerkstoff garantieren gute Schneideigenschaften und eine schonende Aufbereitung des Implantatbetts. Durch das Schneidverhalten und die großräumige Schneidenanordnung genügt eine Außenkühlung. Der mit Kunststoff ummantelte Schaft verhindert, dass



die EP Bohrer nach der Anwendung sterilisiert und wieder verwendet werden können. Damit entfällt die Aufbereitung, was Zeit und Kosten spart.

CAMLOG Vertriebs GmbH
Maybachstraße 5
71299 Wimsheim
Tel.: 0 70 44 / 94 45 - 0
Fax: 0 70 44 / 94 45 - 722
<http://www.camlog.de>
E-Mail: info.de@camlog.com

GlaxoSmithKline

Erste Gletscherschutz-Patenschaft



Sensodyne ProSchmelz, ein neues Konzept zur Vorbeugung von Erosionen am Zahn von GlaxoSmithKline, hat eine Gletscherschutz-Patenschaft für den Stubaier Gletscher übernommen. Durch dieses Engagement kann die Stubaier Gletscherbahn 60 000 Quadratmeter Spezial-

vlies zum Schutz vor dem klimabedingten Abschmelzen des „ewigen Eises“ neu anschaffen. Eine 900 Quadratmeter große Präsentationsfolie, bedruckt mit dem Schriftzug Sensodyne ProSchmelz, wurde Anfang April am 3 000 Meter hohen Gletscher ausgerollt. GlaxoSmithKline Consumer Healthcare will mit dieser Aktion auf das wachsende Problem von Zahnerosionen aufmerksam machen.

*GlaxoSmithKline Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
Tel.: 0 72 23 / 76 26 81
Fax: 0 72 23 / 76 40 11
<http://www.proschmelz.de>
E-Mail:
unternehmen@gsk-consumer.de*

Hu-Friedy

Neues Sterilisations-Container-System

Hu-Friedy ergänzt seine IMS-Produktreihe um ein durchdachtes Sterilisations-Container-System. Im Mittelpunkt stehen die IMS Signature Series Sterilisations-Container. Sie sind ideal, um komplette Instrumentensätze übersichtlich bereit zu stellen und sowohl Sterilisation als auch Lagerung effizient zu organisieren. Die Hu-Friedy Dental-Container gewährleisten einen geschlossenen, kontrollierten Hygienekreislauf bei spürbarer Zeitersparnis und einer Verlängerung der Instrumentenlebensdauer. Die Aluminium-Container sind in vier verschiedenen Größen erhältlich. Die dazu pas-



senden Container-Kassetten sind aus rostfreiem Edelstahl gefertigt und mit Silikonschienen für eine sichere Befestigung bestückt.

*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*

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

KaVo

Laseraktion: kaufen und sparen

Der KaVo Key Laser 3, universell einsetzbar in Parodontologie, Konservierendem Bereich, Endodontie, Periimplantitistherapie und Chirurgie, ist bis zum 31. Juli 2006 zu attraktiven Konditionen erhältlich. Wer sich in diesem Zeitraum für den Kauf entscheidet, erhält dazu ein Material-Starterset im Wert von 1 650 Euro als Zugabe. Für die Anwendung des Lasers in der Pa-



rodontologie stehen neue Lichtkeile mit optimierter Geometrie für eine homogenere Ausleuchtung der Endfläche zur Verfügung. Folge ist ein effizienter, sauberer und schonender Abtrag von subgingivalen Konkrementen, die mittels der feinen Spraykühlung aus der Tasche herausgespült werden. Nähere Informationen zur Laseraktion sind beim Fachhändler oder im Internet erhältlich.

*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 auracher@kavo.de*

VITA

Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis

„Implantatgetragener Zahnersatz aus Vollkeramik“ lautete der Titel der Informationsveranstaltung für Zahnärzte am 15. März 2006 im Forschungszentrum (FEZ) der Universität Witten/Herdecke.

PD Dr. Joachim Tinschert (Foto), Oberarzt an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums in Aachen, referierte über Silikat- und Oxidkeramiken, ihre Zusammensetzung, Biokompatibilität sowie mechanische Kurz- und Langfestigkeiten. Dr. Christian Blum, niedergelassener Oralchirurg aus Bielefeld, richtete seinen Fokus auf Fallbei-



spiele aus seiner Praxis. Er sieht Zirkonoxid als Alternative zu Edelmetalllegierungen.

*VITA Zahnfabrik
H. Rauter GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 562 - 231
Fax: 0 77 61 / 562 - 510
<http://www.vita-zahnfabrik.com>
E-Mail: info@vita-zahnfabrik.com*

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

Carpegen

Schnelle Diagnostik von Oralmykosen

Über 50 Prozent aller Prothesenträger haben Probleme mit rezidivierenden oralen Mykosen. Abhilfe schafft jetzt ein schneller Test: Mit Hilfe des Genchip-basierten Tests Carpegen Myco Diagnostics Oral kann der Erreger innerhalb kürzester Zeit zuverlässig identifiziert und das richtige Antimykotikum verordnet werden: Dem Laborergebnis liegt eine Therapieempfehlung bei. Typische Indikationen für den Test sind Soor, Prothesenstomatitis, Candida-Leukoplakie oder Infektionen des Mundwin-

kels. Bereits ein bis zwei Tage nach Probeneingang versendet Carpegen die Ergebnisse, so dass der Arzt wesentlich schneller als bisher mit der gezielten Behandlung beginnen kann. Das bisher übliche mehrtägige bis wochenlange Warten auf das Testergebnis herkömmlicher Laboranalysen entfällt.

*Carpegen GmbH
Mendelstraße 11
48149 Münster
Tel.: 02 51 / 980 2320
Fax: 02 51 / 980 2321
<http://www.carpegen.de>
E-Mail: info@carpegen.de*

BUSCH

Rundbohrer für schonendes Bohren

Der Hartmetall Rundbohrer 1SXM von Busch besitzt eine spezielle Schneidengeometrie, die dem Anwender ein vibrationsarmes und somit patientenfreundliches Arbeiten in der Kavität ermöglicht. So kann bei kleinstmöglicher Eröffnung des Kavitätenzugangs und freier Sicht auf das Exkavationsgebiet die Karies gezielt und Substanz schonend entfernt werden. Zudem ermöglicht der schlanke Hals ein besseres Zuführen von Kühlflüssigkeit und einen zügigen Spanabtransport.



*BUSCH & CO. KG
Unterkaltenbach 17 - 27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 22 63 / 860
Fax: 0 22 63 / 207 41
<http://www.busch-co.de>
E-Mail: mail@busch-co.de*



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 30. 6. 2006 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Sabine Knour / Rosemarie Weidenfeld
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:

- BEGO Implant Systems** – Kooperation mit der IGZ (S. 122)
- BEYCODENT** – Neuer Katalog erschienen (S. 118)
- BUSCH** – Rundbohrer für schonendes Bohren (S. 126)
- CAMLOG** – Praktische Einpatientenbohrer (S. 122)
- Carpegen** – Schnelle Diagnostik von Oralmykosen (S. 126)
- Cumdente** – Remineralisierende Zahnpflegepaste (S. 122)
- DeguDent** – „Wir setzen auf den deutschen Weg“ (S. 119)
- DENTSPLY DeTrey** – Aquasil Ultra in neuer Einwegkartusche (S. 122)
- Dürr Dental** – Frühjahrsaktion mit Kristallgläsern (S. 121)
- etkon** – First-Class-Restorationen mit zerion (S. 119)
- GEBR. BRASSELER** – Diamantscheiben für Fußballfans (S. 120)
- Gillette** – Großer Handzahnbürsten-Test (S. 120)
- GlaxoSmithKline** – Erste Gletscherschutz-Patenschaft (S. 123)
- Goldent** – Preiswerte Kunststoffzähne im Praxistest (S. 124)
- Henry Schein** – Die Zahnteufel waren los (S. 121)
- Hu-Friedy** – Neues Sterilisations-Container-System (S. 123)
- IC Medical** – Ausgeklügelte Hygienekette (S. 118)
- J. Morita** – Extra scharfe Injektionskanülen (S. 118)
- KaVo** – Laseraktion: Kaufen und sparen (S. 125)
- 3M ESPE** – Expertise Talent Award ausgeschrieben (S. 124)
- m&k** – Neues Implantatsystem: ausgereift und günstig (S. 124)
- PHARMATECHNIK** – Hygieneseminare für Zahnärzte (S. 120)
- TV-Wartezimmer** – Bildung im Wartezimmer (S. 118)
- VITA** – Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis (S. 125)
- Zepf** – Instrumentenset zur Zahnextraktion (S. 124)
- ziterion** – Implantate aus Keramik und Titan (S. 120)

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.

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

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

Lt. IVW 1. Quartal 2006:

Druckauflage: 81 416 Ex.

Verbreitete Auflage: 79 900 Ex.

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.

Inserenten dieser zm-Ausgabe

3M Espe AG

Seite 37

A-Dec International

Seite 75

Amann Girschbach GmbH

Seite 125

BEGO Bremer Goldschlägerel Wilh. Herbst GmbH & Co.

Seite 105

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG

Seite 107

Beycodent Beyer + Co GmbH

Seite 29 und 101

Brasseler GmbH & Co.KG

Seite 9

Braun GmbH

Seite 41

B. Braun Melsungen AG

Seite 97

COLGATE PALMOLIVE GMBH

Seite 84 und 85

Coltene/Whaledent GmbH & Co.KG

Seite 7 und 80

CompuDENT Praxiscomputer GmbH & Co. KG

Seite 123

Computer konkret AG

Seite 83

Cumdente Ges. für Dentalprodukte mbH

Seite 21

Dampsoft Software-Vertriebs GmbH

Seite 65

Das Telefonbuch Servicegesellschaft

Seite 63

DeguDent GmbH

Seite 53

Dental Magazin

Seite 95 und 109

Dentsply DeTrey GmbH

Seite 39

Dentsply Friadent

Seite 73

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Ballintseminar

Seite 127

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung

Seite 83 und 111

DGI e.V.

Seite 11, 19 und 45

Doctoreyes GmbH

Seite 113

Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG

Seite 89

Dt. Institut f. Psychosomatische Zahnmedizin

Seite 83

Dürr Dental GmbH & Co.KG

2. Umschlagseite

Etikon AG

Seite 4 und 5

EVIDENT GmbH

Seite 69

F 1 Dentalsysteme Deutschland GmbH

Seite 121

Gaba GmbH

Seite 35

GC Germany GmbH

Seite 99

Girardelli Dental-Medizinische Produkte

Seite 15

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

Seite 17

Harvard Dental International GmbH

Seite 43

Heraeus Kulzer GmbH

Seite 77 und

3. Umschlagseite

Henkel KGaA

Seite 67

InteraDent Zahn-technik AG

Seite 61

KaVo Dental GmbH

Seite 24 und 25

Kers Neon Licht

Seite 113

Miele & Cie GmbH & Co.

Seite 93

NSK Europe GmbH

Seite 55

Pharmatechnik GmbH & Co. KG

Seite 13

PMS – dent-o-secura

Seite 119

Primus Beier & Co. GmbH & Co.KG

Seite 81

proDentum Medizintechnische Handels- u. Dentaltechnik GmbH

Seite 113

Seemer-Handelsvertretung

Seite 15

Semperdent Dentalhandel GmbH

Seite 33

SIRONA Dental Systems GmbH

4. Umschlagseite

Southern Dental Industr. GmbH

Seite 71

Spectator Dentistry

Seite 116 und 117

Ultradent Products USA

Seite 91

Voco GmbH

Seite 87

Ziterion GmbH

Seite 31

Einhefter 10seitig

Deutsche Gesellschaft für ZMK

zw. Seite 56 und 57

Vollbeilagen

Acteon Germany GmbH

Dental-Union GmbH

Roos Dental e.K.

Zahnersatz: müller wermed

Forsa-Umfrage

Absage an Privatisierung des Gesundheitswesens

Die Bundesbürger sind nach einer Umfrage für die Beibehaltung der solidarischen Krankenversicherung: 87 Prozent befürworten das System. Das ergab eine Umfrage des Sozialforschungsinstituts Forsa im April unter 1 000 Bundesbürgern im Auftrag der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK).

Drei von vier Befragten lehnten eine individuelle zusätzliche Gesundheitsprämie neben den Krankenkassenbeiträgen zur Finanzierung des Gesundheitswesens ab. „Die politische Debatte läuft am eindeutigen Willen der Bevölkerung vorbei“, behauptete der DAK-Vorstandsvorsitzende Herbert Rebscher mit Blick auf die Bemühungen der großen Koalition. Auffällig sei, dass sich auch die junge Generation der 14- bis 29-Jährigen (88 Prozent) für das solidarische System Gesundheitswesen ausspreche. Nur eine

Minderheit von zehn Prozent halte das heutige Gesundheitssystem für grundsätzlich überholt. „Die Deutschen erteilen Prämien-Modellen, einer Fest-

BKK-Chef Schmeinck

Mehr Honorar durch Reform

Der Vorsitzende des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK), Wolfgang Schmeinck, hat Vertragsärzten Honorarsteigerungen von ein bis zwei Prozent pro Jahr in Aussicht gestellt.

Voraussetzung dafür sei, die Gesamtvergütung, die Krankenkassen an die KVen zahlen, künftig nach Versichertenzahl, Alter und Geschlecht zu berechnen. „Wenn die Gesellschaft altert, steigt die Vergütung der Ärzte“, sagte Schmeinck der „Ärzte Zeitung“.

schreibung des Arbeitgeberbeitrages sowie einer Privatisierung des Gesundheitswesens eine klare Absage“, meint Rebscher.

pit/dpa

Damit stellte sich der BKK-Chef gegen die bisherigen Pläne zur Honorarreform, nach denen die ärztliche Gesamtvergütung von Diagnosen abhängig gemacht und so an den tatsächlichen Bedarf gekoppelt werden soll. Das Kriterium „Diagnose“ als Vergütungsgrundlage wertete Schmeinck kritisch: „Wenn es sich rechnet, traue ich den Krankenkassen wie den Ärzten in Geldfragen Pfus zu.“ ck/dpa

OECD-Studie

Migrantenkinder ohne Förderung

Das deutsche Schulsystem versagt nach einer neuen OECD-Studie wie kaum ein anderes auf der Welt bei der Förderung von Migrantenkindern. Während sich in fast allen anderen Industriestaaten die Schulleistungen von Zuwandererkindern mit der Dauer des Aufenthaltes ihrer Fa-



Foto: dpa

milien verbessern, werden sie in Deutschland dagegen deutlich schlechter, geht aus einer in Berlin vorgestellten Studie hervor. Basis für die Studie, bei der 17 Staaten verglichen werden, sind Daten aus dem weltweiten PISA-Schultest. ck/ÄZ

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln



Für den schnellen Kontakt:
 Tel. 0221/40 01 252
 Fax 0221/40 01 253
 e-mail zm@zm-online.de
 ISDN 0221/4069386

zm **Leser service** **Nr. 11**
 2006

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

-  Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (S. 22) Gesetzestext
-  O. Driemel: Intraorales Lipom (S. 54) Literaturliste
-  W. Mörmann: Cerec CAD/CAM-Restaurationen (S. 58) Literaturliste
-  A. Ratzmann: Früher Patientenkontakt (S. 96) Literaturliste

 diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Modell Claridentis in München

KZV Bayerns übt scharfe Kritik

Mit scharfer Kritik hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) auf den Vertrag der Münchner dent-iv GmbH mit der AOK Bayern für das Modell „Claridentis“ reagiert. Claridentis ist ein integrierter Versorgungsvertrag in der Zahnmedizin. KZVB-Vorsitzender Dr. Janusz Rat sprach von einer Kriegserklärung der AOK Bayerns an die KZVB.



Foto: CC

Das Modell vernetzt Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit dem behandelnden Zahnarzt. Zahnärzten wird die Möglichkeit geboten, AOK-Patienten umfassender zu behandeln und sie erhalten dafür ein höheres Honorar. Claridentis-Patienten werden nicht mehr über die KZV abgerechnet, sondern über die AOK. Dafür müssen sich die Partnerzahnärzte zu einer längeren Gewährleistung verpflichten. Nach Abschluss der Pilotphase in München soll das Konzept bayernweit angeboten werden.

„Zahnärzte, die sich von der AOK ködern lassen, werden bald merken, dass sich die Zusatzhonorare unter dem Strich nicht oder nur bei wenigen Zahnärzten auszahlen werden“, kommentiert Rat. „Kollegen, die sehr hohe Ansprüche an die Qualität ihrer eigenen Leistungen stellen und deren Versorgung über das „ausreichende, wirtschaftliche,

zweckmäßige und notwendige“ Spektrum hinausgeht, vereinbaren mit ihren Patienten meist Privatbehandlungen nach GOZ-Sätzen. Warum sollten sie sich mit AOK-Zuschlägen abspesen lassen?“

Auf ihrer Frühjahrstagung in Frankfurt/M. übten auch die Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin (VDZM) und der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) Kritik. Die Verbände warnen vor der Etablierung von Vertragsstrukturen außerhalb der KZVen.

Sehr eindringlich wurde die Gefahr beschworen, dass alternative Vertragsformen auf lange Sicht die KZVen zerstören und die Zahnärzte und Zahnheilkunde der Marktmacht der Krankenkassen und der Launen der Politik ausliefern könnten. pr/pm

Arzt-Patienten-Kommunikation

Mit klarer Sprache Angst verhindern

Ärzte erzeugen durch ungeschickte Kommunikation bei einem Teil ihrer Patienten, vor allem bei älteren und ungebildeten, Angst und Verunsicherung. Das geht aus einer Auswertung von 1 000 Briefen an die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, hervor. In 19 Prozent der von der TH Hannover evaluierten Dokumente beklagten sich die Absender über den Stil und die Kommunikation in Arztpraxen und Krankenhäusern. „Jeder Dritte benutzte Ausdrücke wie Angst

Nationaler Protesttag der Ärzte am 19. Mai

55 000 Mediziner demonstrierten



Foto: dpa

Rund 55 000 Ärzte haben am nationalen Protesttag gegen die Gesundheitspolitik demonstriert. Rund 43 000 niedergelassene Mediziner gingen in Berlin, Köln und Stuttgart gegen den Sparkurs im Gesundheitswesen auf die Straße. Die Vertreter von acht Ärzteorganisationen kritisierten „untragbare Arbeitsbedingungen“. Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, sagte: „Die in diesen Protesten zum Ausdruck kommende Geschlossenheit der Ärzteschaft über alle Fachgruppen hinweg ist ein klares Signal an die Politik.“ Hoppe warnte die Bundesregierung vor der „Illu-

sion“, dass die Ärzte weiter bereit seien, das Gesundheitssystem durch kostenlose Arbeit im Wert von Millionen von Euro zu subventionieren. sth/dpa

■ Die zm berichten über den Protesttag im nächsten Heft.

Karl Lauterbach

Kostenexplosion im nächsten Jahr

Nach Angaben von Karl Lauterbach droht eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Krankenkassenbeiträge 2007 sprunghaft ansteigen zu lassen. Struktur-reformen seien dringender denn je nötig, sagte der SPD-Bundestagsabgeordnete in Berlin. Durch den Ausgabenanstieg für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte sei 2007 mit einer Finanzierungslücke von zehn Milliarden Euro zu rechnen. Wenn die Krankenhausärzte durch ihren aktuellen Streik annähernd die geforderten 30 Prozent mehr Lohn erhielten, kämen zusätzlich zwei Milliarden hinzu. Somit drohten die Kassenbeiträge um 1,2 Prozentpunkte zu steigen. Forderungen der Hausärzte nach steigender Honorierung seien dabei nicht berücksichtigt, erklärte Lauterbach.

Das BMG wollte die Angaben nicht bestätigen. Ministerin Ulla Schmidt hatte den zusätzlichen Finanzbedarf mit 2,2 bis 2,5 Milliarden Euro angegeben, wobei sie den wegfallenden Bundeszuschuss, die geplante Mehrwertsteuererhöhung auch für Arznei- und Heilmittel und geplante Einsparungen durch das Anfang Mai in Kraft getretene Arzneimittel-sparpaket einrechnete. ck/dpa

Fritz Beske-Studie

Reform ohne Effekt

Die von der Koalition geplante Gesundheitsreform steht laut einer aktuellen Studie des Kieler Instituts für Gesundheits-Systemforschung (IGSF) auf wackligen Beinen. Bereits die 2004 in Kraft getretene GKV-Reform habe ihre Ziele nicht nur verfehlt, sondern zum Teil das Gegenteil von dem bewirkt, was vorgesehen war.

IGSF-Direktor Fritz Beske kritisierte, mit dem GMG hätten Bürokratie, Intransparenz und Rationalisierung massiv zugenommen. Er warf Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) vor, jede wissenschaftliche Auswertung zu verweigern. Die Versorgung gleiche heute einer „bunten Wiese“, die Flut neuer Programme und Verträge führe zu fehlender Transparenz ohne Qualitätssicherung. Jedes seriös arbeitende Wirtschaftsunternehmen untersuche die Folgen bisheriger Entscheidungen regelmäßig – nicht so die Gesund-

heitspolitik in Deutschland, rügte Beske.

Das BMG wies die Vorwürfe zurück: „Das Gesundheitsministerium verwahrt sich gegen die Behauptung, das GMG habe keinen Erfolg gehabt“, so BMG-Sprecher Klaus Vater.



Foto: CC

Die AOK hielt entgegen, die Studie spiegle einseitig die Vorbehalte der Ärzte gegen mehr Wettbewerb wider. Man dürfe nicht abwarten, bis eine Evaluation vorliegt, um einen richtigen Weg weiter zu gehen, forderte AOK-Chef Hans Jürgen Ahrens. Einzelne Maßnahmen der letzten Reform entfalteten bereits positive Wirkungen. ck/pm

Versicherungsvertragsrecht

Unzulässige Einflussnahme der PKV kritisiert

Gegen die Mithilfe von neuen „Service- und Beratungsleistungen“ der privaten Krankenversicherer angestrebte direkte Einflussnahme der Kassen auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis, wie es der aktuelle Referententwurf eines Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vorsieht, hat die BZÄK in Form einer Stellungnahme an den zuständigen Abteilungsleiter im Bundesjustizministerium interveniert.

Zwar bedankt BZÄK-Präsident Dr. Dr. Weitkamp sich im An-

schreiben für die Beachtung der früheren Einwände der Kammer in Bezug auf das geplante Wirtschaftlichkeitsgebot in der PKV, so „dass den Vorschlägen der VVG-Kommission in den monierten Punkten nicht gefolgt wurde“.

Dennoch wendet sich die Kammer entschieden gegen den Versuch, ein der GKV ähnliches Vertragssystem mit direkten Vertragsbeziehungen zwischen Versicherer und Behandler oder die direkte Abrechnung zwischen beiden einzuführen. BZÄK

Deutsche Bank zur Gesundheitsreform

Für mehr Marktorientierung

Die GKV als tragende Säule des Gesundheitswesens sei überlastet und könne keine nachhaltige Versorgung der Bevölkerung mehr garantieren. Um das Gesundheitswesen für die Zukunft zu rüsten, müsse der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System im Rahmen privater Versicherungen erfolgen. Das ist das Ergebnis einer Studie der Deutschen Bank mit dem Titel „Gesundheitspolitik – Ohne Marktorientierung kein nachhaltiger Reformerfolg“. Das Geldinstitut plädiert darin für ein Gesundheitswesen mit marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen.

Voraussetzung für dieses Szenario: ein deutlich reduzierter Pflichtleistungskatalog. Da dieses Modell im aktuellen, umlagefinanzierten System – vor allem aufgrund fehlender Altersrückstellungen für die älteren Generationen – politisch nicht realistisch erscheine, mahnt die Deutsche Bank, im Laufe der Reform zumindest die Krankenversicherung von den Arbeitskosten zu entkoppeln und Effizienzreserven im Gesundheitswesen durch mehr Wettbewerb zu aktivieren. sth/pm

■ Die Studie im Netz unter www.dbresearch.de

Dritte Welt – Unicef klagt an

Mehr als zehn Millionen Kinder sterben jährlich

Jedes Jahr sterben mehr als zehn Millionen Kinder in den Entwicklungsländern, weil sie unzureichend ernährt sind, kein sauberes Wasser haben und ohne Gesundheitsversorgung aufwachsen, meldete das UN-Kinderhilfswerk Unicef zu seinem 60. Jahrestag. Nach wie vor seien vermeidbare oder behandelbare Krankheiten wie Lungenentzündung, Durchfall, Malaria und Masern die Haupttodesursachen bei Kindern. Weltweit fehlten schätzungsweise einer Milliarde Kindern und Jugendlichen grundlegende Dinge zum Überleben und zu ihrer Entwicklung, berichtet das Deutsche Ärzteblatt unter Berufung auf Unicef. „Einem Kind, dem es am Nötigsten fehlt, das nicht lesen und schreiben lernt, wird der Weg in die Zukunft verbaut“, betonte Schirmherrin Eva

Luise Köhler in Berlin. Die Vorsitzende von Unicef Deutschland, Heide Simonis, bezeichnete es als einen „Skandal, wenn weltweit jedes Jahr 1 000 Milliarden Euro für Militär ausgegeben werden



Foto: dpa

und es gleichzeitig an Mitteln fehlt, um alle Kinder zur Schule zu schicken“. Angesichts der Lage forderte UNICEF die internationale Gemeinschaft erneut zur Hilfe auf. Nach einem ersten Appell waren von benötigten 80 Millionen Dollar (62 Millionen Euro) nur ein Drittel eingegangen. ck/DÄB

Eine kleine Anthologie der großen Fußball-Worte

Die Sanitäter haben mir sofort eine Invasion gelegt.

Fritz Walter jr.

Das habe ich ihm dann auch verbal gesagt.

Mario Basler

Das ist Schnee von morgen.

Jens Jeremies

Wir dürfen jetzt nur nicht den Sand in den Kopf stecken!

Lothar Matthäus

Mailand oder Madrid – Hauptsache Italien!

Andi Möller

Ein Drittel? Nee, ich will mindestens ein Viertel.

Horst Szymaniak



Illu: Lyonn

Ich glaube nicht, dass wir das Spiel verloren hätten, wenn es 1:1 ausgegangen wäre.

Uli Hoeneß

In einem Jahr habe ich mal 15 Monate durchgespielt.

Franz Beckenbauer

Zwei Chancen, ein Tor: Das nenne ich hundertprozentige Chancenauswertung.

Roland Wohlfahrt

Mal verliert man und mal gewinnen die anderen.

Otto „Rehakles“ Rehhagel

Fußballtrikots für Japans Hunde

In Japan herrscht eine tierische Vorfreude auf die Fußball-WM: Fußballtrikots für Hunde erfreuen sich derzeit zunehmender Beliebtheit, wie die japanische Tageszeitung „Yomiuri Shim-bun“ berichtete.

Das von einer Tierhandlung für 5800 Yen (43 Euro) vertriebene Outfit für vierbeinige Schlachtenbummler ist den blauen Trikots der japanischen Fußballnationalelf nachempfunden und besteht aus einem Hemd, einer Mütze und einem Ball. Nach Angaben des Unternehmens seien die Hundetrikots vor allem unter jungen Pärchen gefragt. Wer die Trikots trägt – Hund oder (P)Herrchen – blieb ungeklärt.

ck/dpa

Mit viel Biss zur WM!

Zu 50 Prozent stehen wir im Viertelfinale, aber die halbe Miete ist das noch lange nicht!

Rudi Völler

Ich habe viel von meinem Geld für Alkohol, Weiber und schnelle Autos ausgegeben. Den Rest habe ich einfach verprasst.

George Best

Es war ein wunderschöner Augenblick, als der Bundestrainer sagte: „Komm Steffen, zieh deine Sachen aus, jetzt geht's los!“

Steffen Freund

Wenn ich übers Wasser laufe, dann sagen meine Kritiker: „Nicht mal schwimmen kann der!“

Berti Vogts

Ich hoffe, dass dieses Spiel nicht mein einziges Debüt bleibt.

Sebastian Deisler

Unsere Chancen stehen 70:50.

Thorsten Legat

Da hab ich gedacht, da tu ich ihn ihm rein in ihm sein Tor.

Horst Hrubesch

Nicht mehr lange

Die FIFA-Maschine hat keinen Platten. Nein, sie hat einen Blatter – soll heißen: Ihr Präsident Joseph S. und die vielen kleinen anderen Rädchen im Getriebe haben den Motor so richtig auf Hochtouren gebracht. Der World Cup: ein Mordsgeschäft. Jetzt heißt es bald Anpiff. „Endlich“ ist wohl das Wort, das die Emotionen am besten beschreibt – und zwar auf allen Seiten. „Bald ist es vorbei“, rufen die Feinde des Kommerz. Es stimmen ein die Mahner, die daran erinnern wollen, dass Deutschland an weit mehr als nur am Fußballfieber leidet. Erleichtertes Aufatmen auch bei allen, die es einfach satt sind, die von Weltmeisterwurst und Fußball-Feuilletons die Schnauze voll haben. „Endlich geht's los!“, jubelt dagegen die Fankurve der Unbeirraren von Flensburg bis Garmisch. Freude bei all denen, die auf Public Viewing und Sponsoren pfeifen, die sich vom guten alten Fußballpathos mitreißen lassen, daheim den Fernseher anschmeißen und im Chor den Schiri beleidigen. Ob pro oder anti – Fußball beherrscht die Gemüter und das Jammernfreuen wird noch ein bisschen weitergehen.



Fotos: CC