

Untersucht

# Deutschlands Zähne



**Fortbildungsteil  
Psychosomatik**

**Deutscher  
Zahnärztetag**

## Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

es ist schon erstaunlich, dass der „Patient Gesundheitswesen“ die vielen erfolglosen Therapieversuche der jeweiligen Regierungen in den zurückliegenden Jahren überlebt hat. Allerdings: Die Prognose wird sukzessive schlechter.

Unbeobachtet kann die derzeitige Regierung ihre „Doktoreien“ allerdings nicht mehr praktizieren. Inzwischen gibt es in diesem Fall – egal von welcher Seite auch immer – kein Vertrauen mehr in die Heilungskräfte der Politik. Diesmal fällt es extrem deutlich auf, dass bereits vor Verabreichung der GKV-beitragsenkenden Mittel von weiteren Steigerungen gesprochen wird. Zahnärzte könnten sich auf diese Weise ihren Patientenstamm jedenfalls nicht erhalten.

Dass laut DMS IV neun von zehn Patienten ihrem Zahnarzt treu bleiben, ist – verglichen mit den Wahlergebnissen der Regierungen der letzten Jahre – eine Erfolgsgeschichte ohne Gleichen. Aber nicht nur die Vertrauensposition zum Zahnarzt, auch die eigentlich zentralen Ergebnisse der IV. Deutschen Mundgesundheitsstudie sind im internationalen Vergleich sehr gut: Zumindest der Kampf gegen Karies ist das Ergebnis jahre-

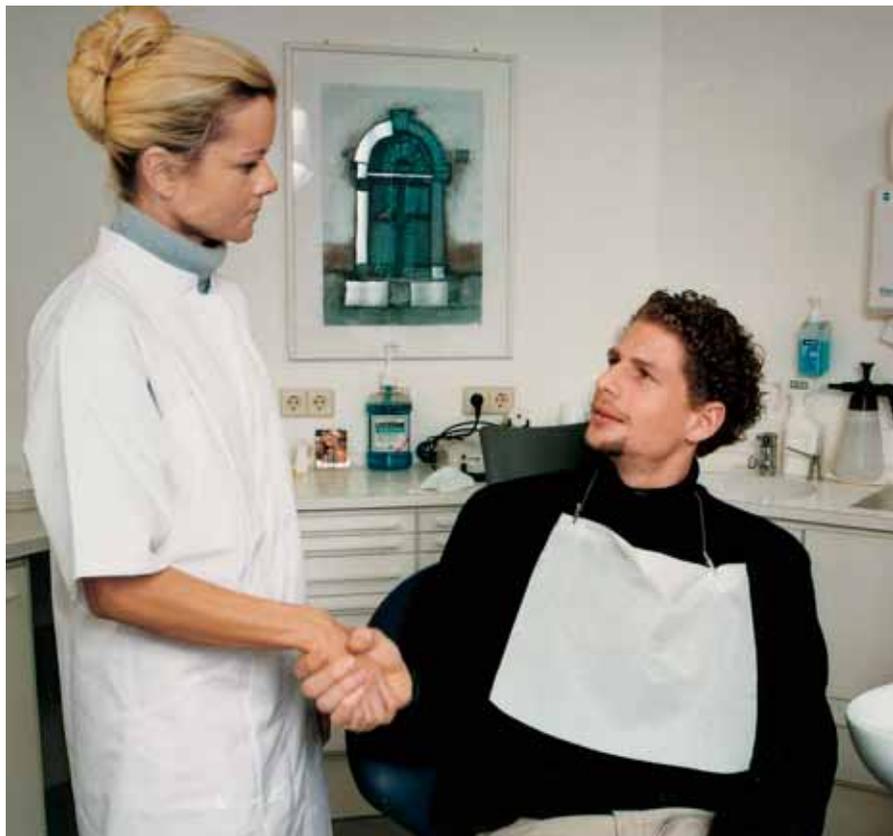


Foto: zm

■ **Vertrauensverhältnis Patient – Zahnarzt:** In neun von zehn Fällen, so ein Ergebnis der DMS IV, bleiben sie sich treu.

langer Prävention und Aufklärung durch die Zahnärzte.

Die Ergebnisse der Studie schaffen aber auch neue Herausforderungen, zum Beispiel in Sachen Parodontitis oder bei der gezielten Bekämpfung von Karies in den noch verbleibenden Risikogruppen. Auch hier werden die Antworten aus der zahnmedizinischen Versorgung kommen. Der Gesetzgeber ist hier nicht in der Rolle des „Players“, allenfalls in der des „Payers“. Aber selbst dort kommen die Erfolgsrezepte meist aus der Ecke der Leistungsträger. Warum will man sie dann im Diskussionsprozess zur Gesundheitsreform erst hören, wenn es fast zu spät ist?

Der Deutsche Zahnärztetag in Erfurt wird sich jedenfalls mit diesen Themen befassen und – wie die Vergangenheit gezeigt hat – trotz der wenig ambitionierenden Erwartungen Lösungsansätze diskutieren, abstimmen und anschließend in den gesellschaftlichen Diskussionsprozess einbringen. Diesen Beitrag zum Gesundheitswesen leistet die Zahnärzteschaft aktiv – ganz egal, ob von der Politik gewollt oder nicht.

Apropos „aktiv“: Auffällig ist auch, dass die Gruppe der Leistungsträger sich für den Beruf eigeninitiativ fit hält. Unser interaktives Fortbildungsangebot in diesem Heft ist nur ein Teil fortwährender freiwilliger Schulung und Kontrolle. Wo bleibt da das Pendant der Politik – vor allem nach einer so missglückten Reform?

Mit freundlichem Gruß



*Egbert Maibach-Nagel*

**Egbert Maibach-Nagel**  
zm-Chefredakteur



Foto/Titelbild: proDente

### Zum Titel

*Den Deutschen in den Mund geschaut: Die hohe Leistung der Zahnärzteschaft dokumentiert die neue, vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Und belegt, dass künftig ganz neue Herausforderungen entstehen.*

Seite 40



Fotos: KEYSTONE/pp

Der Deutsche Zahnärztetag findet vom 22. bis 25. November in Erfurt statt. Ein Sonderteil in diesem Heft stimmt auf das Großereignis ein.

Seite 27



Der Fortbildungsteil beleuchtet das Thema Psychosomatik und Psychologie in der Zahnheilkunde. Hier eine Szene aus der Balintgruppe. Achtung: Für die interaktive Fortbildung gelten neue Regeln! Mehr dazu auf [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de).

Seite 60



Foto: Lopata

Außerordentlicher  
Deutscher Arztetag

**BÄK-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe sendete auf dem Außerordentlichen Arztetag eine klare Botschaft an die große Koalition.**

Seite 22

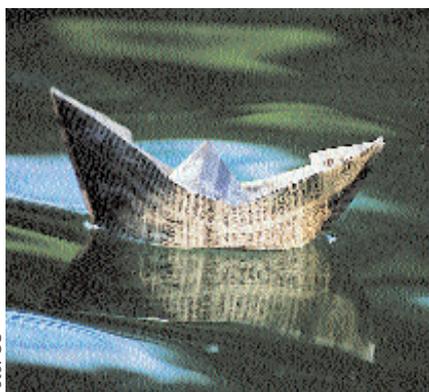


Foto: CC

**Den Arbeitsfluss garantiert ein perfektes Team. Ein weitsichtiger Chef beugt Personalengpässen vor.**

Seite 112



mit Anzeigenteil

|  |               |   |           |
|--|---------------|---|-----------|
| <b>Editorial</b>   | <b>1</b>      | <i>Aus dem Praxisalltag:<br/>Rettung durch Trans-Replantation</i> | <b>58</b> |
| <b>Leserforum</b>  | <b>6</b>      |   |           |
| <b>Leitartikel</b>   |               |   |           |
| <i>Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender<br/>der KZBV, zur DMS IV-Studie</i>                 | <b>8</b>      |   |           |
| <b>Nachrichten</b>   | <b>10, 14</b> |   |           |
| <b>Gastkommentar</b>   |               |   |           |
| <i>Andreas Mihm, FAZ-Korrespondent Berlin,<br/>über die Proteste der Gesundheitsberufe</i> | <b>12</b>     |   |           |
| <b>Das aktuelle Thema</b>  |               |   |           |
| <i>Die Pläne des BMG zur PKV:<br/>Knapp daneben ist auch vorbei</i>                        | <b>20</b>     |   |           |
| <b>Politik und Beruf</b>   |               |   |           |
| <i>Außerordentlicher Ärztetag:<br/>Dialogkultur statt Kommandomedizin</i>                  | <b>22</b>     |   |           |
| <i>BZÄK-Consilium zur Gesundheitsreform:<br/>Staatsmedizin statt Wettbewerb</i>            | <b>24</b>     |   |           |
| <b>Sonderteil Deutscher Zahnärztetag</b>   |               |   |           |
| <i>Einleitung</i>  | <b>27</b>     |   |           |
| <i>zm-Interview: Stellung beziehen,<br/>einvernehmlich handeln</i>                         | <b>28</b>     |   |           |
| <i>Sehenswertes in Erfurt</i>  | <b>32</b>     |   |           |
| <i>Kongresssplitter</i>  | <b>34</b>     |   |           |
| <i>Terminübersicht</i>   | <b>36</b>     |   |           |
| <b>Aus den Ländern</b>   |               |   |           |
| <i>ZÄT in Stuttgart zur Psychosomatik:<br/>Keine Angst vor schwierigen Fällen</i>          | <b>38</b>     |   |           |
| <b>Internationales</b>   |               |   |           |
| <i>Treffen der Nachbarschaftskammern:<br/>Im Fokus die Fortbildung</i>                     | <b>39</b>     |   |           |
| <b>Titelstory</b>  |               |   |           |
| <i>DMS IV-Hintergründe:<br/>Den Deutschen in den Mund geschaut</i>                         | <b>40</b>     |   |           |
| <i>DMS IV-Ergebnisse:<br/>Das Großprojekt der Zahnärzte</i>                                | <b>46</b>     |   |           |
| <b>Zahnmedizin</b>   |               |   |           |
| <i>Der aktuelle klinische Fall:<br/>Gemischtes Angiom</i>                                  | <b>54</b>     |   |           |
| <b>Fortbildungsteil 2/2006</b>   |               |   |           |
| <b>Psychologie als Handwerkszeug</b>   | <b>60</b>     |   |           |
| <i>Typische Fehler angesichts<br/>psychosomatischer Störungen</i>                          | <b>62</b>     |   |           |
| <i>Zahnärztliche Gesprächsführung von<br/>der Anamnese bis zur Aufklärung</i>              | <b>66</b>     |   |           |
| <i>Atypischer Gesichtsschmerz:<br/>Neurologische Differentialdiagnosen</i>                 | <b>72</b>     |   |           |
| <i>Verdachtsdiagnose<br/>Materialunverträglichkeit</i>                                     | <b>78</b>     |   |           |
| <i>Balintgruppenarbeit</i>   | <b>82</b>     |   |           |
| <b>Tagungen</b>  |               |   |           |
| <i>14. Jahrestagung der NAgP:<br/>Besondere Fälle in der Parodontologie</i>                | <b>86</b>     |   |           |
| <b>Fachforum</b>   |               |   |           |
| <i>Neues aus der Welt der Kons</i>   | <b>90</b>     |   |           |
| <b>Veranstaltungen</b>   | <b>97</b>     |   |           |
| <b>Praxismanagement</b>  |               |   |           |
| <i>Personalengpässe meistern:<br/>Flexibel bei Ebbe und Flut</i>                           | <b>112</b>    |   |           |
| <i>Trends</i>  | <b>118</b>    |   |           |
| <b>Finanzen</b>  |               |   |           |
| <i>Neue Flexibilität der Lebensversicherung:<br/>Maßgeschneidert – mit kleinen Haken</i>   | <b>122</b>    |   |           |
| <b>Recht</b>   |               |   |           |
| <i>PKV zahlt Lasik-Chirurgie:<br/>Korrektur geht vor Kompensation</i>                      | <b>128</b>    |   |           |
| <i>Urteile</i>   | <b>129</b>    |   |           |
| <i>Ariadnefaden im Bewerbungsdschungel:<br/>Damit die Absage zusage</i>                    | <b>130</b>    |   |           |
| <b>Neuheiten</b>   | <b>133</b>    |   |           |
| <b>Impressum</b>   | <b>140</b>    |   |           |
| <b>Leserservice Kupon</b>  | <b>165</b>    |   |           |
| <b>Letzte Nachrichten</b>  | <b>165</b>    |   |           |
| <b>Zu guter Letzt</b>  | <b>168</b>    |   |           |

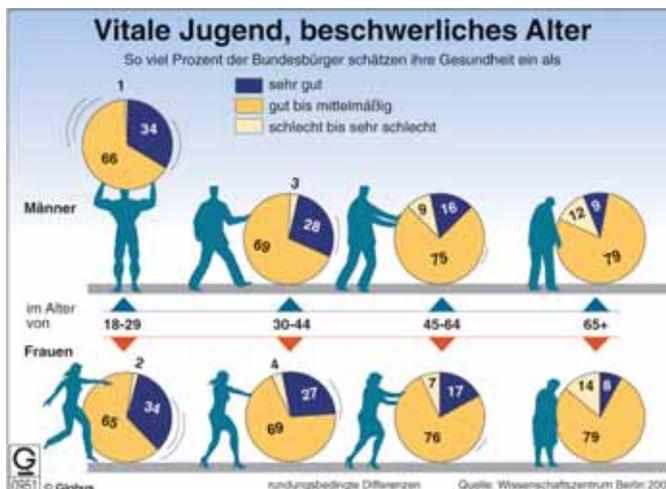
## Überschaubares Umfeld

■ Zum Beitrag „Effektivität einer Ca(OH)<sub>2</sub>-CHX-Paste nach Revision einer WK-Behandlung“ in zm 20/2006:

Bei der Endodontitis und ihren Komplikationen handelt es sich um eine bakterielle Infektionserkrankung in einem überschaubaren anatomischen Umfeld. Ziel aller therapeutischen Bemühungen muss es sein, das gesamte Hohlraumssystem vor dem definitiven Verschluss vollständig mechanisch und chemisch zu desinfizieren [Walkhoff, 1928; Whitworth, 2006]. In 2006 weisen Gomes et al. mit molekularbiologischen Methoden nach, dass *E. Faecalis* in 82 Prozent aller gangränösen Pulpen nachweisbar ist, und damit genau so häufig wie in Wurzelkanälen nach endodontischem Misserfolg. *E. Faecalis*, den man als Schlüsselkeim des endodontischen Misserfolgs bezeichnen kann, ist mit hoher wissenschaftlicher Evidenz belegt nahezu vollkommen resistent gegen Kalziumhydroxid [Siqueira, 1996; Gomes, 2002; Siqueira 2002; Haapasalo, 2003; Waltimo, 2005]. CHX wird in Gegenwart von Albumin unwirksam [Haapasalo, 2005] und hat nur eine einge-

schränkte Wirkung gegen *E. faecalis* [E. Schäfer, 2005]. Daher überrascht es nicht, dass die Autoren der vorgestellten Studie die untersuchten Wurzelkanäle unabhängig von den von ihnen angewendeten Desinfektionsmitteln in dem sehr hohen Prozentsatz von 20 bis 40 Prozent unvollständig desinfiziert abfüllen müssen, obwohl sie nur die überlebenden Bakterien in den Hauptkanälen kulturell anzüchten. Mit molekularbiologischen Nachweisverfahren wären deutlich schlechtere Ergebnisse zu erwarten [Tronstad, 2003]. So überrascht es, dass die DGZMK in ihren Behandlungsrichtlinien noch 2006 an ihrer alleinigen Empfehlung für Kalziumhydroxid als medikamentöse Langzeitanlage dogmatisch festhält. Dies umso mehr, als man international verzweifelt auf der Suche nach einem Langzeitdesinfektionsmittel ist [Haapasalo, 2003, 2005; Waltimo, 2005], das das Problem der seit mehr als 50 Jahren stagnierenden Erfolgsquoten bei der Behandlung der Endodontitis und ihren Komplikationen heilen kann, wie der international anerkannte Endodontologe David Figdor bereits in 2002 besorgt anmerkte.

Dr. Dr. Rüdiger Oswald, München



## Kein Beleg

■ Zum Beitrag „Quantität des apikal extrudierten Wurzel-Kanal-materials“ in zm 20/2006:

Der international anerkannte Endodontologe Haapasalo belegt anhand zahlreicher wissenschaftlicher Literaturstellen in seiner „Standortbestimmung zur Endodontie“ in 2005, dass es weder eine maschinelle noch eine manuelle Aufbereitungstechnik gibt, die die Extrusion von Debris über den Apex hinaus verhindert, was von dieser Studie eindrucksvoll bestätigt wird. Das foramen apikale ist also in jedem Fall mehr oder weniger weit offen. Dies insbesondere natürlich dann, wenn der hindurchführende Gefäß-Nervenstrang bei der VitE abgerissen oder bei der Gangrän putrid zerfallen ist. Neben der Verschleppung von Keimen impliziert diese Tatsache noch ein weiteres Problem. Wenn schon der Transport von Wurzelkanalmaterial über den Apex hinaus vom Behandler nicht kontrollierbar ist, dann gilt dies umso mehr für Spülflüssigkeiten, die bei der Aufbereitung zur Anwendung kommen. Vor diesem Hintergrund halte ich es für besonders wichtig, darauf hinzuweisen, dass höherprozentiges Natriumhypochlorid in Deutschland vom Bundesamt für Arzneimittel mit einer Kontraindikation bei offenem foramen belegt ist (siehe Beipackzettel von „Histholit“ und „Natriumhypochlorid Speiko“). Diese offizielle Gegenanzeige ist dadurch begründet, dass das Überpressen von NaOCl zu schweren, zum Teil irreversiblen, in manchen Fällen sogar lebensbedrohlichen Zwischenfällen führen kann [Michael Hülsmann, 1997]. Es gibt auch keinen wissenschaftli-

chen Beleg dafür [Haapasalo 2005], dass die Anwendung von Natriumhypochlorid in einer höheren als einprozentigen Konzentration zu einer messbaren Verbesserung des Behandlungserfolgs führt.

Dr. Dr. Rüdiger Oswald  
München  
ruediger.osswald@t-online.de

## Täglich

■ Zum Beitrag „Stopp-Studie“ in zm 19/2006:

Oh, das wäre schön, wenn 51 Prozent unserer Patienten die Zahnseide täglich benutzen würden. Aber dieser Zusatz („täglich“) ist sicherlich nicht in der Untersuchung erfragt worden. Nur dann ist auch Zwischenraumpflege wirkungsvoll und sinnvoll. Die 51 Prozent resultieren wohl auch von dem Manko der „sozial erwünschten Antwort“. Dieser Prozentsatz ist auch in der Praxis üblich. Erst die Frage, ob Zahnseide täglich benutzt wird, reduziert die Antwort auf fünf bis zehn Prozent.



Foto: stockdisc

Nach meinen Erfahrungen ist die Zwischenraumpflege bei Jugendlichen zwischen zwölf und 16 Jahren noch unbeliebter. Genau diese ungenügende Zwischenraumpflege beklagt in dem Artikel „Zum Tag der Zahngesundheit“ Prof. Elmar Reich wenige Seiten später bei Jugendlichen mit allen Folgen der interdentalen Karies.

Dr. med. dent. Fritz Haun  
Wilhelmsplatz 1  
53111 Bonn

## Keine „kranken“ Zähne

■ Zum Beitrag „Mit Feuerstein und Bogensehne“ in zm 16/06:

Schön, dass Ihr Artikel Gelegenheit bot, wieder einmal prähistorische Gebisse studieren zu dürfen.

Nirgendwo lässt sich besser verinnerlichen, für Laien wie für Zahnärzte (!), wie unglaublich robust Zahnmaterial ist., wie die Natur es schaffte, Zähne ein Le-

Umso vehementer muss ich Ihnen deshalb widersprechen, dass bei diesem Steinzeitmenschen „kranke“ Zähne vorlagen. Hier wurde keinerlei Karies ausgebohrt. Meine Vermutung ist, dass die Steinzeitmenschen beobachteten, wie sich ein jugendlicher Molar mit ausgeprägtem Höcker-Fissurenrelief im Laufe der Jahre einebnete. Vielleicht wollten sie sich wieder ein jugendliches Auf und Ab erschleifen? Vielleicht wollten sie sogar



Foto: R. Marchiavelli

ben lang gesund zu erhalten, ganz ohne Bürste, ohne Zahnarzt, Pharmafirmen, Dentalindustrie und Prophylaxe.

Schön, wenn solche Verinnerlichung unsere Zunft endlich davon abbrächte, auf dem lächerlichen Postulat zu beharren „Putze Deine Zähne soundso oft und soundso lange“ anstatt dem Laien die wesentlichere und verständlichere Version nahe zu bringen: „Hilf Deiner natürlichen Selbstreinigung, der wunderbarsten aller Zahnbürsten, an den Stellen auf die Sprünge, wo sie (in modernen Zeiten) behindert wird. Erkenne die Gründe, bestimme selbst Zeitpunkte und Dauer, welche für Deine Ausgangslage angemessen sind.“

ganz clever den Kaudruck auf den abradierten Kauflächen reduzieren?

Schön, wenn Sie uns öfter mal solch interessante Gebissbefunde zeigen könnten. Wie wär's mit Ötzi, der ja sogar an die fünfzig Jahre ohne die Segnungen unserer Zunft durchkam?

Almute Grohmann-Sinz  
almute.grohmann-  
sinz@freenet.de

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



Foto: KZBV

## Gesund für den Schwund

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in gesundheitspolitisch schweren Zeiten ist es schon eine besondere Freude, Erfolgsmeldungen verbreiten zu können. Hier ist eine: Im Kampf gegen Karies sind Deutschlands Zahnmediziner internationale Spitze. Die Ergebnisse der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) zeigen, dass wir – trotz der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen – „on top“ sind und den Vergleich über nationale Grenzen hinweg nicht scheuen müssen. Quer durch alle Altersgruppen hat sich die Lage gegenüber 1997 weiterhin verbessert. Das ist „hausgemachter“ Verdienst einer jahrelangen hervorragenden Prävention. Es ist Musterbeispiel für die richtige Strategie im Einklang mit fortschreitender wissenschaftlicher und sozialmedizinischer Entwicklung.

Ein international sehr guter Rang bedeutet aber nicht, dass das Ziel erreicht ist: Es bleibt Aufgabe der Gesellschaft, die Risikogruppen noch besser zu erreichen. 61,1 Prozent der Karies konzentriert sich auf 10,2 Prozent der Kinder, 79,2 Prozent auf 26,8 Prozent der Jugendlichen. Das ist eine Herausforderung, der wir uns in den kommenden Jahren stellen müssen und werden. Dennoch gilt – salopp formuliert: Die Karies haben wir im Griff, dem Schwund sind wir auf der Spur. Will sagen: Die wissenschaftli-

che Forschung im zahnärztlichen Bereich wird auch in den nächsten Jahren ihren Schwerpunkt haben. Will aber auch sagen: Die Parodontalbehandlung wird der wesentliche Behandlungsschwerpunkt im zahnärztlichen Alltag sein.

Die Ergebnisse der DMS IV zeigen nämlich auch das: Parodontitis ist auf dem Vormarsch. Und es ist „Ironie unseres beruflichen Schicksals“, dass wir in der Kariesbekämpfung so weit vorn stehen, dass wir durch die Erfolge von Gruppen- und Individualprophylaxe sowie breit angelegter Fissurenversiegelung unsere „Präventionskompetenz“ belegen, dass wir bei unseren älteren Patienten mehr Zähne denn je erhalten können. Denn das ist ein wesentlicher Grund für diese Zunahme von Parodontalerkrankungen.

Die von uns in den zurückliegenden Jahren immer wieder eingebrachte Warnung, dass der Erhalt gesunder Zähne die PAR-Problematik verschärfen dürfte, scheint in den Köpfen der Sachleistungsökonomien noch nicht so ganz angekommen zu sein. Aber es ist Fakt: Mittelschwere und schwere Parodontalerkrankungen haben bei Erwachsenen seit 1997 um 26,9 Prozent, bei Senioren um 23,7 Prozent zugenommen.

Für Krankenversicherer wie Politiker ist das ein ohne Zweifel nicht einfach zu bewältigendes, aber doch exzellentes Beispiel

dafür, dass medizinischer Fortschritt für unsere Gesellschaft selbstverständlich nicht ohne Folgekosten bleibt. Aber dieser Fortschritt hat seinen Preis: Wir Zahnärzte wissen nur zu gut, dass wir bis 2003 nur eine GKV-Parodontalbehandlung auf der Basis der fachlichen Erkenntnisse der 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts erbracht haben. Eine erste Reform in den 80er-Jahren landete wegen Nicht-Finanzierbarkeit ebenso in der Schublade wie ein modernes Therapiekonzept Anfang dieses Jahrzehnts. Die Korrekturen im Rahmen der Bema-Umstrukturierung einschließlich der Aufnahme des PSI in den GKV-Leistungskatalog waren sicher ein fachlicher Fortschritt, aber – seien wir doch ehrlich – eine zeitgemäße, an wissenschaftlichem Fortschritt ausgerichtete PAR-Behandlung sieht anders aus. Und jetzt also noch mehr Behandlungsbedarf.

Die Zahnärzteschaft wird sich dieser Problematik nicht entziehen. Sie wird anhand der harten Fakten der DMS IV deutlich machen, was auf die Gesellschaft zukommen wird. Zum Glück – und auch das ist der Zahnmedizin zu verdanken – sind wir längst so weit, diese Herausforderung anzunehmen und sie fachlich zu meistern. Aber das wird schwer genug!

Sollte es uns jedoch nicht gelingen, den à la Vogel-Strauß agierenden Sachversicherern und Gesundheitspolitikern einen freien Blick auf die Problemlage zu verschaffen, werden wir uns in der altbekannten Ethik-Falle wiederfinden, wird uns wieder ein Finanzproblem aufgeschultert, das sicher nicht von uns zu verantworten ist.

Und klar ist auch: Die GKV-Gießkanne wird dieses Problem mit den „althergebrachten“ Rezepten in eingefahrenen Wegen nicht stemmen können. Hier sind innovative Konzepte angesagt! Nulltarif ist nicht.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

**Dr. Jürgen Fedderwitz**  
Vorsitzender der KZBV

## Alarmstimmung

Es scheint, als wäre Demonstrieren das neue Hobby der Gesundheitsberufe. Erst machten es die Klinikärzte, dann die Niedergelassenen. Und kaum hatte der Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung erstmals beraten, machen sich auch die Apotheker auf, ihre Forderungen auf der Straße breitzutreten.

Die Pläne der Regierungskoalition haben fast alle Beteiligten im Gesundheitssystem in Alarmstimmung versetzt. Einig sind sie in der Ablehnung des Systemumbaus. Aber sie wissen nicht, wie sie ihn verhindern können. Gerade bei einer großen Koalition, der es nicht um die Sachfrage allein, sondern um Dinge wie Durchsetzungsfähigkeit und Gesichtswahren geht, ist das schwerer getan als verlangt.

Verhindern lassen wird sich die Reform kaum, allenfalls entschärfen. Also suchen alle Interessengruppen ein Packende, um den Gesetzgeber von der einen oder anderen Formulierung abzuhalten. Die Strategien dafür sind so unterschiedlich wie die Ziele. Entweder man erreicht die Minister, Partei- und Fraktionsvorsitzenden, die Fachpolitiker oder es gilt Druck über die Öffentlichkeit aufzubauen. Meist ist beides von Nöten.

Ärztelfunktionäre drohen gerne mit einer direkten Ansprache der Patienten. Hier haben sie, hochangesehen wie sie sind, einen Vorteil. Doch könnten sie den als politisches Drohpotential wirkungsvoll nur ins Spiel bringen, wenn bald gewählt würde.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, rief jüngst die Mediziner auf, den Patienten die Wirkungen der

Reform zu erklären. Sie seien sogar dazu verpflichtet, Therapiewege zu erläutern und klar zu machen, was die Kassen nicht mehr zahlten. Aber welcher Arzt lässt sich schon auf Politdebatten mit den Patienten ein? Statt über Rationierung aufzuklären, beugt man sich eben dem Budgetdruck und rationiert die Öffnungszeiten. Warum drei Monate arbeiten, wenn nur zwei bezahlt werden? Diese Form des stillen Protests wird wohl wachsen. Vielleicht werden Kassen Ärzten einen Zuschlag zahlen, damit die ihre Versicherten schneller behandeln. Die Barmer macht das mit ihrem Hausarztvertrag vor.



**Die auf unterschiedliche Weise und mit unterschiedlichen Motiven umgesetzten Proteste der Gesundheitsberufe werden die Gesundheitsreform allenfalls entschärfen, aber kaum verhindern können.**

**Andreas Mihm**

Korrespondent der Frankfurter Allgemeinen Zeitung Berlin

Lautstark verlangt wird gerne in einigen Ärztekreisen auch eine dritte Protestform: Die der Rückgabe der Kassenzulassung. Das klingt wie Selbstmord aus Angst vor dem Tod. Wer verzichtet schon freiwillig auf 80 oder 85 Prozent des Marktvolumens? Oder verdienen die Ärzte doch so viel Geld, wie oft behauptet wird? Nicht auszuschließen auch, dass die Politik auf so eine Form des



Foto: MEV/zm

Ausstiegs nur wartet, hält sie doch die Facharztschiene sowieso für überbesetzt. Den Schaden hätten die Ärzte selbst, stünden sie doch als raffgierige Behandlungsverweigerer am Pranger. Dann schlägt doch die Ethikfalle zu. Was ist der Arzt zuerst: Heiler oder Kaufmann?

Pech, dass zudem jeder für sich alleine kämpft. Erst Ende September hatten Ärzte und Pharmaindustrie, freie Berufe und Beamte, Apotheker und private Krankenversicherung eine gemeinsame Erklärung gegen die Reform veröffentlicht. Doch zu einer öffentlichkeitswirksamen Protestkampagne konnten sie sich bisher noch nicht aufraffen. Zu unterschiedlich sind die Interessen, zu selbstverliebt die Akteure, um sich auf eine Linie zu einigen.

Mit so einem Gegner lässt sich prima streiten. Das hat Ulla Schmidt schon oft gezeigt. Da benötigt sie nicht einmal eine verunglückte Briefkampagne, wie unlängst die der Privaten Krankenversicherung (in der ein paar übereifrige Vertreter wohl Kunden als Absender verwandten, ohne dass diese davon wussten), um einen Skandal anzurühren und eine ganze Branche in Verruf zu bringen. Und wenn sich die Chance dennoch bietet, greift sie umso beherzter zu.

Am Ende des Tages sind alle darauf angewiesen, weiter miteinander umzugehen. Das gilt für Ärzte wie für die Politiker, die ausgestattet mit dem Wählerauftrag, den Primat haben, Gesetze so zu formulieren, wie sie es für richtig halten.

Gastkommentare entsprechen nicht immer der Ansicht der Herausgeber.

■

Kanzlerin Merkel

## Weitere Veränderungen kommen

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) hat die Bürger auch vor dem Hintergrund positiver Signale auf dem Arbeitsmarkt und sprudelnder Steuereinnahmen

zung zufolge können Bund, Länder und Gemeinden in diesem und im nächsten Jahr mit einem zusätzlichen Steuerplus von fast 40 Milliarden Euro rechnen.

Hinzu kommt der Milliardenüberschuss bei der Bundesagentur für Arbeit, der für eine zusätzliche Senkung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung verwendet werden soll. Angestrebt wird auch eine Reduzierung des Anstiegs der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Merkel sprach von einem „Zukunftspaket“, das

geschnürt worden sei. Die Reformen müssten nun weiter vorangetrieben werden. Sie wies die Vorhaltungen der Opposition zurück, dass es besser gewesen wäre, auf die Mehrwertsteuererhebung zu verzichten und noch stärker zu sparen. pr/dpa

auf weitere Anstrengungen vorbereitet. „Veränderung ist notwendig, um Deutschland als ein Land mit Wohlstand erhalten zu können“, sagte Merkel in den ARD-„Tagesthemen“. Die Hände dürften nicht in den Schoß gelegt werden. Der Steuerschät-

Kassenverbände protestieren

### Spitzenverband ist verfassungswidrig

IKK- und BKK-Bundesverband haben ein Gutachten des Verfassungsrechtlers Rupert Scholz vorgestellt, in dem der vom Gesundheitsministerium geplante Spitzenverband als nicht verfassungsgemäß bezeichnet wird. Die sieben Spitzenverbände würden zu „Beschäftigungsgesellschaften“ degradiert, moniert das Gutachten. Nach einer Übergangszeit könnten viele der fast 2000 Mitarbeiter ihre Stelle

verlieren. Der Einheitsverband solle zwar die Aufgaben der Spitzenverbände übernehmen, sei aber nicht als Rechtsnachfolger konzipiert. Personal, Immobilien und Sachmittel blieben als „reine Hülse“ übrig. Dies führe zur „Kostenverdopplung“. Der Spitzenverband widerspricht laut Scholz dem angestrebten Wettbewerb zwischen den Kassen, er sei „ungeeignet und verfassungswidrig“. sth/ÄZ



Foto: ABDA

Gesundheitsreform

### Apothekerdemo in Leipzig

Rund 10000 Apotheker und Apothekenangestellte haben am 1. November in Leipzig gegen die Gesundheitsreform protestiert. „Das Maß ist jetzt voll“, sagte die Bundesvorsitzende der Apothekengewerkschaft ADEXA, Monika Oppenkowski. Die Gewerkschaft hat gemeinsam mit dem Bundesverband Deutscher Apothekerverbände und Apothekerkammern zu den Protesten aufgerufen. „Wir sitzen alle in einem Boot: Wenn die Apotheken Schaden nehmen, nehmen auch wir Angestellten Schaden“, erklärte Oppenkowski den Schulterchluss der Apothekerorganisationen.

Die Apotheker lehnen insbesondere Regelungen zu einem Höchstpreis für Arzneimittel ab. Die Reform sehe Einsparungen von rund 500 Millionen Euro in der Branche vor, dies entspreche 25 Prozent ihres Rohgewinnes.

Die Apotheker befürchten tiefgreifende Folgen für ihre Existenz und das Versorgungsnetz. Die Demonstration mit Teilnehmern aus Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie Brandenburg und Berlin war Auftakt für bundesweite Aktionen. pr/dpa

■ Mehr unter <http://www.abda.de> und <http://www.aponet.de>

Kliniken

### Proteste gegen Reform

Klinikpersonal und Mitarbeiter von Krankenkassen wollen nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam gegen die Reform-Pläne protestieren.

An der für Anfang Dezember in Berlin geplanten Demonstration sollten unter anderem auch Haus- und Fachärzte, Apotheker

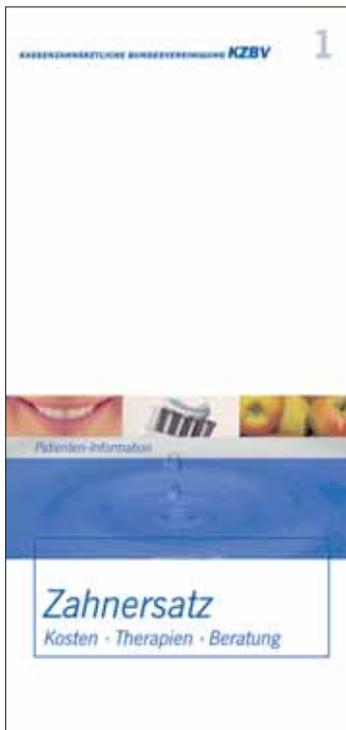
und Ärztegewerkschaften wie der Marburger Bund (MB) teilnehmen, sagte der Sprecher der Krankenhausgesellschaft, Andreas Priefler, dem Bielefelder „Westfalen-Blatt“.

Zuvor hatte der MB seinerseits alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen zum Reform-Boycott aufgerufen. pr/dpa

KZBV

## Neue Patienteninfo zu Zahnersatz

Die KZBV bringt Ende November eine neue Patienteninformation zum Thema „Zahnersatz“



heraus. Der sechsstufige Leporello im Lang-DIN-Format gibt Patienten mit Zahnersatz-Bedarf einen Überblick über die Kostenbeteiligung der Krankenkasse im Festzuschussystem, zeigt beispielhaft Versorgungsalternativen für einen Befund auf und informiert über den Weg von Therapieplanung über Beratung bis zur Behandlung. Interessierte Praxen können die neue Patienteninformation bei der KZBV zum Selbstkostenpreis bestellen. KZBV

■ **Der Preis für ein Set à 30 Stück beträgt 1,50 Euro zuzüglich Porto. Bestellungen bitte nur schriftlich an:**  
**KZBV Presse- und Öffentlichkeitsarbeit**  
**Universitätsstr. 73**  
**50931 Köln**  
**per Fax an die Fax-Nr.: 0221-4001-178**  
**oder direkt online unter [www.kzbv.de/Service/Materialien](http://www.kzbv.de/Service/Materialien)**

Deutscher Präventionspreis

## Bewerber und Nachahmer gesucht

Der Deutsche Präventionspreis 2007 wird für kommunale und regionale Initiativen und Projekte der Prävention im Gesundheitswesen vergeben. Die drei Initiatoren – das Bundesministerium für Gesundheit, die Bertelsmann Stiftung und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – wollen damit kommunale oder regionale Präventionsprogramme zur Förderung eines gesunden Lebensstils in der Bevölkerung auszeichnen. Das Preisgeld beträgt insgesamt 50 000 Euro.

Die Initiatoren der Projekte können sich vom 20. November bis zum 21. Dezember 2006 bewer-

ben. Wichtiges Kriterium ist, dass das Projekt bereits seit mindestens einem Jahr praktisch umgesetzt wird.

Mit dem diesjährigen Motto „Prävention stärken – lokal und regional“ sollen Präventionsprojekte gefunden und prämiert werden, die in den Kommunen auch auf der politischen Ebene verankert sind, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). „Wir wollen mit der Auslobung des Preises solche Initiativen und Projekte bekannt machen und zur Nachahmung anregen“, sagte Schmidt weiter. (Internet: [www.deutscher-praeventionspreis.de](http://www.deutscher-praeventionspreis.de)) pit/dpa

Ärztepräsident Hoppe

## Warnung vor Zusammenbruch

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat ihren Protest gegen die geplante Gesundheitsreform bekräftigt und vor einem Zusammenbruch der wohnortnahen medizinischen Versorgung gewarnt. Die Elemente des Gesetzesentwurfs „stellen ein legislatives Virenpogramm zur Zerstörung des freiheitlichen Betriebssystems unseres Gesundheitswesens dar“, mahnte die BÄK in Berlin.

Sie kritisierte, dass die bisher kollektiv von Ärzten und Kassen vereinbarten Regeln für die Versorgung zunehmend von Einzelverträgen abgelöst werden sol-



Foto: Lopata

len. Durch „die Atomisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten“ werde die Kontinuität der ambulanten Akut- und Notfallversorgung gefährdet. Die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) würden ausgehöhlt. sth/dpa

Klaus Theo Schröder contra Kassen

## Politische Mathematik

Gesundheits-Staatssekretär Klaus Theo Schröder hat den Vorwurf der Krankenkassen zurückgewiesen, die geplante Gesundheitsreform bringe Mehrbelastungen und führe damit zu Beitragssteigerungen. Die Kassen versuchten, „die Belastungen nach oben zu rechnen, ohne sie im Einzelnen zu belegen. Ich halte das für politische Mathematik, die mit belastbaren Zahlen, Daten und Fakten nichts zu tun hat“, sagte Schröder in einem Gespräch mit der Deutschen Presse-Agentur (dpa) in Berlin. Nach Schröders Worten ist die Entlastungswirkung durch den jetzt im Bundestag behandelten Reformentwurf mit 1,8 Milliarden Euro jährlich „eher konservativ gerechnet“. Es seien nur Bereiche addiert worden, „die man heute schon beziffern kann. Die ganzen entlastenden Struktureffekte – wie

mehr Prävention, Abschluss von Einzelverträgen und dergleichen mehr – sind nicht berücksichtigt.“ pit/dpa

Umfrage

## Arzneireste landen im Abwasser

Jeder fünfte Deutsche kippt flüssige Arzneimittelreste regelmäßig in Spüle oder Toilette. Weitere 23 Prozent tun dies gelegentlich, wie eine Umfrage des Frankfurter Institutes für sozial-ökologische Forschung ergeben hat. Grund ist nach Angaben der Forscher die starke Bereitschaft zum Glas-Recycling. Wegen der getrennten Entsorgung würden die Fläschchen vorher gespült. Nur 29 Prozent gaben an, Medikamentenreste regelmäßig in einer Apotheke abzugeben. sth/ÄZ

Bundeszentrale für politische Bildung

## Infoportal zur Gesundheitspolitik

Die Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) hat eine Website zur Gesundheitspolitik gestartet. Das Online-Dossier soll Bürgern die Möglichkeit bieten, sich selbst ein Bild vom deutschen Gesundheitswesen und der geplanten Gesundheitsreform zu machen. In sechs „Lerntouren“ geht die bpb auf Themen wie

Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, Solidarität in der GKV und Überblick zur Diskussion der Gesundheitsreform 2006 ein. Zudem beschreibt das Dossier die Positionen und Argumente, die in politischen und wissenschaftlichen Kontroversen über die Gesundheitspolitik eine Rolle spielen. sth/pm

Studie zur Jugendsexualität

## Das erste Mal mit Kondom

Die große Mehrheit der Jugendlichen verhält sich beim ersten Sex verantwortungsbewusst: 71 Prozent der Mädchen und 66 Prozent der Jungen verhüten mit Kondom. Das hat eine Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ergeben. Weitere Ergebnisse:

Mädchen und 10 Prozent der Jungen Erfahrung mit Sex. Mit 15 Jahren sind es 23 Prozent der Mädchen und 20 Prozent der Jungen, mit 16 Jahren sind es 47 beziehungsweise 35 Prozent und bei den 17-jährigen sind es 73 Prozent beziehungsweise 66 Prozent. sth/pm

■ Die Studie als Download unter [www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de)



Foto: PhotoDisc

Seniorenbetreuung

## KMFG plant Netzwerk

2005 wurden 65 Prozent der Jungen und 75 Prozent der Mädchen von den Eltern aufgeklärt. Mütter und Väter sind für 54 Prozent der Jungen und 64 Prozent der Mädchen auch Vertrauenspersonen in sexuellen Fragen. Eine konkrete Verhütungsberatung durch das Elternhaus erhalten aber immer noch mehr Mädchen (70 Prozent) als Jungen (60 Prozent). In allen Altersgruppen verfügen Mädchen laut BZgA über mehr sexuelle Erfahrung. Im Alter von 14 Jahren haben 12 Prozent der

In Zusammenarbeit mit den Seniorenbeauftragten der Kammer Westfalen-Lippe will die Konrad-Morgenroth-Fördergesellschaft (KMFG) ein Netzwerk zur Betreuung alter Menschen aufbauen. „Pflegepersonal und häusliche Betreuer sollen besser über Mundhygiene sowie Zahn- und Prothesenpflege informiert werden“, kündigte der KMFG-Vorsitzende Dr. Klaus Münstermann auf der Hauptversammlung des Vereins an. Er plädierte außerdem dafür, zahnärztliche Inhalte in die Ausbildung des Personals aufzunehmen. sth/pm

Interaktive Fortbildung**Ab jetzt nur noch drei Versuche**

Entsprechend einem Vorstandsbeschluss der Bundeszahnärztekammer sind ab dem 16. November nur noch drei Versuche pro Fortbildungsbeitrag zulässig, um die Interaktive Fortbildung in den zm erfolgreich zu bestehen.

Wenn Sie auch im dritten Versuch nicht mindestens 70 Prozent aller Fragen richtig beantwortet haben, werden Sie für den entsprechenden Beitrag gesperrt und können dafür keine Fort-

bildungspunkte mehr erwerben.

Haben Sie 70 Prozent aller Fragen in einem Beitrag richtig beantwortet, werden Sie auf zm-online automatisch zum Fortbildungszertifikat (2 Punkte) weitergeleitet, das Sie dann bei Ihrer Kammer, sofern sie an dem Projekt partizipiert, einreichen können.

Die neuen Regeln gelten für den großen Fortbildungsteil sowie den Aktuellen klinischen Fall. zm

Seit November**Mehr zuzahlungsfreie Medikamente**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Festlegung von weiteren 130 Wirkstoffen die Grundlage dafür geschaffen, dass ab 1. November 2006 weitere Arzneimittel unter bestimmten Voraussetzungen von der Zuzahlung befreit werden können. Dabei handelt es sich um Medikamente, die bei großen Volkskrankheiten eingesetzt werden, wie Blutdrucksenker, bestimmte Magen-, Schmerz- und Asthmamittel.

Die Zuzahlung für diese Arzneimittel entfällt, wenn die Hersteller die Preise auf 30 Prozent und mehr unterhalb des Festbetrags senken. Erste Preissenkungen sind bereits bekannt geworden. Die niedrigeren Preise bedeuten laut BMG für die GKV eine Entlastung und für die Versicherten, dass sie Zuzahlungen sparen können.

In welchem Umfang die Arzneimittelhersteller auf die erweiterte Möglichkeit reagieren und ihre Preise senken, werde sich im Laufe des nächsten Monats zeigen, teilte das BMG mit. Seit Juli 2006 können durch das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AWVG) Arzneimittel mit Preisen von 30 Prozent und mehr unterhalb des Festbetrags von der Zuzahlung befreit werden.

Unter <http://www.bmg.bund.de> finden Interessierte unter dem Link „zuzahlungsbefreite Arzneimittel“ weitere Informationen sowie eine Liste der bisher von der Zuzahlung befreiten Arzneimittel.

Weitere Informationen dazu können auch abgerufen werden unter <http://www.aponet.de>. Persönliche Beratung gibt es außerdem in der Apotheke.

pit/pm

Studie der BKKen

## 30 Prozent mehr Rückenschmerzen

In den vergangenen acht Jahren haben Rückenschmerzen in Deutschland um rund 30 Prozent zugenommen. Fast 70 Prozent der Bundesbürger geben an, dass sie Rückenbeschwerden haben, hat eine repräsentative Befragung des Instituts tns healthcare (Emnid) ergeben.



Foto: PP

Noch vor acht Jahren habe der Anteil bei 53 Prozent gelegen, schreibt das „Deutsche Ärzteblatt“. Der Anteil der Menschen mit ständigen Schmerzen hat sich laut Emnid mit 15 Prozent mehr als verdoppelt.

Trotz der Zunahme der Beschwerden gingen in den vergangenen Jahren immer weniger Menschen deswegen zum Arzt: 1998 waren es noch mehr als die Hälfte der Betroffenen (57 Prozent), 2006 hingegen nur noch 39 Prozent. Die häufigste ärztliche Therapie sind laut Befragung Medikamente, Krankengymnastik verordnen die Ärzte jedem zweiten Patienten. Für die Studie im Auftrag des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen befragte Emnid 6016 Personen ab 14 Jahren. sth/DÄB

Hannover

## Erste Patientenuniversität gegründet

Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat als erste Hochschule in Deutschland eine Patientenuniversität gegründet. Die zunehmende Alterung der Gesellschaft und die Zunahme chronischer Erkrankungen führten dazu, dass sich immer mehr Menschen mit dem Thema Gesundheit und Krankheit beschäftigen müssten, hieß es aus Hannover. Die Patientenuniversität diene dazu, mit strukturierten

Bildungsangeboten das universitäre Wissen und aktuelle Forschungsergebnisse nicht nur Expertenkreisen, sondern der gesamten Bevölkerung zur Verfügung zu stellen. Sie ist nach Angaben der Hochschule eine von zahlreichen Wissenschaftlern, Lehrenden und Studierenden getragene unabhängige Bildungseinrichtung der MHH.

pr/DÄB

Bundesgesundheitsministerium

## Arzneimittelagentur geplant

Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Errichtung einer Deutschen Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) vorgelegt. Im Koalitionsvertrag war vereinbart worden, das Bundesinstitut für Arzneimittel

und Medizinprodukte entsprechend umzugestalten. Ziel soll es sein, für die Arzneimittelzulassung in Deutschland Rahmenbedingungen und entsprechende Organisationsformen zu schaffen, die mit den anderen EU-Ländern vergleichbar sind. prs



Foto: stockdisc

Zensurvorwurf

## Med.Komm und Thieme in der Kritik

Die Medizinverlage Thieme und Med.Komm haben nach einem Bericht des Magazins „Focus“ kritische Artikel zu Arzneimitteln zensiert – vermutlich auf Druck von Pharmafirmen. Das Blatt beruft sich auf Aussagen von Prof. Dr. Michael Kochen, Präsident der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, der die betreffenden Beiträge als Co-Autor für die „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (Thieme) und „Der Hausarzt“ (Med.Komm) verfasst hatte. Der Thieme Verlag, berichtet Kochen, habe die August-Ausgabe mit seinem Artikel über Magenmittel einstampfen lassen. Anschließend lehnte auch der Med.Komm Verlag eine Veröffentlichung ab. Der Mediziner vermutet, dass die Industrie

die Publikation des Beitrags verhinderte. „Der Beitrag beschrieb, dass alle Medikamente in der Gruppe der säureblockierenden Magenmittel gleich gut seien und der Arzt ohne Nachteile für den Patienten das preisgünstigste verordnen könnte“, so Kochen. Die Pharmafirmen Takeda und Novartis hätten sich daraufhin „massiv beschwert“ und Anzeigen storniert.

Der Thieme Verlag gab an, die Beiträge nicht gedruckt zu haben, weil die Autoren ihm das Copyright entzogen hätten. Kochen dementierte: „Im Fall von Thieme haben wir nach dem Vernichten der August-Ausgabe unsere Artikel zurückgezogen. (...) Es ist grotesk, wie hier die Wahrheit verdreht wird.“ sth/Focus

US-Studie

## **Erdbeeren sind gut fürs Gedächtnis**

Erdbeeren sind gut fürs Gedächtnis, haben US-Forscher in einer Studie herausgefunden. Der Farbstoff Fisetin, der in den



Foto: cc

Früchten vorkommt, fördere die Speicherung von Informationen im Langzeitgedächtnis, schreiben sie im Fachmagazin „Free Radical Research“ (40, 2006,

1105-11). Die Substanz wirke, indem sie das Wachstum von Nervenzellen begünstigt.

Die Forscher testeten den Effekt an lebenden Mäusen, denen sie zunächst eine Dosis Fisetin injizierten. Anschließend sollten die Tiere Objekte wiedererkennen, die sie einen Tag zuvor kennengelernt hatten. Nach Angaben der Wissenschaftler stieg ihre Fähigkeit, sich an bekannte Gegenstände zu erinnern. Die Forscher hoffen, auf der Basis von Fisetin in Zukunft Medikamente gegen Demenzerkrankungen wie Alz-

heimer zu entwickeln. Allerdings: Um einen spürbaren Effekt zu erzielen, müsste ein Mensch knapp fünf Kilogramm Erdbeeren pro Tag essen. sth/ÄZ

Auszeichnungen verliehen

## **Braun Oral-B Prophylaxepreis**

„Fehlende Füllungen“ hieß der Siegerbeitrag, der im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde in Freiburg mit dem Braun Oral-B Prophylaxepreis 2006 ausgezeichnet wurde. Die Arbeit erfasste und analysierte Barrieren der präventiven und therapeutischen Betreuung von Vorschulkindern. Eine Studie zu Spielzeugen, die Kindern beim Begreifen der Zahnpflege helfen sollen, erhielt den 2. Preis. Bewerbungen für den Prophylaxepreis 2007 können ab sofort bei Braun Oral-B eingereicht werden. Einsendeschluss ist der 31. Mai. sth/pm

■ *Weitere Infos unter*  
Tel: 06172/68 48 1-0

Verbraucherministerium warnt

## **Zuviel Zimt kann Kindern schaden**

Das Verbraucherschutzministerium in Nordrhein-Westfalen warnt vor übermäßigem Konsum zimthaltiger Lebensmittel. Kinder unter fünf Jahren sollten Zimtsterne und andere mit dem Gewürz verfeinerte Lebensmittel nicht häufiger als ein Mal pro Woche essen. Der im Zimt enthaltene Aromastoff Cumarin könne bei empfindlichen Personen zu Leberschäden führen, die allerdings heilbar seien, teilte Verbraucherschutzminister Eckhard Uhlenberg (CDU) in Düsseldorf mit. Das Ministerium sei bereits mit Herstellern im Gespräch, um minimale Zimtdosierungen in den Rezepturen zu erreichen. sth/dpa

Kinderseelen und Zähne**Kieferorthopäden starten Beratungswochen**

Foto: cc

Nicht nur Erwachsene – auch Kinder stehen heute unter vielfachem Stress und arbeiten diesen an ihren Zähnen ab. Sie knirschen, lutschen, nuckeln oder kauen an den Nägeln und vieles mehr. Für Eltern ist es oft nicht leicht, solches Verhalten als Zeichen von Hilfsbedürftigkeit zu erkennen: Manche Angewohnheit wird als „normal für Kinder“ eingeschätzt.

Parkinson**Erste Frühsymptome**

Unspezifische Symptome sollen den typischen um Jahre vorausgehen. Eine Hypothese besagt, dass moderater Dopaminmangel zu ganz subtilen Beschwerden führt. Ob sie das Parkinson-Risiko erhöhen, wurde in einer Studie untersucht.

Bei 6 038 Teilnehmern der Rotterdam-Studie ermittelte man subjektive Beschwerden wie Steife, verlangsamte Bewegungen, Tremor, Stürze oder Gleichgewichtsstörungen. Pro-

Die Deutschen Kieferorthopäden starten daher jetzt in Zusammenarbeit mit der bundesweit aktiven Initiative Kiefergesundheit Beratungswochen für Eltern&Kinder und stehen mit ihrer Fachkompetenz in Zahn- und Kieferentwicklung für Fragen und Tipps zur Verfügung: Sie prüfen die Zahnentwicklung des Kindes und geben Eltern Empfehlungen, wie sie

eventuell vorhandene ungünstige Angewohnheiten und dahinter stehende Auslöser erkennen und in den Griff bekommen können. Unerkannte und unbehandelte Fehlfunktionen vor allem in der Wachstumsphase von Kiefer und bleibenden Zähnen führen oft bis in das Erwachsenenalter hinein zu gesundheitlich und psychisch relevanten Störungen. sp/pm

banden, die initial über Steife, Tremor oder Gleichgewichtsstörungen geklagt hatten, erkrankten im Verlauf des Follow-up signifikant häufiger an einem manifesten Parkinson-Leiden (HR für Steife 2,11; für Tremor 2,09 und für Gleichgewichtsstörungen 3,47). Die Erkenntnis aus diesen Resultaten könnte die Frühdiagnose fördern und auch zu einer früheren Therapie beitragen, so die ZNS-Depesche. sp/zns-dp

Multiple Sklerose**Töchter sind oft betroffen**

Die Multiple Sklerose (MS), auch Entmarkungskrankheit genannt, ist ein chronisch schleichendes Nervenleiden, dessen Ursachen noch immer nicht aufgeklärt sind. Sie ist durch schubartige Ausfälle sehr verschiedenartiger Nervenleistungen gekennzeichnet. Wie die „Münchener Medizinische Wochenschrift“ (MMW-FdM 33-34/2006 (148 Jg.).8) berichtet, leiden in Deutschland von 100 000 Einwohnern etwa 150 an MS. Jährlich kommen 3 000 Neuerkrankungen hinzu. Das Erst-erkrankungsalter liegt zumeist zwischen 25 und 35 Jahren.

Frauen sind zwei- bis dreimal häufiger be-

troffen als Männer. Eine wichtige Rolle spielt die Vererbung, berichtet die Ärztezeitschrift: „Jeder sechste MS-Patient hat einen oder mehrere betroffene Angehörige.“

Ein besonders hohes Risiko haben Töchter erkrankter Mütter: Jede 20. erkrankt ebenfalls an MS. Damit ist deren Risiko 50-mal so hoch wie im Bevölkerungsdurchschnitt.“ thy



Foto: pp

Moderate Raucher**Herzinfarktrisiko sinkt schneller**

Moderate Raucher, die den Zigaretten entsagen, haben schon nach ein paar Jahren kein erhöhtes Herzinfarktrisiko mehr. Wer bis zu zehn Zigaretten am Tag rauche, habe drei bis fünf Jahre nach dem Aufhören das zusätzliche Risiko vollständig abgebaut, berichten Salim Yusuf und Koon Teo von der McMaster-Univer-

sität in Ontario, Kanada, im britischen Medizinjournal „The Lancet“ (Bd. 368, S. 647). Starken Rauchern, die sich 20 Zigaretten und mehr am Tag anzündeten, wiesen die Forscher dagegen auch nach 20 Jahren ohne Tabakkonsum ein um 22 Prozent erhöhtes Infarktrisiko nach. Ex-Raucher oder Nichtraucher, die passiv mehr als 22 Stunden pro Woche Zigarettenqualm ausgesetzt sind, hatten laut Studie ein um bis zu 45 Prozent erhöhtes Risiko. Die Studie schloss 27 000 Menschen in 52 Ländern ein. Dabei entwarfen die Forscher die Untersuchung so, dass Nebeneffekte wie Diäten oder Alter möglichst keine Rolle spielten.

sth/dpa

Wünsche, Anregungen,  
Kritik? So erreichen Sie uns:

Zahnärztliche Mitteilungen  
Postfach 41 0169  
50 861 Köln  
Tel.: 0221-4001-252  
Fax: 0221-4001-253  
ISDN: 0221-40 69 386

■ Neue E-Mail-Adresse:  
zm@zm-online.de

Die Pläne des BMG zur PKV

## Knapp daneben ist auch vorbei

**„Mehr Wettbewerb braucht die Gesundheit“ dachten, forderten und beschlossen die Politiker. Der Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ist mit der ersten Lesung im Deutschen Bundestag in die zentrale gesetzgeberische Phase getreten. Und das bedeutet einiges.**

Als Wegbereiter „für eines der wichtigsten Reformvorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode“ lobte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Entwurf. Doch wehe dem, der ihn versteht. Dieser so nüchtern in der Bundestagsdrucksache Nr. 16/3100 veröffentlichte Gesetzesentwurf hat es in sich!

### Überflüssiger Systembruch

Die Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) etwa hat eine zentrale Bedeutung für die PKV: „Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten“, heißt es in § 12 VAG. Dieser Tarif muss den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sein.

Entsprechend soll er mit § 75 Abs. 3 SGB V neu in den Sicherstellungsauftrag des SGB V einbezogen werden: „Die KVen und die KBV haben auch die ärztliche Versorgung der in dem brancheneinheitlichen Basistarif ... Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Die Vergütung für die ärztlichen Leistungen ist in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung ... zu regeln. Die ärztlichen Leistungen sind mindestens so zu vergüten, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten...“. Denn angeblich hätten sich Betroffene über verweigerte Behandlung wegen dieses Tarifs beschwert und die neue Regelung solle solche Fälle ausschließen. Belegen lässt sich die vermeintliche Verweigerung durch valide Zahlen nicht. Die problematische Vermengung von GKV und PKV und der daraus folgende Systembruch bleiben also völlig überflüssig.

Der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ist kein einziger Fall bekannt, in der ein Standardtarifversicherter eine notwendige medizinische oder zahnmedizinische Behandlung nicht erhalten hat. Die überwiegende Zahl der Standardtarifversicherten wurde und wird problemlos behandelt. Obwohl das auf den 1,7-fachen Gebührensatz beschränkte Honorar deutlich unter der GKV-Vergütung liegt. Fest steht: Alle Zahnärzte und Ärzte behandeln problemlos und flächendeckend die GKV-Patienten zu den dortigen Vergütungen. Laut GKV-WSG muss der Leistungsumfang des Basistarifs künftig dem der GKV entsprechen und mindestens die Vergütung analog der Ersatzkassen ergeben. Wer sollte die Behandlung also verweigern?

Der Entwurf verpflichtet zudem die private Assekuranz, binnen sechs Monaten nach Start des Basistarifs freiwillige GKV-Versicherte ohne Risikoprüfung auf Antrag aufzunehmen. Sogar ohne Fristbegrenzung, sofern der Betreffende bei der PKV versichert war oder ist. Ablehnen darf ein Versicherer nur jene Antragsteller, deren Vertrag er zuvor wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten oder wegen arglistiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gekündigt hat. Der Weg zur Konkurrenz bleibt dieser Klientel damit ausdrücklich offen.

Die großzügigen Zugangsbedingungen öffnen jedoch dem Missbrauch Tür und Tor: Jedem mit Kalkül steht es frei, in guten Zeiten dem Versicherer den Rücken zuzukehren, um in Zeiten der Not bei der Konkurrenz „Asyl“ einzufordern. Fazit: Die treuen Versi-

cherten werden das unüberschaubare Risiko der Assekuranz-Hopper mittragen.

Das Ministerium begründet diese Großzügigkeit wie folgt: „Der Basistarif ist für bereits privat Krankenversicherte besonders interessant, die bislang Risikozuschläge zahlen müssen. Es ist allerdings möglich, dass sich eine negative Risikoselektion ergibt.“ Risikozuschläge, -ausschlüsse und Wartezeiten soll es nur noch für Leistungen geben, die über den Basistarif hinausgehen. Der Beitrag zum Basistarif ist gedeckelt, laut Kommentierung auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung, laut Gesetzestext auf 150 Prozent, allerdings einschließlich Ehegatten oder Lebensgefährten. Falls allein durch die Zahlung dieses Beitrags eine Hilfsbedürftigkeit entsteht, muss der Beitrag halbiert werden.



Foto: stockidisc

Auch bei der Mitnahme von Alterungsrückstellungen mimt der Basistarif die Basis: Auf seinen Umfang begrenzen sich die Ansprüche auf Portabilität beim Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherer. Darin liegt auch eine erhebliche Schwierigkeit für die Versicherer, wie das BMG einräumt, denn für Wechselwillige müssen fiktive Verläufe ermittelt werden. Für die Übertragung ist eine fünfjährige Übergangsfrist vorgesehen, während der 40 Jahre als Mindesteintrittsalter gelten. Für jüngere Versicherte wird sich daher kaum eine mitnehmbare Alterungsrückstellung ergeben und der Wechsel zumindest nicht allein wegen der Portabilität lohnen.

Fest steht, ein Basistarif unter den geschilderten Bedingungen vermischt die Prinzipien von PKV und GKV. Statt den Wettbewerb zu stärken, erschwert er ihn. In der gesamten PKV wird die Äquivalenz von Prämien und Versicherungsleistung verzerrt. Der PKV-Verband hat Gegenwehr angekündigt. Bei seiner Ankündigung einer „Vielzahl von Klagen von Versicherten und Mitgliedsunternehmen“ erfährt er Rückenstärkung durch diverse Rechtsgutachten.

René Krousky  
Justitiar der Bundeszahnärztekammer  
Chausseestraße 13, 10115 Berlin

*Außerordentlicher Ärztetag 2006 in Berlin*

## Dialogkultur statt Kommandomedizin

**Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag in Berlin am 24. Oktober 2006 hat der Bundesregierung vorgeworfen, mit der geplanten Gesundheitsreform die Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen und das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören. In einer Resolution forderten die 250 Delegierten des Sonderärztetages die Koalition auf, „den Reset-Knopf zu drücken“ und Mut zum Neuanfang in der Gesundheitspolitik aufzubringen.**

Wie schlecht es ist, wenn die Politik die Ruderer ihrer schwerfälligen Reform-Galeere über Bord wirft, das brachte der Außerordentliche Ärztetag im Oktober 2006 aufs Tapet. „Stoppen Sie diese Reform aus Verantwortung für unser Gesundheitswesen!“, appellierten die Ärztevertreter an Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel.

„Gemeinsam erreichen wir mehr“, eine im BMG beliebte Mahnung, machte sich die Ärzteschaft jetzt ihrerseits zur Waffe. Denn bis jetzt blieb die Selbstverwaltung bei den Beratungen weitestgehend außen vor, weil die Koalition den Sachverstand der Beteiligten für entbehrlich hält. Ein fataler Fehler mahnte Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK): „Ich möchte hier nur einige Punkte nennen, über die man durchaus diskutieren könnte, etwa über die Verbreiterung der Einnahmebasis der GKV nach der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten, die sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen oder auch die kostenfreie Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile.“ Man müsse auch diskutieren, ob es nicht sinnvoll sei, auch innerhalb der GKV ein System der Alterungsrückstellungen durch einen Gesundheitssoli sowie einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor über die Krankenversicherung der Rentner einzuführen. Vor allem ist die Politik selbst gefordert, den Missbrauch der GKV durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch die sogenannten Verschiebebahnhöfe zu beenden, umriss Hoppe die brachliegenden Felder, auf denen die Politiker gar nicht oder zumindest nicht in die richtige Richtung aktiv waren: „Das alles sind Projekte, die Sie gemeinsam mit uns

entwickeln können. Da haben Sie uns, da haben Sie alle im Gesundheitswesen Beschäftigten und die Kranken an Ihrer Seite. Wir sind bereit, uns einzubringen, konstruktiv und vor allem sachgerecht, damit wir die



*Unterstützung für die Anliegen der Ärzteschaft signalisierte auch Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, vor Ort, gegenüber seinem Amtskollegen Hoppe von der BÄK.*

Probleme offen und ehrlich diskutieren und dann auch gemeinsam handeln können. In einem Bundesgesundheitsrat könnten wir sachgerecht und transparent politische Entscheidungen im vorpolitischen Raum vorbereiten, Prioritäten unter sozialen, ethischen, ärztlichen sowie medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen Kriterien entwickeln und dann mit allen betroffenen Gruppen öffentlich diskutieren.“ Auf den Punkt brachte Hoppe das Anliegen der Mediziner, als er betonte, die Menschen

wollten eine gute Medizin haben, gute Ärzte und am medizinischen Fortschritt teilhaben können. „Deshalb auch brauchen wir ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung nach medizinischen Notwendigkeiten und nicht nach staatlichen Begehrlichkeiten. Wir sind keine Staatsmediziner und wir sind auch keine Rationierungsassistenten!“, unterstrich er die Bedeutung der Therapiefreiheit für die Niedergelassenen wie für die Kollegen in der Klinik und rügte die Pläne: „In Zukunft aber wird der Staat allein und

### Quintessenz der 1. Resolution des Außerordentlichen Ärztetages im Oktober 2006

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fassten der Außerordentliche Deutsche Ärztetag und die Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einstimmig umfangreiche Entschlüsse, deren Quintessenz die folgenden Punkte in Kürze wiedergeben:

- Die Budgets für Vertragsärzte sollen fallen.
- Keine Medizin mit Wartelisten und Leistungsausschlüssen.
- Das Sonderopfer von Krankenhäusern streichen.
- Das freiheitliche Krankenversicherungssystem erhalten.
- Mut zum Neuanfang – den Reset-Knopf drücken und mit den Beteiligten von Anfang an ein neues Konzept beginnen.
- Die Einnahmebasis der GKV verbreitern.
- Die Eigenbeteiligungsformen sozialverträglich erweitern.

- Familienversicherung Erwachsener auf erziehende Elternteile beschränken.
- Beiträge für die Versicherung von Kindern stabil über Steuern finanzieren.
- Altersrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezogenen Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner einführen.
- Für einen echten Wettbewerb die GKV modernisieren und die PKV stärken.
- Einen Gesundheitsrat einrichten, der im vorpolitischen Raum Themen sachgerecht und transparent aufbereitet.

*Interessierte finden die 1. Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2006 und der Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im vollen Wortlaut unter <http://www.bun- desaerztekammer.de/30/Aerztetag/11AO/03Beschluss/Top01/01.html>*

Beigeschmack einer politischen Intrige entpuppte.

Die staatlichen Eingriffe sowohl in den Wettbewerb zwischen GKV und PKV als auch in die Zuständigkeiten von Kassen und KVen, würden die Patienten belasten, er-

klärten die Ärzte-Vertreter unisono. Die flächendeckende Versorgung werde nachhaltig zerstört.

Unterstützung erfuhren die Ärzte-Vertreter für ihre Sache am Folgetag durch eine von BZÄK und KZBV, vom Apothekerverband

ABDA, der Krankenhausgesellschaft und GKV-Verbänden mitunterzeichnete Resolution, die im Wesentlichen die Forderungen des Deutschen Ärztetages widerspiegelt.

pit

BZÄK-Consilium zur Gesundheitsreform

## Staatsmedizin statt Wettbewerb

**Als eine Mogelpackung, auf der „Wettbewerb draufsteht und Staatsmedizin drinsteckt“, kritisierte das Consilium der Bundeszahnärztekammer die geplante Gesundheitsreform. Auf einer Pressekonferenz in Berlin bescheinigte das Gremium unabhängiger Wissenschaftler den Gesetzesplänen schwere Mängel, das Festhalten an verkrusteten Strukturen und mangelnde Stärkung der Eigenverantwortung.**



Foto: Lopata

Pressekonferenz des BZÄK-Consiliums zur Gesundheitsreform: Prof. Dr. Eekhoff, Prof. Dr. Wille, Dr. Dr. Weitkamp, Prof. Dr. Tiemann, Moderatorin Jette Krämer (BZÄK), Prof. Dr. Boecken und Prof. Dr. Wagner (v.l.n.r.)

„Der Wettbewerb zeigt sich nur im Verdrängen von Problemen“, charakterisierte der BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp die Reformpläne der Bundesregierung und stimmte in seinem Urteil mit dem des Consiliums unabhängiger Wissenschaftler der Bundeszahnärztekammer überein. Eine Stärkung des Wettbewerbs in der GKV sei von einem solchen Gesetz nicht zu erwarten, vielmehr zeigten sich immer mehr Verstaatlichungstendenzen. Weitkamps Befürchtung ist, dass die Freiberuflichkeit in Frage gestellt wird und der Weg direkt in den „Nationalen Gesundheitsdienst (NGD)“ führt.

Selten hat ein Gesetzgebungsverfahren so viel Streit hervorgerufen. Und mit seltener Einmütigkeit haben die Betroffenen – von den Verbänden der Leistungsträger, den gesetzlichen und privaten Krankenkassen bis hin zu Gewerkschaften und Arbeitgebervertretern – ihre Ablehnung so deutlich

bekundet. Eine Fülle gravierender Mängel bescheinigte das Consilium (siehe Kasten) dem geplanten „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)“ anlässlich seiner Pressekonferenz am 23. Oktober in Berlin. Die wesentlichen Knackpunkte sind aus Sicht der Wissenschaftler das Festhalten an einem nicht mehr zeitgemäßen Finanzierungssystem, das Fehlen eines echten Wettbewerbs zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen und der untaugliche Versuch, gesetzliche und private Leistungen über eine einheitliche Honorierung zu verschmelzen. Auch fehlen Anreize für Patienten zur verantwortungsvollen Eigenbeteiligung an den Kosten. Der Koordinator des Gremiums, Prof. Dr. Burkhard Tiemann, äußerte verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Hier seien Grundfragen der Freiberuflichkeit – wie Berufsaufnahme oder -beendigung – tangiert.

Außerdem wies er darauf hin, dass der für den Bund zuständige Sozialgesetzgeber zunehmend dazu übergehe, das den Ländern unterliegende Berufsrecht der Heilberufe zu usurpieren. Kritisch ging Tiemann mit den geplanten Regelungen zur Liberalisierung des Tarif- und Leistungserbringerrechts um: „Dies geschieht nur halbherzig oder unsystematisch“. Eine Absage erteilte Tiemann an Verstaatlichungsbestrebungen bei Organen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder den Krankenkassenverbänden.

Vehement gegen einen Basistarif in der PKV sprach sich Prof. Dr. Johann Eekhoff aus. Dies vermische die Prinzipien von GKV und PKV und verzerrte so die in der PKV übliche Äquivalenz von Prämien- und Versicherungsleistung. Die Unternehmen bekämen einen Anreiz, zwischen Versicherten mit unterschiedlichen Einkommen zu differenzieren. Der Wettbewerb werde durch solche Vorhaben nicht gestärkt, sondern geschwächt. Der für den Basistarif notwendige Risikostrukturausgleich stelle einen Fremdkörper im System der GKV dar.

### Vernichtend

Den Aspekt der Finanzierung in der GKV machte Prof. Dr. Eberhard Wille den Journalisten deutlich. Was diesen angehe, so vermöge der Gesetzesentwurf nahezu keine der bestehenden Schwachstellen zu beseitigen oder auch nur abzumildern, gab er zu bedenken. Sein Urteil war insgesamt vernichtend. Ein Festhalten an diesem System wäre „nicht nachhaltig, beschäftigungsfeindlich, wachstumshemmend, verteilungsgerecht und in hohem Maße intransparent.“ Wille rechnet – selbst bei moderaten Annahmen – bis zum Jahr 2008/2009 mit einer Steigerung des allgemeinen Beitragsatzes um 1,0 beziehungsweise 1,2 Prozentpunkte.

Auf die Änderungen im Vertragsarztrecht ging Prof. Dr. Winfried Boecken ein. Zwar werde hier der Wettbewerb unter den Vertrags(zahn)ärzten durch die Liberalisierung

## zm-Info

### Das Consilium der BZÄK

Der fünfköpfige wissenschaftliche Beirat der Bundeszahnärztekammer setzt sich aus namhaften Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammen: Prof. Dr. Winfried Boecken, Direktor des Seminars zur Rechtsentwicklung, Konstanz, Prof. Dr. Johann Eekhoff, Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik, Köln, Prof. Dr. Burkhard Tiemann, Professor für Verwaltungs- und Sozialrecht sowie Sozialmanagement, Köln, Prof. Dr. Wilfried Wagner, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Mainz, Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und Professor für Volkswirtschaftslehre, Mannheim. ■

der ärztlichen Berufsausübung gestärkt, jedoch würden dirigistische Elemente wie regionale Budgetierung oder Degression beibehalten. Das sei für eine liberalisierte Berufsausübung geradezu kontraproduktiv. Kritisch ging Boecken mit der Altersgrenzenregelung für die Berufsausübung um. Die Aufhebung der Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstzulassung und das Hinauschieben der Höchstaltersgrenze von 68 Jahren in Gebieten mit Unterversorgung zeige, wie beliebig die Festsetzung dieser Grenzen für die Berufsausübung eigentlich sei. Im Hinblick auf das EG-rechtliche Verbot der Altersdiskriminierung habe diese Regelung keinen Bestand und müsse aufgehoben werden.

### Eigenverantwortlich

Als wirksames Regulativ in der Finanzierung und Leistungsnachfrage im zahnärztlichen

Bereich sieht Prof. Dr. Wilfried Wagner die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten.

Gerade in der Zahnheilkunde, wo bei gleichem Ausgangsbefund eine Vielfalt möglicher Therapieformen bei gleichem Ausgangsbefund mit sehr unterschiedlichem Leistungsumfang denkbar seien, mache dies Sinn. Eine generelle Pauschalhonorierung sei deswegen unmöglich.

Wagner sprach sich für eine durchgängige Einführung der befundorientierten Festzuschüsse auf den gesamten restaurativen und parodontologischen Leistungsbereich aus. Leistungen zur Steigerung des subjektiven Kaukomforts oder der Ästhetik sollten aus der Gebührenordnung entfallen und privat abgesichert werden.

Sein Fazit: „Gerade in der Zahnmedizin empfiehlt sich eine konsequente Umsetzung oder zumindest sektorales Wahlrecht auf Kostenerstattung.“ pr

# DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG

## Erfurt 2006



**KZBV**



## Leistungsstark

Trotz gesundheitspolitisch schwieriger Zeiten und aktuell bevorstehender drastischer staatlicher Eingriffe in das nationale Gesundheitswesen: Der Deutsche Zahnärztag in Erfurt (23. bis 25. November 2006) steht im Zeichen der hohen Leistungsfähigkeit des Berufsstandes. Die Spitzenorganisationen der Zahnärzteschaft treten für die Kollegenschaft wieder einmal den Beweis an, dass zahnmedizinische Versorgung in Deutschland „erstklassig“ ist.

Ob DMS IV, freiwillige Fortbildung, Wahrnehmung gesellschaftlicher Verantwortung im Rahmen freiberuflich orientierter Selbstverwaltung, ob im weiten Feld der Qualitätssicherung oder auch durch freiwilliges Engagement in vielen Bereichen der Gesellschaft – Deutschlands Zahnärzteschaft agiert nach wie vor auf international wie auch national anerkannt hohem Niveau. Das jedenfalls dokumentiert die Programmatik der diesjährigen Veranstaltungen unter dem gemeinsamen Dach des Deutschen Zahnärztestages.

Die zm-Herausgeber Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, aber auch der Mitveranstalter Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stellen sich auf dem Deutschen Zahnärztag den großen Herausforderungen, die die demografische und medizinische Entwicklung in den kommenden Jahren schaffen wird. Die Zahnärzteschaft wird, wie in den zurückliegenden Jahren, ihre ganz spezifischen Antworten auf die gesundheitspolitischen Fragen entwickeln und sie im politischen und gesellschaftlichen Diskussionsprozess konsequent vertreten.

Mit unserem zm-Themenschwerpunkt zur Großveranstaltung möchten wir erste Orientierungshilfe und Einstimmung auf anstehende Themen bieten.

Ihre zm-Redaktion

*Standespolitik – Praxis – Wissenschaft*

### Die Highlights

#### Standespolitik

- Zentralveranstaltung der BZÄK mit Festakt
- Pressekonferenz von BZÄK, KZBV und DGZMK
- KZBV-Vertreterversammlung
- BZÄK-Bundesversammlung

#### Wissenschaft

- Kongress der DGZMK und DGP
- Workshops

#### Weitere Veranstaltungen

- 8. Thüringer Helferinnentag
- 7. Thüringer Zahntechnikertag
- Studententag

zm-Interview mit Dr. Fedderwitz, Prof. Dr. Dr. Meyer und Dr. Dr. Weitkamp

## Stellung beziehen, einvernehmlich handeln

**Der vierte Deutsche Zahnärztekongress (in Erfurt vom 23. bis 25. November 2006) lässt deutliche Positionen zur Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen erwarten. Zentralveranstaltung, BZÄK-Bundesversammlung, KZBV-Vertreterversammlung wie auch das wissenschaftliche Programm und die Hauptversammlung der DGZMK demonstrieren Richtung Politik und Gesellschaft berufspolitische Einheit und eine hohe Leistungsfähigkeit des Berufsstandes. Die zm sprachen mit den Organisationsspitzen Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Dr. Jürgen Fedderwitz und Prof. Dr. Dr. Georg Meyer über Stand, Selbstverständnis und Ausrichtung der Zahnärzteschaft im politisch so prekären Umfeld.**



**zm:** Zum vierten Mal veranstalten die großen Interessensvertretungen der Zahnärzteschaft gemeinsam den Deutschen Zahnärztekongress. Herr Dr. Weitkamp, hat sich dieses Großereignis in der Zahnärzteschaft inzwischen etabliert?

**Dr. Weitkamp:** Vieles spricht dafür. Dass wir bereits zum vierten Mal diesen Jahres-Event unter einem Dach umsetzen, bringt inzwischen auch andere ins Nachdenken. Ich jedenfalls bin überzeugt, dass die auch von außen gut wahrnehmbare Gemeinschaft des Berufsstandes uns gesellschaftlich wie politisch großen Nutzen bringt.

**zm:** Große Gemeinschaften scheinen – zumindest im Widerstand gegen die aktuellen Pläne der Bundesregierung zur Gesundheitsreform – wieder eine Rolle zu spielen. Aber trotz lautstarker und radikaler Proteste aus fast allen Teilen der Gesellschaft hat die große Koalition ihren Minimal-Konsens zur Gesundheitsreform retten und auf die politische Entscheidungsagenda heben können. Jetzt reden Teile der Ärzteschaft von Boykott. Wird die Zahnärzteschaft ähnliche Töne einschlagen?

**Dr. Weitkamp:** Man muss wissen, dass die Gemeinschaft, wie wir Zahnärzte sie seit Jahren kennen und praktizieren, sehr spezifisch ist. Eine so breit gefächerte, stark di-

versifizierte Interessenslage wie beispielsweise in der Ärzteschaft gibt es in unserem Beruf – trotz aller Spezialisierungsmöglichkeiten – nicht. Spezifisch ist aber auch, dass es eine Reihe gesonderter gesetzlicher Regelungen für Deutschlands Zahnärzte gibt. Sicherlich haben wir mit Allgemeinärzten eine gemeinsame Basis, auch die gemeinsame Überzeugung, dass die jetzt anstehenden Gesetze unglaublich stark Richtung Staatsmedizin drängen. Dennoch sind wir bereit, exakt zu differenzieren. Die Festzuschüsse zum Beispiel haben uns zumindest in einem Teilbereich andere Voraussetzungen geschaffen. Hier wird die Kostenerstattung für uns Freiberufler andere Möglichkeiten eröffnen.

**zm:** Festzuschüsse und Kostenerstattung sind „big Points“, die von der zahnärztlichen Phalanx in der politischen Diskussion gemeinsam vorangetragen werden. Die Festzuschüsse im Zahnersatz sind politisch mittlerweile in trockenen Tüchern und all-

gemein anerkannt. Das macht Mut. Herr Dr. Fedderwitz, wo geht es für die KZBV weiter?  
**Dr. Fedderwitz:** Ja, das Festzuschuss-System ist etabliert, jetzt geht es mehr um die Feinabstimmung: weniger kompliziert, dafür transparenter. Und sicher hier und dort eine überfällige Korrektur und Anpassung. Der ZE-Motor läuft zunehmend rund, davon sind inzwischen fast alle Beteiligten überzeugt. Wie der Festzuschuss-Motor in andere Karossen passt, müssen wir allerdings erst genau prüfen. Klar ist, dass wir mit den Festzuschüssen auf dem richtigen Weg sind. Aber in der aktuellen gesundheitspolitischen Großwetterlage ist für jedes denkbare Mo-



„Die Politik weiß, dass wir Flickenteppiche in der qualitativ und wissenschaftlich so starken zahnmedizinischen Versorgung nicht mittragen werden.“

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,  
Präsident der  
Bundeszahnärztekammer

dell anderer Festzuschussbereiche exakte Vorarbeit erforderlich. Die DMS IV (s. Titelstory dieser Ausgabe, Anm. der Redaktion) zeigt, welche Herausforderungen wir in den kommenden Jahren annehmen müssen.

Der Kampf gegen die Karies ist eine beeindruckende Erfolgsgeschichte, den gegen Parodontitis müssen wir mit vereinter Kraft verstärkt angehen – auch indem wir den Gesetzgeber überzeugen, dass er mit den bisherigen Antworten der GKV'en zu diesem Thema nicht mehr zurecht kommen wird.

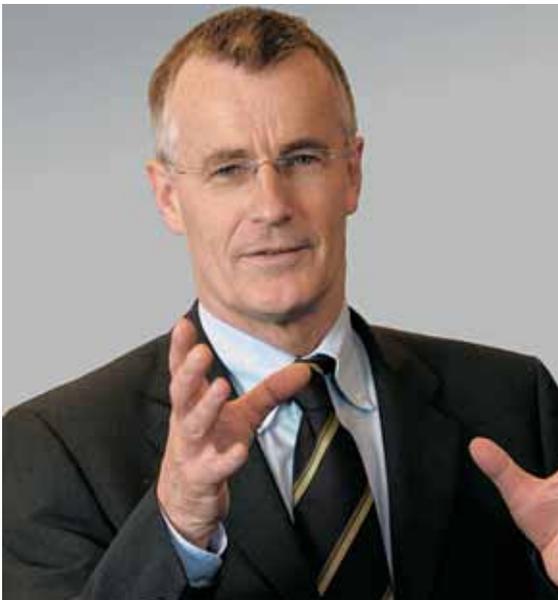
**zm:** Herr Prof. Meyer, der diesjährige wissenschaftliche Kongress der DGZMK unter dem Generalthema „Entscheidungsfindung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ stellt auch für den Bereich der Parodontologie den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Diskussion. Die in Zusammenarbeit von BZÄK, KZBV und Wissenschaft erstellte Neubeschreibung der Zahnheilkunde stellt den Stand der Möglichkeiten dar. Sind

ten ZMK konkret an? Unser Kongressthema zum DZT „Entscheidungsfindung in der ZMK“ lässt sich deshalb auch als Anspruch an die Regierung übertragen, auch wenn es sich in Erfurt natürlich auf diagnostische und therapeutische Themenbereiche bezieht. Die zahnmedizinische Wissenschaft unterstützt inzwischen die Berufspolitik nach besten Kräften – und das war nicht immer so.

hohe Qualität ist nicht zum Nulltarif einzustreichen.

**zm:** Der Gesetzgeber will seine Schranken für andere Praxisformen und auch die Bildung von Praxisketten künftig aufheben. Wird mit diesen Plänen ein Dammbbruch der herkömmlichen Versorgungsstrukturen eingeleitet?

**Dr. Fedderwitz:** Wir haben jedes Bemühen der Politik nach mehr Liberalisierung und Flexibilisierung begrüßt und unterstützt. Jetzt scheint der Gesetzgeber auf halbem Wege stecken zu bleiben: Wer Zweigpraxen KZV-übergreifend will, muss konsequenterweise auf Schraubzwingen wie Budgets und Degression verzichten. Wer Praxisketten zulassen will, entscheidet sich auch für einen Einzug von grundkapitalgesteuerten Versorgungsformen.



Fotos: Lopata

„*Der Kampf gegen die Karies ist eine einzigartige Erfolgsgeschichte, den gegen Parodontitis müssen wir mit vereinter Kraft verstärkt angehen.*“

*Dr. Jürgen Fedderwitz,  
Vorsitzender der KZBV*

**zm:** Einig sind sich Wissenschaft, BZÄK und KZBV, dass die Neubeschreibung und die daraus resultierenden Positionen die eigentliche Maßgabe für die zahnärztliche Versorgung darstellen müssen. Halten diese Maßstäbe Eingang in die anstehende Novellierung der



Deutschlands Zahnärzte für die künftigen Herausforderungen gut gerüstet?

**Prof. Dr. Meyer:** Soweit es rein fachlich das synergetische Zusammenwirken von Wissenschaft und Berufspolitik betrifft sowie den notwendigen Wissenstransfer zwischen den Hochschulen und den Praxen, sehe ich derzeit keine Defizite. Den weiteren Herausforderungen durch die Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik des Bundes für die Praxis und die der Kultusminister für die Hochschulstandorte stehen die drei großen Organisationen der deutschen Zahnmedizin jedenfalls in sich geschlossen gegenüber. Die politische Akzeptanz etwa der gemeinsam erstellten Neubeschreibung der ZMK wird sich jedoch erweisen müssen, da sind dann mehr als bloße Lippenbekenntnisse gefragt. Wie weit erkennt Politik die von uns eingebrachten und wissenschaftlich abgesicherten Leistungsbeschreibungen im Bereich einer präventionsorientier-

GOZ, Herr Dr. Weitkamp?

**Dr. Weitkamp:** Wir haben aus der Neubeschreibung das Verzeichnis zahnärztlicher Leistungen ganz innovativ entwickelt und diese auf Basis einer präventionsorientierten Zahnheilkunde erstellte Leistungsbeschreibung in die derzeitige Diskussion eingebracht. Die Politik, die jetzt am Zug wäre, hat sich noch nicht eindeutig und abschließend geäußert, wie sie mit dieser auf wissenschaftlicher Basis erstellten Neukonzeption umgehen will.

Auffällig ist, dass die Arbeitsgruppe GOZ im Bundesgesundheitsministerium sich in diesem Umfeld gegenwärtig recht starr zeigt. Die Politik weiß, dass wir Flickenteppiche in der qualitativ und wissenschaftlich so starken zahnmedizinischen Versorgung nicht mittragen werden. Diese anerkannt

„*Die Rahmenbedingungen an den Hochschulen werden immer unattraktiver.*“

*Prof. Dr. Dr. Georg Meyer,  
Präsident der Deutschen  
Gesellschaft für Zahn-, Mund-  
und Kieferheilkunde*

Wir als Interessensvertreter dürfen diese Wege nicht verbauen, müssen aber vor allem auch darauf achten, dass die normalen Praxen im Wettbewerb bestehen

können. Letztlich darf ein Zahnarzt in der Ausübung seiner zahnmedizinischen Tätigkeit nicht durch Dritte eingeeengt werden. Deshalb gilt es, weitere, rein ertragsmotivierte Übergriffe Dritter auf die Therapiefreiheit und das Direktverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zu verhindern.

**Dr. Weitkamp:** Entscheidend ist, dass der Beruf des Zahnarztes ein freier Beruf bleibt. Der freiberuflich tätige Zahnarzt in eigener Praxis hat hier das Anrecht auf Unterstützung, damit er in diesem politisch initiierten und gewollten Wettbewerb mit ebenso langen Spießern ausgerüstet ist wie seine jetzt herbeigerufenen Wettbewerber.

**zm:** Der in der zahnmedizinischen Versorgung vom Gesetzgeber provozierte – angesichts der politischen Rahmenbedingungen eher ‚unlautere‘ – Wettbewerb schafft in den Praxen neue Druckelemente. Deutschlands Universitäten haben auf Grund der stiefmütterlichen Bildungspolitik seit Jahren zu kämpfen. Herr Prof. Meyer, wird

diesem Jahr Rekordwerte der unmittelbaren Nachkriegszeit. Und darunter sind sowohl gut ausgebildete Zahnmedizinerinnen und –mediziner als auch hochqualifizierte Lehrstuhlinhaber, die in jüngerer Vergangenheit ins Ausland gegangen sind oder das konkret planen. Allein aus Greifswald sind mir zwei Fälle bekannt: ein junger Zahnmedizin-Professor ist nach London gewechselt, ein Privatdozent hat kürzlich eine Stelle an einer australischen Universität angenommen. Etliche gut ausgebildete Zahnärztinnen und –ärzte hat es in die skandinavischen Länder oder nach Großbritannien gezogen. Einen solchen Kompetenz-Exodus können wir bei Lehrstuhlinhabern nur für wenige

ten. Die zahnärztliche Praxis wird damit schon im Jahr 2007 mit ganz anderen Voraussetzungen konfrontiert. Herr Dr. Weitkamp, welche Hilfen für den Praxisalltag erhoffen Sie sich vom diesjährigen Deutschen Zahnärztetag?

**Dr. Weitkamp:** Die Delegierten werden sich den aus dem Gesetzeswerk erwachsenden Fragen stellen, die Implikationen diskutieren und, so erwarte ich es, klare Positionen beziehen, die uns in unseren Verhandlungen mit der Politik unterstützen. Was der Gesetzgeber diesmal aufzischt, ist eine eindeutige Kursänderung Richtung Staatsmedizin. Das erfordert deutliche Kritik und Widerstand. Wir dürfen als freiberufliche Zahnärzte nicht unreflektiert nur allgemeinen Protest artikulieren. Kritik ja, auch Verweigerung, aber da, wo sie für unsere spezifischen Verhältnisse sinnvoll ist. Wo sich – wie in den Übergriffen auf das PKV-System – ein gesetzgeberischer Kahlschlag abzeichnet, brauchen wir klaren Widerstand auf der einen, aber auch eine dezidierte Aufklärung über die Folgen auf der anderen Seite.

**Dr. Fedderwitz:** Gegenwärtig sind die Absichten des Bundesgesundheitsministeriums, ein Einheitssystem unter strikter staatlicher Kontrolle zu schaffen, auch in der Politik noch nicht ausdiskutiert, die Tore für Auswege aus dem Desaster also noch nicht endgültig geschlossen. Es ist unsere Pflicht, in Erfurt die gegenwärtige Situation einer nüchternen Analyse zu unterziehen und daraus Handlungsmaximen für unser direktes, aber auch für unser mittel- und langfristiges Handeln zu entwickeln. Bisher haben Deutschlands Zahnärzte immer ihren eigenen, spezifischen Weg durch den Dschungel staatlicher Reglementierungen genommen – das aber in ausdrücklicher berufspolitischer Einheit auf Bundes- wie auf Landesebene. Dieser Weg war oft individuell, aber bisher weitgehend erfolgreich. Hier muss auch Erfurt entsprechende Signale setzen.

**zm:** Wir danken Ihnen für das Gespräch.



*Neue Gesetze schaffen andere Herausforderungen für die Zahnarztpraxis.*

Foto: stockdisc

Deutschlands zahnmedizinische Forschung und Wissenschaft die Sparmentalität von Staat und Ländern aushalten und sich international behaupten können?

**Prof. Meyer:** Nein, ich fürchte, das wird sie nicht. Und wir brauchen uns gar nicht in die Zukunft zu flüchten, bei Licht besehen halten unsere zahnmedizinischen Hochschulstandorte diesen würgenden Sparstrumpf mit einer ausufernden Bürokratie und der mangelnden Flexibilität des Öffentlichen Dienstes schon heute nicht mehr aus. Frustrierte Kollegen suchen da über kurz oder lang das Weite. Die Auswanderungszahlen aus Deutschland insgesamt erreichen in

Jahre kompensieren. Wenn das so weitergeht, hängen andere Länder uns in Forschung und Wissenschaft ab – mit unseren dann ehemals eigenen Leuten. Und hinzu kommt: Die Rahmenbedingungen an den Hochschulen werden immer unattraktiver, beispielsweise durch deutliche Rückstufung der Gehaltsgruppen, Stellenkürzungen und Erhöhungen der Lehrdeputate. Zugleich wird das Ringen um Forschungsmittel immer härter.

**zm:** Die große Koalition will mit einem Wust an Neuordnungen über unterschiedliche gesetzliche Schienen das GKV-Sachleistungssystem über die nächsten Jahre ret-

■ **Das Interview führte zm-Chefredakteur Egbert Maibach-Nagel**

Sehenswertes in Erfurt

## Bilderbuch Deutschlands

**Erfurt schlug schon Johann Sebastian Bach, Martin Luther und Goethe in seinen Bann. Der Schriftsteller Arnold Zweig nannte es ein „Bilderbuch der deutschen Geschichte“. In der Tat hat die Stadt an der Gera einiges zu bieten – architektonisch, historisch und kulinarisch.**



Foto: Tourismus-Gesellschaft Erfurt/Neumann

Die Krämerbrücke

Einem Engländer verdankt Erfurt seine erste schriftliche Erwähnung: dem katholischen Missionar Bonifatius. Im Jahr 742 bat er Papst Zacharias in einem Brief, „Erphesfurt“ als seinen Bischofssitz zu bestätigen. In den folgenden Jahrhunderten entwickelte sich die heutige Landeshauptstadt Thüringens – dank der günstigen Lage an alten Handelsstraßen – zu einem Zentrum für Wirtschaft und Kultur. Von den Zeugnissen dieser Blütezeit profitieren Gäste der Stadt bis heute.

### Per pedes durch die Stadt

Über den Dächern von Erfurt befindet sich ein möglicher Startpunkt für Spaziergänge durch die mehr als 1 260-jährige Stadt: der Petersberg. Von dort können Besucher nicht nur einen wunderbaren Ausblick genießen, auf der Anhöhe gibt es außerdem die Zitadelle Petersberg zu entdecken, eine fast vollständig erhaltene barocke Festungsanlage aus dem 17. Jahrhundert. Nur einen Steinwurf entfernt liegt das Kirchenensemble Mariendom und St. Severi. Im mittleren Turm des Doms hängt die „Gloriosa“, die größte frei schwingende mittelalterliche

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG  
Erfurt 2006

Glocke der Welt. Zu hören ist sie allerdings nur an hohen kirchlichen Festtagen.

Als zweiter Ausgangspunkt für Entdecker bietet sich der Anger, der Stadtplatz im Zentrum Erfurts, an. Dort steht, mit leuchtend gelber Fassade, das Angermuseum. Es beherbergt unter anderem Landschaftsmalereien aus dem 19. und 20. Jahrhundert. Wer weiter in Richtung Rathaus wandert, sollte die Gera über die berühmte Krämerbrücke passieren. Sie ist die längste durchgehend bebaute Brücke Europas. Auf 120 Metern Länge und 18 Metern Breite finden 32 Häuser Platz.

### Geschichte für Genießer

Wer die Stadtgeschichte lieber bei leckerem Essen erkunden möchte, kann sich auf eine kulinarische Zeitreise begeben. Verschiedene Lokale bieten Spezialmenüs wie das „Bankett nach Art des Doktor Luther“ an. Bei deftigen Speisen berichtet der Reformator über sich, die Frauen und die Tischsitten zu seinen Lebzeiten. Feinschmecker, die sich

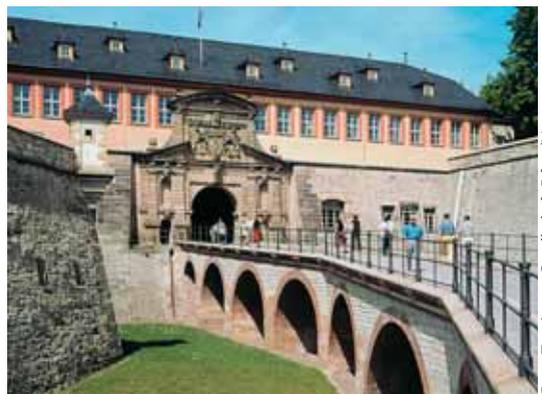


Foto: Tourismus-Gesellschaft Erfurt/Neumann

Die Zitadelle Petersberg

eher für Johann Sebastian Bach interessieren, kommen bei „Genießen wie zu Bachs Zeiten“ auf ihre Kosten – kulinarisch und musikalisch. Für beide Bankette liegt die Mindestteilnehmerzahl bei 25 Personen (Preise: 46 und 35 Euro). Wer es privater mag, kann sich beim „Goethe-Dinner im Kerzenschein“ verwöhnen lassen (Preis: 39 Euro). Informationen zu allen Angeboten gibt es unter der Telefonnummer 0361/66 40 230.

Bei einem abendlichen Kneipenspaziergang durch die Altstadt können Erfurt-Besucher den Tag gemütlich ausklingen lassen. Mindestteilnehmerzahl für diese geführte Tour ist 15 Personen (Preis: 13 Euro). Informationen unter 0361/66 40 120. Mitgehen lohnt sich für alle, die gerne einen Schluck des – nach Geheimrezept zubereiteten – Thüringer Kräuterlikörs probieren möchten. sth

### i Kontakte

**Tourist-Information:** 0361/66 40 0  
**Stadtführungen:** 0361/66 40 120  
**Ticket-Service:** 0361/66 40 100  
**Taxiruf:** 0361/66 66 66  
**Busse und Bahnen:** 0361/19 44 9  
**Kinderbetreuung:** 0941/942799-0  
**Anfahrt Messe:** [http://www.messe-erfurt.de/de/service\\_anreise.html](http://www.messe-erfurt.de/de/service_anreise.html)

zm **Leser service**

Weitere Infos zu Erfurt können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

### Zentralveranstaltung

## Auftakt zum Großereignis

Die Zentralveranstaltung mit Festakt zum Deutschen Zahnärztetag im historischen Kaisersaal der Stadt Erfurt stellt den Auftakt zum zahnärztlichen Großereignis des Jahres dar. Thematisch wird sich die Veranstaltung ganz deutlich zur Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen positionieren. Im Mittelpunkt steht der Festvortrag von Prof. Dr. Günter Neubauer zum Thema „Gesundheitsreform 2006 auf dem Prüfstand“. Politische Repräsentan-

ten werden ihre Standpunkte auf dem Zahnärztetag präsentieren. Ein Vertreter der thüringischen Landesregierung wird die zahnärztlichen Gäste in seinem Bundesland begrüßen. Weitere Grußworte sprechen der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Dr. Klaus-Theo Schröder, und der FDP-Bundestagsabgeordnete RA Heinz Lanfermann. Dr. Dr. Jürgen Weitkamp,

Präsident der Bundeszahnärztekammer, wird in seiner Grundsatzzrede die Rolle der Freiberuflichkeit in Bezug auf die geplan-

ten gesetzlichen Einschränkungen vorstellen. Die Sicht der Vertragszahnärzteschaft wird der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen

Fedderwitz in seinem Grußwort darlegen. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, wird auf die Konsequenzen der Reform aus wissenschaftlicher Sicht eingehen.

Ehrungen verdienter Standespolitiker sowie ein musikalisch ansprechender Rahmen runden die Veranstaltung ab.

pr

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG  
Erfurt 2006



Foto: Kaisersaal

### Wissenschaft und Fortbildung

## Zeichen setzen

Das wissenschaftliche Programm des diesjährigen Deutschen Zahnärztetages steht wie immer ganz im Zeichen der Fortbildung für Niedergelassene. Zeitgleich wird der Zahnärztetag mit der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) abgehalten. Die „Entscheidungsfindung in der

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ bestimmt das Programm. Dabei werden mit Blick auf den Praktiker thematische Schwerpunkte in den Bereichen Parodontologie aktuell, Basisdiagnostik und Risikoeerkennung sowie Therapieziele und -strategien gesetzt.

Neben den Hauptvorträgen werden Kurzvorträge aus den universitären Forschungsschmieden Neues zum Thema berichten so-

wie mit Posterdemonstrationen zum Teil bahnbrechende Ergebnisse, die auch für den Praktiker relevant sind, präsentieren. Zusätzlich werden moderne Kommunikationstechniken, wie Video on demand, die Zuschauer wie in den letzten Jahren direkt in das Geschehen einbinden, so dass sie interaktiv „mitarbeiten“ können. Hochwertige Workshops, wie sie auch von der Akademie und Wissenschaft (APW) bekannt sind, festigen die Themenschwerpunkte intensiv. Eine große Dentalschau rundet das Programm ab. Zusätzliche Angebote wenden sich speziell an Assistenzberufe, Zahntechniker, Kieferorthopäden und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Nicht zu vergessen die Studenten der Zahnmedizin – Näheres siehe rechte Seite. DGZMK-Mitglieder treffen sich am Freitag um 17:00 Uhr zur Hauptversammlung, um die Geschicke der Gesellschaft mitzubestimmen.

sp

### Hochkarätiger Festredner

## Auf dem Prüfstand

„Gesundheitsreform 2006 auf dem Prüfstand“ – diesen Titel wählte der Universitätsprofessor Dr. rer. pol. Günter Neubauer, Bundeswehruniversität München, für seine Festrede bei der



Foto: Lopata

Zentralveranstaltung auf dem Deutschen Zahnärztetag in Erfurt. Und er weiß wovon er redet. Als Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik und langjähriges Mitglied der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages hat er Einblicke gewonnen in die verzwickten Geldflüsse im Gesundheitswesen, die zu Leistungsreduzierung und Sparzwang führen.

pit



Foto: zm/DGZMK

Bundesversammlung der BZÄK**Im Fokus: die Reform**

Die politische wie gesellschaftliche Rolle der Zahnärzteschaft im Zeichen der Gesundheitsreform und die aktuellen Belange des Berufsstandes werden im Mittel-

chen Positionen vornehmen. Auf der Tagesordnung steht ein Impulsreferat von Prof. Dr. Winfried Boecken zu „Fragen der Berufsausübung in Form einer juristischen Person des privaten Rechts“.

BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich wird den neuen Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vorstellen.

Über das aktuelle Gutachten zur betriebswirtschaftlichen Bewertung einer neuen GOZ wird Dr. Peter Engel, Vorsitzender des Senats für Privates Leistungs- und Gebührenrecht der BZÄK, referieren.

pr



Foto: Lopata

Vertreterversammlung der KZBV**Gesundheitspolitik und ihre Folgen**

Um die Konsequenzen der Gesundheitsreform für die vertragszahnärztliche Versorgung wird es in den Debatten der Delegierten auf der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gehen. Auf der Themenliste stehen in erster Linie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz.

Der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, wird eine aktuelle Standortbestimmung vornehmen, die politische Lage umreißen und damit seine Impulse für die Diskussionen und eingebrachten Anträge

auf der Vertreterversammlung geben.

Die beiden Vize-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer und Dr. Günther E. Buchholz werden aus



Foto: Lopata

ihren Ressorts den Delegierten berichten und ihnen Gelegenheit zu vertiefenden Debatten bieten. Beratungen über Satzungsfragen sowie über den Haushalt runden die Veranstaltung ab.

Zahnmedizin Studententag 2006**Quo vadis im und nach dem Studium**

Wie das Studium organisieren, was wird danach kommen – auf diese Kernfragen vieler Studenten will der diesjährige Deutsche Zahnmedizin Studententag am 23. November in Erfurt eine Antwort geben.

Die International Association of Dental Students (IADS) und der Bundesverband der Zahnmedizinstudenten in Deutschland e.V. (BdZM) bieten Vorträge und Workshops, um über eine schlüssige Planung des Studiums zu informieren.

Die Inhalte reichen von der Wahl der Universität über die inhaltliche Schwerpunktsetzung im Studium bis hin zum Auslandsaufenthalt oder postgradualen Studiengang.

Darüber hinaus stellen prominente Vertreter der zahnärztlichen Institutionen die wichtigs-

ten Standesorganisationen und -verbände vor und informieren über den Berufsstart.

Treffen am Rande**Zahnärztinnen koordinieren sich**

Anlässlich der Bundesversammlung findet am Freitag, dem 24.11.2006 in der Mittagspause ein Treffen der Vertreterinnen der Länderabgeordneten des Ausschusses für die Belange der Zahnärztinnen in der BZÄK statt.

Einzelne Projekte der Länder werden erörtert. Im Fokus steht die Rentenfrage, die Anerkennung der Kindererziehungszeit sowie Teilzeit und Probleme rund um den Wiedereinstieg nach der Kinderpause.

Arbeitskreis Geschichte**Herbsttreffen in Erfurt**

Das Herbsttreffen des Arbeitskreises Geschichte der Zahnheilkunde der DGZMK findet in Kooperation mit dem wissenschaftlichen Kongress statt. Am 24. November gibt es um 15 Uhr eine Führung durch die Bibliothek des Evangelischen Ministeriums im Augustinerkloster Erfurt. Am 25. November steht von 10 bis 13 Uhr der Workshop auf dem Programm:

■ Prof. Dr. Hans-Jörg Staehle: „Hermann Euler und Otto Riesser im Spannungsfeld zwischen Wegbereitung und Folgen nationalsozialistischer Politik“

■ Dr. Dr. Lars Dessau: „Zur Entwicklung der Universitätskliniken für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Deutschland: Eine Chronik (1907 – 2000)“

■ Dennis-Julian Koenen „Kno-



Foto: März

chenerersatz – gestern und heute“

pr/akgz

■ **Kontakt für Anmeldungen und weitere Details: Dr. Wibke Knöner, Vorsitzende des Arbeitskreises Geschichte der Zahnheilkunde der DGZMK**  
Tergartenstraße 29  
30559 Hannover  
Tel. 0511/514637  
wknoener@web.de

# Terminübersicht

### Standespolitisches Programm

**Mittwoch, 22. November 2006**

■ **Vertreterversammlung der KZBV,**  
Grand Hotel am Dom, 14.00 Uhr

**Donnerstag, 23. November 2006**

■ **Vertreterversammlung der KZBV,**  
Grand Hotel am Dom, 9.15 Uhr

\* \* \*

**Freitag, 24. November 2006**

■ **Zentralveranstaltung des Deutschen Zahnärztetages, Festakt,**  
historischer Kaisersaal der Stadt Erfurt, 9.00 Uhr

■ **Gemeinsame Pressekonferenz**

BZÄK, KZBV, DGZMK, DGP und LZK Thüringen, 12.30 Uhr

■ **Festabend in der Oper Erfurt,**

19.00 Uhr

\* \* \*

■ **Bundesversammlung der BZÄK,**

Kongresszentrum Messe Erfurt,  
Freitag, 14.00 Uhr

**Samstag, 25. November 2006**

■ **Bundesversammlung BZÄK,**  
Kongresszentrum Messe Erfurt, 9.00 Uhr

### Weitere Veranstaltungen

■ **Studententag**

Donnerstag, 9.30 Uhr bis 17.45 Uhr

■ **8. Thüringer Helferinnentag**

Freitag, 14.00 bis 16.00 Uhr

Samstag 9.15 Uhr bis 15.30 Uhr

■ **7. Thüringer Zahntechnikertag**

Samstag, 9.00 Uhr bis 14.30 Uhr



### Wissenschaftliches Hauptprogramm

**Donnerstag, 23. November 2006**

■ **DGP-Mitgliederversammlung**  
16.15 – 17.45 Uhr

■ **Eröffnung ab 18.30 Uhr**

Historischer Kaisersaal der Stadt Erfurt,  
Festredner Prof. Dr. Kurt Biedenkopf, Preisverleihungen und Ehrungen der DGZMK,  
anschließend Get-Together-Party

**Freitag, 24. November 2006**

**Parodontologie aktuell**

**9.00 – 10.30 Uhr, Video on demand**

- Deckung multipler Rezessionen mittels Verschiebelappentechnik und Emdogain®, Heinz (Hamburg)
- Chirurgische Kronenverlängerung, Wachtel (München)
- Regenerative Parodontitistherapie intraossärer Defekte, Jepsen (Bonn)

**9.00 – 10.30 Uhr, Kurzvorträge**

**9.00 – 11.00 Uhr**

Symposium GABA:

**Diagnostik, mechanische und chemische Plaquekontrolle – ein integriertes Konzept für Ihre Parodontalpatienten**

**11.15 – 12.30 Uhr**

**Kurzvorträge/ Praktikerforum**

**13.30 – 15.30 Uhr**

Symposium GlaxoSmithKline:

**Patient im Fokus: Zahnerosion – moderner Lifestyle und Patientenzufriedenheit als Herausforderung für die Praxis Basisdiagnostik und Risikoerkennung**

**13.30 Uhr – 15.30 Uhr**

**Entscheidungsfindung Diagnostik**

- Medizinische Befunde, Kirch (Dresden)
- Oralmedizin, Reichert (Regensburg)
- Psychologie, Jöhren (Bochum)
- Röntgen, Becker (Düsseldorf)

**16.00 – 17.30 Uhr**

**Entscheidungsfindung Diagnostik**

- Karies, Noack (Köln)
- Parodontitis, Jepsen (Bonn)
- Funktion, Luthardt (Dresden)
- Basisdiagnostik – ein Praxiskonzept, Beck (Regensburg), Wachtel (München)

■ **Hauptversammlung der DGZMK**

**16.30 Uhr**

**Samstag, 25. November 2006**

**Therapieziele und Therapiestrategie**

**9.00 – 10.30 Uhr**

**Falldiskussion (4 Therapiealternativen) mit TED-Abfrage**

Hoffmann (Dresden), Luthardt (Dresden), Schultze-Mosgau (Jena), Wachtel (München), Beck (Regensburg)

**11.15 – 12.00 Uhr, Praktikerforum**

**12.00 Uhr – 13.00 Uhr, Feierliche DGP-Preisverleihung und Ehrungen**

**13.00 – 14.45 Uhr**

**Entscheidungsfindung in der Endodontie**

- Wann ist eine Wurzelkanalbehandlung indiziert? Heidemann (Frankfurt)
- Chirurgische Endodontie, Kunkel (Mainz)
- Endodontische Therapie vs. Implantattherapie, Löst (Tübingen)
- Integrierte Endodontie im Praxiskonzept, Richter (München)

**15.15 Uhr – 17.15 Uhr**

**Alterszahnheilkunde**

- Demografie, Walter (Dresden)
- Individualisierte Therapieziele, Stark (Bonn)
- Vom festsitzenden zum herausnehmbaren Zahnersatz, Müller (Genf)
- Therapie Pflegebedürftiger, Nitschke (Leipzig)
- Paraprothetik – ein modernes Praxiskonzept für jedes Lebensalter, Brägger (Bern)

*Täglich finden zusätzlich Workshops zu diversen Themen statt. Mehr Details zum Programm unter: <http://www.bzaek.de> und <http://www.dgzmk.de>*

ZÄT in Stuttgart zur Psychosomatik

## Keine Angst vor schwierigen Fällen

**Passen bei einem Patienten Diagnose und Befinden nicht zusammen, heißt es für Zahnärzte: Aufmerksam werden! Hinter dem scheinbaren Widerspruch steckt möglicherweise ein psychisches Problem. Der richtige Umgang mit solchen schwierigen Fällen war Thema auf dem Landeszahnärztetag Baden-Württemberg mit dem Schwerpunkt Psychosomatik in der Zahnheilkunde.**



Foto: Stuttgart Marketing

Psychosomatik in der Zahnheilkunde, Münster, in seinem Vortrag. Welchen möglichen Effekt ein gestörtes seelisches Gleichgewicht auf die Mundgesundheit hat, zeigte der Mediziner anhand von Videoaufzeichnungen aus seiner Sprechstunde. „Wenn ich die Prothese einsetze, fängt der Horror an“, beklagte sich eine Patientin über den ständigen bitteren Geschmack in ihrem Mund. Die Beschwerden hät-

„Wir alle kennen die Situation: Ein Patient klagt über orofaziale Schmerzen, aber eine organische Ursache für die Beschwerden lässt sich nicht feststellen“, umriss Dr. Udo Lenke, Präsident der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK BW), die Problematik. Die Liste der Leiden ist lang: Chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen, bitterer Geschmack im Mund, Schleimhautbrennen, Bruxismus. Die Kommunikation mit den betroffenen Patienten sei kompliziert, erklärte Lenke, die Entscheidung, wann die Grenzen der zahnmedizinischen Behandlung erreicht sind, schwierig. Der Herausforderung müssen sich Zahnärzte aber stellen, denn die Wahrscheinlichkeit, auf einen Patienten mit somatoformen Störungen zu treffen, ist groß: Jeder vierte Deutsche leidet an einer psychischen Erkrankung, jeden zehnten plagen Depressionen und Ängste.

### Dann fängt der Horror an

„Gedanken und Gefühle können das Schmerzempfinden beeinflussen“, betonte Prof. Dr. Stephan Doering vom Lehrstuhl



Betonten, wie wichtig psychosomatische Kenntnisse für die Zahnheilkunde sind: Kammerpräsident Dr. Udo Lenke (li.) und BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp bei der Eröffnungsfest in Stuttgart.



Foto: IZZ

ten nach einer Prothesenunterfütterung eingesetzt, gab sie an. „Eine zahnmedizinische Ursache dafür ließ sich nicht finden. Es stellte sich jedoch heraus, dass die Frau in der Vergangenheit depressive Episoden hatte“, berichtete Doering.

Psychosomatische Störungen zu erkennen und betroffene Patienten darauf anzusprechen, stellt laut den Referenten in Stuttgart für viele Zahnärzte ein Problem dar. Ihre Hemmungen müssten sie jedoch überwinden, denn nur so lässt sich ihrer Ansicht nach vermeiden, dass Patienten einer falschen Fährte folgen und von Praxis zu

Praxis ziehen. „Suchen Sie das Gespräch“, riet Doering – auch wenn die Gefahr bestehe, dass der Betroffene die Behandlung abbreche.

Um die Patienten nicht zu verprellen, empfahl Prof. Dr. Ulrich Egle den Anwesenden, im Gespräch das Wort „Psyche“ zu vermeiden. „Patienten befürchten dann sofort, als Simulant zu gelten. Benutzen Sie den Begriff „Stress“. Den kann man heutzutage ohne Scham haben“, erklärte der ärztliche Direktor einer Klinik für Psychosomatik. Auch er betonte, wie wichtig es sei, schnell einzugreifen. Denn schon nach drei Monaten kommt es zu einer Chronifizierung von Schmerzen – und die kann nur schwer wieder rückgängig gemacht werden.

### Empfindsames Organ

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK, lobte in seinem Grußwort die Entscheidung der LZK BW, das Thema Psychosomatik in den Mittelpunkt des Zahnärztetags zu stellen. Es sei wichtig, dass Zahnärzte die Mundhöhle als besonders „empfindsames Organ des menschlichen Körpers“ erkennen und die Verbundenheit von Soma und Psyche in der Therapie berücksichtigen. Informationen dazu bietet die neue Leit-

faden Psychosomatik, der Ende November im Rahmen des Deutschen Zahnärztetags in Erfurt vorgestellt werde.

Kritische Worte fand der BZÄK-Präsident für die Gesundheitspolitik der Regierung: „Probleme kaut man durch oder man zeigt ihnen die Zähne. Gelegentlich beißt man aber auch auf Granit – so ergeht es uns Ständesvertretern gerade in Berlin.“ In der Diskussion um die Reform weigerte sich die Politik, „die wohlüberlegten Argumente der Vertreter des Gesundheitswesens wahrzunehmen“. Dieses Verhalten könne man nur als „absolut respektlos“ bezeichnen. sth

Treffen der Nachbarschaftskammern in Prag

## Im Fokus: die Fortbildung

**Die tschechische Zahnärztekammer hatte Vertreter der Kammern aus Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Thüringen, der BZÄK sowie Österreich, Estland, Polen, der Slowakei und Ungarn zu einem Workshop „Continuing Education – Cross Border Cooperation“ während der Prague Dental Days am 13. Oktober 2006 eingeladen.**



Fotos: Wegener

Die deutschen Kammervertreter (v.l.n.r.): Dr. Andreas Wegener (M.-V.), Dr. Frank Dreihaupt (Sachsen-Anhalt), Dr. Lothar Bergholz (Thüringen) und Peter Knüpper (Bayern).

Die Situation zur zahnärztlichen Fortbildung in den Ländern stand im Mittelpunkt der Veranstaltung und wurde in vier Referaten dargestellt. Aus Deutschland berichtete Barbara Bergmann-Krauss, BZÄK. In Österreich (Dr. Wolfgang Doneus, österreichische Zahnärztekammer) wird die Fortbildung noch auf freiwilliger Basis durchgeführt. Aufgabe der neuen Österreichischen Zahnärztekammer ist es, angelehnt an die Richtlinie der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) eine Fortbildungsrichtlinie für Zahnärzte zu entwickeln.

### Freiwillig

In Tschechien (Dr. Jirí Pekárek, tschechische Kammer) ist die Fortbildung freiwillig und ohne Sanktionen. Es wird auf Anreize ge-

setzt, um die Zahnärzte zu motivieren, sich fortzubilden. Von der Kammer wird ein Befähigungsnachweis ausgestellt, der jeweils drei Jahre gültig ist. Es werden nur Veranstaltungen, die mehr als fünf Unterrichtsstunden dauern, für die Teilnahme am Befähigungsnachweis zugelassen. Im Jahr 2005 wurden zum Beispiel 142 Veranstaltungen der Tschechischen Zahnärztekammer und 825 registrierte Veranstaltungen anderer Träger durchgeführt. Die Nachfrage nach den Befähigungsnachweisen ist hoch. Wer den Befähigungsnachweis hat, erhält auch günstigere Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen oder Bonuszahlungen.

In Ungarn (Dr. Istvan Gerle, ungarische Kammer) gibt es eine Pflichtfortbildung auf gesetzlicher Grundlage. Innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren müssen 250 Kreditpunkte, möglichst 50 pro Jahr, nachgewiesen werden, um die Lizenz zur zahnärztlichen Berufsausübung zu verlängern. Die Universitäten sind für die Anerkennung von Veranstaltungen zuständig und organisieren die Pflichtfortbildungskurse, die jeder Zahnarzt absolvieren muss. Daneben gibt es noch Wahlkurse, bei denen es eine zahnärztliche Supervision durch Hochschullehrer gibt. Letztlich sind die Universitäten für die gesamte Pflichtfortbildung zuständig.

Um die Qualität der Fortbildung zu fördern, wurde von einigen Teilnehmern gefordert, dass der Prozess der Anerkennung oder Registrierung von Fortbildungsveranstaltungen in der Hand des Berufes bleibt.



Referierten über Fortbildung: Dr. Wolfgang Doneus (Österreich), Barbara Bergmann-Krauss (BZÄK), Dr. Jirí Pekárek und Dr. Pavel Chrz, (Tschechien)

Barbara Bergmann-Krauss  
Universitätsstr. 73  
50931 Köln

# Den Deutschen in den Mund geschaut

Gabriele Prchala

*Die hohe präventionsorientierte Leistung der Zahnärzte dokumentiert die neue Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Die Ergebnisse dieser Großuntersuchung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) – Details dazu ab Seite 46 in diesem Heft – zeichnen ein ausgesprochen positives Bild. Dennoch gibt es noch viel Handlungsbedarf, der die Zahnmedizin vor neue Herausforderungen stellt. Die Studie bietet viele Ansätze, um lösungsorientierte Konzepte im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Die Umsetzung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.*

**D**ie deutsche Zahnärzteschaft hat aus eigener Kraft und mit gänzlich eigenen Finanzmitteln eine objektive Grundlage geschaffen, um der Gesundheitspolitik auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Versorgung eine solide Diskussionsbasis zu verschaffen“ – so kommentierten die beiden zahnärztlichen Spitzenvertreter, BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz, die neue Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV).

Die bevölkerungsrepräsentative Querschnittsuntersuchung, die vom gemeinsam von beiden zahnärztlichen Bundesorganisationen getragenen Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) erarbeitet wurde, stellt der fachlich-wissenschaftlichen und politischen Öffentlichkeit eine aktuelle Bestandsaufnahme über den Mundgesundheitszustand in Deutschland zur Verfügung. So viel in Kürze: Die orale Gesundheit im Land hat sich enorm verbessert. Gerade bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen hat sie



international gesehen ein Niveau erreicht, mit dem vor rund 20 Jahren noch niemand gerechnet hatte: Im Kariesranking hat sich Deutschland jetzt einen Spitzenplatz erobert. Bei den Zahnverlusten bei jüngeren und älteren Erwachsenen konnten erstmals klare Rückgänge verzeichnet werden. Der Anteil an hochwertiger prothetischer Versorgung ist gestiegen.

Einen besonderen Aspekt stellen die Parodontalerkrankungen dar, deren schwere Formen zugenommen haben. Über die Gründe muss noch geforscht werden. Ein weiteres Thema mit Handlungsbedarf stellt die Kariesschieflage dar, deren Ausmaß sich verschärft hat – wenn auch auf Basis einer deutlich kleiner gewordenen Gruppe.

„Besonders was das Kariesranking angeht, sind wir weit an der Spitze angelangt“, fasst BZÄK-Präsident Weitkamp zusammen. „Auch international gesehen gehören wir

jetzt mit zu den Besten. Die Präventionsansätze der Zahnärzteschaft sind aufgegangen. Dennoch bedeutet das nicht, dass wir jetzt die Hände in den Schoß legen können. Gerade die Versorgung von älteren und multimorbiden Patienten nimmt zu und verlangt nach spezifischen und disziplinübergreifenden Konzepten. Auch die Risikogruppen stellen uns vor neue Herausforderungen, was die aufsuchende Prophylaxe angeht.“ Dies seien gezielte Aufgabenstellungen, die die Zahnärzteschaft nicht allein lösen könnten, sondern hier sei eine gesamtgesellschaftliche Unterstützung gefordert. „Dank des erfolgreichen Zusammenspiels zwischen Individual- und Gruppenprophylaxe haben wir die Karies sehr gut in den Griff bekommen“, macht Fedderwitz deutlich. „Ganz anders sieht das bei der Versorgung der Patienten mit Parodontalerkrankungen aus, hier zeigt sich eine Unterversor-

Deutschlands Mundgesundheit wurde nach einem ausgeklügelten System umfassend untersucht. Am Anfang stand die Kalibrierung der Projektteams (l.) an der Kölner Zahnklinik – die Umsetzung erfolgte bei der tatsächlichen Befunderhebung und Befragung der Probanden vor Ort (r.)



Fotos: IDZ

gung. Paradoxerweise ist diese genau durch die Erfolge in der Kariesbehandlung begründet: Wenn mehr Zähne erhalten werden, stehen auch mehr Zähne parodontal at risk. Sowohl die Zahnärzteschaft wie auch die Gesetzliche Krankenversicherung sind gefragt, dies aufzunehmen und entsprechende Konzepte zu erarbeiten. Klar ist, dass der vermehrte Versorgungsbedarf mit den herkömmlichen Strukturen in der GKV nicht aufgefangen werden kann.“

## Längere Tradition

„Die neue Studie steht in einer längeren Tradition epidemiologischer Bestandsaufnahmen der Zahnärzteschaft zum Mundgesundheitszustand in Deutschland“, erklärt Dr. Wolfgang Micheelis, Leiter des Instituts der Deutschen Zahnärzte, der das Projekt zusammen mit einem zahnmedizinischen

Expertenkreis um Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg, geleitet und bearbeitet hat. So hat das IDZ eine erste Untersuchung im Jahre 1989 herausgegeben, in der eine Erhebung über die Mundgesundheit in Westdeutschland erfolgte (DMS I). 1992 folgte eine Nacherhebung in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung (DMS II). Eine dritte Großerhebung in Gesamtdeutschland gab es in 1997 (DMS III).

Allen Studien sei gemeinsam, dass sie als umfassende Querschnitterhebungen bei definierten Alterskohorten angelegt seien, betont Micheelis. Grundlage sei eine systematische Zufallsstichprobe, um die Vorkommenshäufigkeiten der wichtigsten zahnmedizinischen Krankheitsbilder, vor allem der Karies- und Parodontalerkrankungen, zu dokumentieren.

Das forschungspolitische Anliegen des IDZ war es, Informationen zu statistischen Zu-

sammenhängen mit den Einstellungen und Verhaltensweisen in der Bevölkerung zusammenzubringen und mit soziodemographischen Daten zu verbinden. So gibt es in den Erhebungen einen klinisch-zahnmedizinischen Befundungsteil und einen sozialwissenschaftlichen Befragungsteil.

## Ausgefeilte Methodik

Die Großstudie ist methodisch aufwendig konzipiert. Zwischen Februar und September 2005 wurden insgesamt 4 631 Personen aus vier Altersgruppen (12-jährige Kinder, 15-jährige Jugendliche, 35- bis 44-jährige Erwachsene und 65- bis 74-jährige Senioren) befragt und zahnmedizinisch untersucht. Die Teilnehmer wurden mittels Zufallsstichproben über die Einwohnermeldeämter ermittelt und von mobilen Teams in 90 Gemeinden der Bundesrepublik aufgesucht. Die Gruppeneinteilung entspricht den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO): Die Gruppe der 15-Jährigen wurde erstmalig aufgenommen, um einen tieferen Einblick in die Gebissituation nach dem Zahnwechsel zu erhalten. Neu aufgenommen ist in der Altersgruppe der Erwachsenen und Senioren der Aspekt der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität. Befragt wurden deutsche Staatsangehörige. Auf die Einbeziehung von Migranten ist aufgrund von Sprachbarrieren im Rahmen der Fragebogenbeantwortung verzichtet worden.

Für die klinische Befundung und die Befragung wurden insgesamt drei Projektteams eingesetzt, die jeweils aus einer kalibrierten Zahnärztin (Dr. Kirsten Hupperich, Dr. Constanze Bösel und Simona Mitter) einer Interviewerin und einem sogenannten Vorbegeher bestanden. Die Kalibrierung erfolgte zentral über 1,5 Tage im Kölner Zahnärzteam und an der Kölner Zahnklinik. Mit dabei waren die IDZ-Projektleitung, ein zahnmedizinischer Expertenkreis (Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg, Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, und Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Köln) und TNS Healthcare Gesundheitsforschung München. Neben der IDZ-Projektleitung und dem Expertenkreis gehörten zum Autorenteam Prof. Dr. Elmar



BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp:  
„Die Präventionsansätze der Zahnärzteschaft sind aufgegangen.“

Reich, Biberach, Priv. Doz. Dr. Mike John, Leipzig, und vom TNS-Team Florian Reiter, Ursula Reis, Ernst Schroeder und Dr. Peter Potthoff.

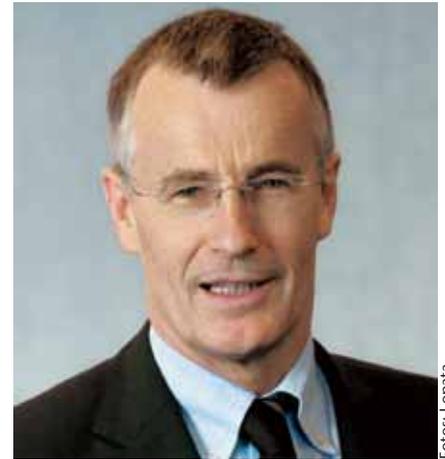
## Public-Health-Ansatz

Die DMS IV leistet einen Beitrag der Zahnmedizin zur nationalen wie internationalen Fachwelt, wenn es um gesundheitspolitische Fragestellungen zur Dental Public Health und Versorgungsforschung geht. Denn gerade was die Fokussierung auf den Bevölkerungsbezug betrifft, gibt es in Deutschland bisher noch Nachholbedarf. Beide Bereiche haben international gesehen (beispielsweise in Skandinavien, Großbritannien, den Niederlanden oder den USA) im Gesundheitswesen ihren festen

Platz. Solche medizinisch ausgerichteten Orientierungsdaten verstehen sich als Gegengewicht zur rein fiskalischen Steuerungs-betrachtung im Gesundheitswesen. Der Blick auf gesellschaftliche Veränderungen, auf Bildungs- und Schichtenzugehörigkeit, auf die Demographie und damit einhergehenden Fragen zu einer angemessenen Präventions- und Gesundheitspolitik spielen auch in Deutschland immer mehr eine Rolle. Handlungsbedarfe werden aufgedeckt, die gezieltere Ansatzpunkte für Interventionsmöglichkeiten bieten.

Dieser Ansatz wurde erst vor kurzem ausführlich in der Öffentlichkeit diskutiert. So stellten das Bundesgesundheitsministerium und das Robert Koch-Institut im September den Bericht „Gesundheit in Deutschland“ vor. Er liefert Daten über die gesundheitliche Situation in der Bevölkerung und das Gesundheitswesen in den letzten zehn Jahren. (Den Erfolgen in der Zahnmedizin ist dort auch ein Kapitel gewidmet). Quintessenz: Die größte Herausforderung besteht in der Alterung der Gesellschaft. Die Menschen werden älter, künftig wird es aber immer mehr Bedarfe bei chronischen Krankheiten und Pflege geben. Auch die Risikobereiche nehmen zu.

Ebenfalls vom Robert Koch-Institut stammt der im September vorgestellte Kinder- und Jugendsurvey (KIGGS). Er bietet einen Überblick über den Gesundheitszustand dieser Altersgruppen und geht unter anderem auf Lebensumstände oder schichtenspezifische Besonderheiten ein. Ergebnis:



Fotos: Lopata

KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz:  
„Vermehrter Bedarf kann mit herkömmlichen GKV-Strukturen nicht aufgefangen werden.“

Die meisten Kinder in Deutschland sind gesund, die geballten Risiken entstehen aber bei benachteiligten sozialen Schichten. Aufschlussreich ist eine neuere Studie der Universität Heidelberg mit der Fragestellung „Sind Reiche gesünder?“. Dort wurden bundesweit repräsentative Daten zu Prävalenzunterschieden bei 35 einzelnen Erkrankungen zwischen Sozialschichten untersucht. Fazit: Patienten aus unteren Sozialschichten sind von zahlreichen Krankheiten häufiger betroffen, es gibt aber einige Erkrankungen (Asthma oder Allergien), die auffällig häufiger in den oberen Schichten anzutreffen sind. Das Warum ist noch ungeklärt.

## Handlungsbedarf gezeigt

In diesem Kontext gesehen ergeben sich in der DMS IV zahlreiche interessante Problem- und Fragestellungen zur zahnmedizinischen Versorgung. Bei der Zahnkaries zeigt sich ein sehr positiver Trend mit erheblichen Rückgängen des Kariesbefalls. Das wird auch bei Bevölkerungsgruppen mit hohen Werten in der Karieserfahrung deutlich. Jedoch hat sich das Ausmaß der Kariespolarisierung verschärft, wenn auch auf Basis einer erheblich kleiner gewordenen Risikogruppe, die verstärkt aus den unteren Sozialschichten stammt. Es handelt sich um einen sozialmedizinischen Befund, der nicht nur auf die Zahnmedizin beschränkt ist, sondern eine Vielzahl von



Dichtes Arbeitspensum bei der Kalibrierungsveranstaltung in Köln.



Gingen für das IDZ als Projektteams ins Feld: Suzana Petcovic, Ute Multerer, Bettina Brandis, Agnes Aigner, Wolf Best, Simona Mitter, Siglinde Gaißmaier, Dr. Constanze Bösel und Dr. Kirsten Hupperich (v.l.n.r.)

Krankheitsbildern in der Gesellschaft betrifft. Um hier präventiv tätig zu werden, bedarf es künftig eines noch stärkeren Zielgruppenzuschnitts.

Die Personengruppe mit schweren Formen der Parodontalerkrankungen ist größer geworden. Auffällig hierbei ist, dass im Gegensatz zur Karies kein klares soziales Muster festzustellen ist. Auffallend sind aber die statistischen Zusammenhänge zwischen Parodontalerkrankungen und Übergewicht. Hier gibt es Forschungsbedarf. So müssten beispielsweise medizinische Faktoren im Sinne einer Co-Morbidität (zum Beispiel Rauchen, Stoffwechselerkrankungen, Stress) künftig bei epidemiologischen Untersuchungen mehr einbezogen werden.

Zu beachten ist auch, dass Zahnärzte aus dem immer wichtiger werdenden Grundkonzept einer präventionsorientierten minimalinvasiven Zahnheilkunde heraus immer mehr bemüht sind, die Zähne und Zahnsu-

stanz so lange wie möglich zu erhalten. Im Gegenzug unterliegen naturgemäß entsprechend mehr Zähne einem Parodontitisrisiko.

Bei den Zahnverlusten gibt es erhebliche Rückgänge, was im Hinblick auf die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität des Einzelnen erfreulich ist. Das weist gleichzeitig auf eine hohe Leistungsfähigkeit des zahnmedizinischen Versorgungssystems hin. Feststellbar ist ein zunehmender Wechsel hin zu feststehendem Zahnersatz. Interessant ist die Korrelation zwischen geringem Zahnverlust und erhöhter regelmäßiger Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen. Hieraus könnte man schließen, dass das professionelle Behandlungsmanagement des Zahnarztes einen deutlichen Einfluss auf die Absenkung des Zahnverlustrisikos haben dürfte.

Das Mundhygieneverhalten hat sich laut DMS IV in der Bevölkerung deutlich verbes-

sert. Das betrifft das Zahnputzverhalten genauso wie den Gebrauch zusätzlicher Mundpflegemittel. Das Ganze lässt sich in einen größeren Zusammenhang von Körperhygiene und Sauberkeit stellen und hat viel mit der Diskussion um physische und soziale Attraktivität sowie psychisches Wohlbefinden zu tun – lauter Faktoren, die in der Gesellschaft vermehrt eine Rolle spielen.

## Integrierte Konzepte

All diese Ergebnisse zeigen, dass die Probleme und Fragestellungen der Zahnmedizin und zahnärztlichen Versorgung nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern in den übergeordneten Kontext einer allgemeinen Risikofaktorenmedizin gestellt werden sollten. Deshalb weist DMS IV dezidiert darauf hin, dass zahnmedizinisches und allgemeinmedizinisches Gesundheitsverhalten in einem wechselseitigen Zusammenhang stehen. Folglich machen integrierte Konzepte der Gesundheitsförderung bei Medizin und Zahnmedizin bei vielen wichtigen Risikofaktoren Sinn. So fördert beispielsweise ein extensiver Zuckerkonsum nicht nur die Karieserkrankung, sondern gleichzeitig die Ausbildung von Übergewicht. Intensiver Tabakkonsum verstärkt nicht nur die Gefahr, an Parodontitis zu erkranken, sondern auch das kardiovaskuläre Erkrankungs- oder Krebsrisiko. Exzessiver Alkoholkonsum erhöht das Mundkrebsrisiko, aber auch die Entwicklung einer Leberzirrhose.

## Eine neue Rolle

Angesichts einer solchen Betrachtungsweise kommt dem Zahnarzt eine neue Rolle zu: Er wird stärker als bisher als „Gesundheitsmanager“ fungieren, der bei individueller Betreuung seiner Patienten einen optimalen Zuschnitt von Primär-, Sekundär- und Tertiärprophylaxe finden muss. Davon unberührt bleibt aber die versorgungspolitisch wichtige Frage, wie die gesundheitsbezogene Kluft zwischen den Sozialschichten geschlossen werden kann. Das ist eine Herausforderung, der sich die Gesundheitspolitik verstärkt zu stellen hat. ■



Die IDZ-Projektleitung mit dem Autorenteam: Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dorothee Fink, Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Dr. Peter Potthoff, Dr. Wolfgang Micheelis, Ursula Reis, Dr. Victor Meyer und Ernst Schroeder (v.l.n.r.)

Fotos: IDZ

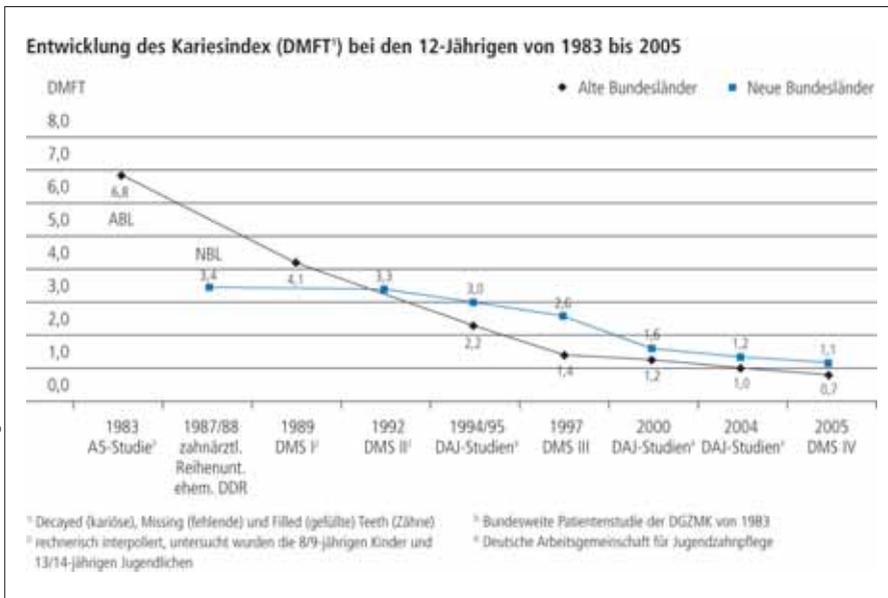
# Das Großprojekt der Zahnärzte

**70 Prozent der Zwölfjährigen haben ein kariesfreies Gebiss. Erwachsene und Senioren behalten ihre eigenen Zähne immer länger. Parodontalerkrankungen und Wurzelkaries sind auf dem Vormarsch. Und die Kariespolarisierung hat sich verstärkt. Dies sind die Kernergebnisse der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Die Studie bietet eine wissenschaftliche Grundlage, auf der die gesundheitspolitische Diskussion über zukünftige Versorgungskonzepte aufbauen kann.**

Höchst erfreuliche Ergebnisse weist die Studie bei den Kindern und Jugendlichen auf. Im Vergleich zur vorangegangenen dritten Mundgesundheitsstudie (DMS III) aus dem Jahr 1997 ist bei Kindern ein deutlicher Rückgang der Karieserfahrung um 58,8 Prozent zu registrieren. Zwölfjährige haben heute im Durchschnitt nur noch 0,7 Zähne mit Karieserfahrung. 1997 lag der Wert bei 1,7. 70,1 Prozent der Kinder und 46,1 Prozent der Jugendlichen haben ein völlig gesundes Gebiss ganz ohne Karies, Füllungen oder kariesbedingte Extraktionen. Als Ursachen für den deutlichen Kariesrückgang hat die DMS IV regelmäßige Zahnarztbesuche und eine Ausweitung der Fissurenversiegelung im Rahmen der zahnärztlichen Individualprophylaxe identifiziert. Mindestens eine Fissurenversiegelung war bei 71,7 Prozent der Kinder und bei 74,8 Prozent der Jugendlichen vorhanden. Doch es gibt auch einen Wehrmutstropfen. Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich zwar in allen Sozial-



*Eine aufwendige Großstudie: In 90 Gemeinden Deutschlands haben die Teams Personen befragt und untersucht.*



Quelle: IDZ/Grafik: Wolfigardt

Die Entwicklung des Kariesindex bei den zwölfjährigen Kindern

schichten verbessert. Dennoch haben Angehörige der verschiedenen Sozialschichten weiterhin eine sehr unterschiedliche Karieserfahrung. Die Kariespolarisation (Schiefelage in der Kariesverteilung) zeigt, dass bei 10,2 Prozent der untersuchten Zwölfjährigen 61,1 Prozent der Gesamtkarieserfahrung der Altersgruppe liegt. Bei den Jugendlichen vereinigen 26,8 Prozent der untersuchten 15-Jährigen 79,2 Prozent der Karieserfahrung auf sich. Die zu den Risikogruppen gehörenden Kinder und Jugendlichen haben einen DMFT-Wert größer als zwei. Vertiefende Analysen innerhalb der Risikogruppe der Kinder haben weitere Differenzierungen gezeigt: Das Risiko, an Karies zu erkranken, ist für Kinder mit der Merkmalskombination „Deutschland-Ost“ und „keine Fissurenversiegelung“ um den Faktor 7,2 höher als für Kinder mit der Merkmalskombination „Deutschland-West“, „versiegelte Backenzähne“ und „Besuch von Gymnasium oder Realschule“.

Der DMFT-Index sagt zunächst nichts darüber aus, ob eine unbehandelte Karies vorliegt oder ob die Zähne saniert, also zahnmedizinisch versorgt sind. Der sogenannte Kariessanierungsgrad, der wesentlicher Indikator der Versorgung der Bevölkerung mit zahnärztlichen Dienstleistungen ist, liegt aber in beiden Altersgruppen auf ho-

hem Niveau. Er beträgt bei den Kindern 78,1 Prozent und bei den Jugendlichen 79,8 Prozent.

### Weniger Karies bei Erwachsenen

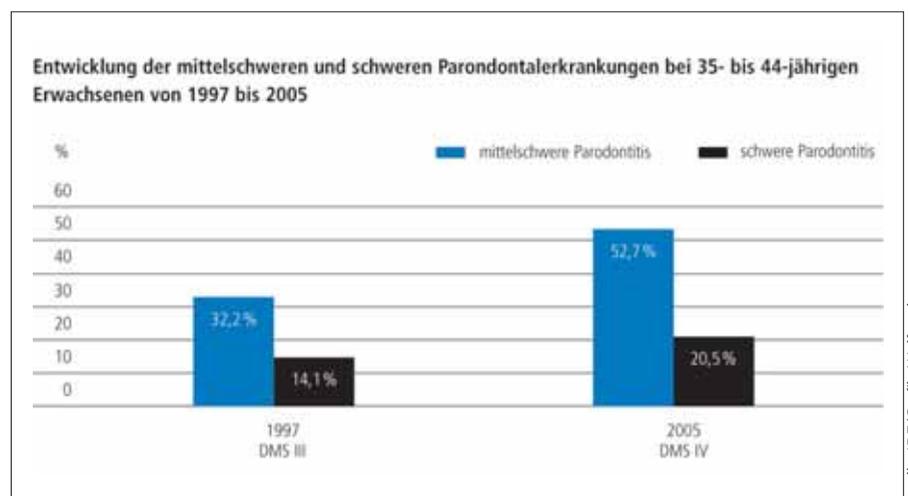
Bei den Erwachsenen verzeichnet die DMS IV erstmalig einen deutlichen Rückgang der Karieserfahrung: Der Kariesindex ist von 16,1 im Jahr 1997 auf 14,5 im Jahr 2005 gefallen. Das ist vor allem darauf zurückzuführen, dass heute deutlich weniger Zähne als früher wegen Karies extrahiert werden. Allerdings ist im Gegenzug die Wurzelkaries

um 9,7 Prozentpunkte angestiegen. 21,5 Prozent der Erwachsenen haben mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche. Die Häufigkeit von Karies hat sich in den alten und neuen Bundesländern seit 1997 stark angeglichen. Das individuelle Erkrankungsrisiko wird aber auch von sozialen Faktoren beeinflusst. Der Kariessanierungsgrad zeigt bei den Erwachsenen ein außerordentlich hohes Niveau. Durchschnittlich 95,6 Prozent der an Karies erkrankten Zähne sind in Gesamtdeutschland versorgt.

Wie bei den Erwachsenen ist auch bei den Senioren der Kariesindex erstmalig gesunken: Während er im Jahr 1997 noch bei 23,6 lag, betrug er im Jahr 2005 22,1. Auch hier liegt die Ursache darin, dass heute deutlich weniger Zähne als früher wegen Karies extrahiert werden. Da immer mehr Zähne erhalten werden, ist allerdings die Wurzelkaries als besondere Erkrankungsform stark, nämlich um 29,5 Prozentpunkte, angestiegen. Das heißt, dass 45 Prozent der untersuchten Senioren mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche haben. Auch bei den Senioren zeigt der Kariessanierungsgrad ein außerordentlich hohes Niveau von 94,8 Prozent.

### Parodontitis schreitet voran

Das Risiko für Parodontalerkrankungen steigt mit dem Lebensalter. Das macht die DMS IV ganz deutlich. Der Schweregrad ei-



Quelle: IDZ/Grafik: Wolfigardt

Die Entwicklung der Parodontalerkrankungen bei den 35- bis 44-jährigen Erwachsenen

### Zahnverlust und totale Zahnlosigkeit

|   | 1997   | 2005   |
|---|--------|--------|
| Durchschnittliche Zahl der fehlenden Zähne    | 17,6   | 14,2   |
| Anteil der Senioren mit totaler Zahnlosigkeit | 24,8 % | 22,6 % |

Zahnverlust und totale Zahnlosigkeit bei Senioren im Vergleich von 1997 und 2005

nahme von 23,7 Prozentpunkten im Vergleich zu 1997. Hier zeigt sich auch am deutlichsten der Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Zahnverluste und der Zunahme von Parodontalerkrankungen.

### Weniger Zahnverluste

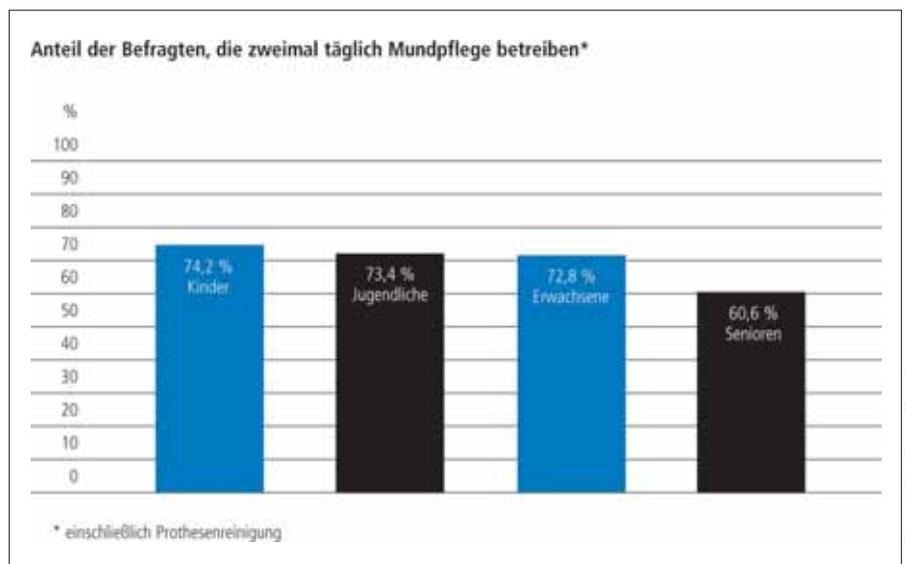
Erwachsene erleiden im Vergleich zu 1997 weniger Zahnverluste. Durchschnittlich fehlen den 35- bis 44-jährigen heute 2,7 Zähne. 1997 betrug der Wert noch 4,2. Die Zahl noch vorhandener Zähne hat sich damit bei den Erwachsenen erstmals deutlich

ner Parodontiserkrankung wird mittels des sogenannten CPI-Indexes (Community Periodontal Index) gemessen. Von einer mittelschweren Parodontitis spricht man, wenn Zahnfleischtaschen von 4 bis 5 mm Tiefe vorliegen (CPI-Index Grad 3). Eine schwere Parodontitis liegt bei einer Taschentiefe von 6 mm oder mehr vor (CPI-Index Grad 4).

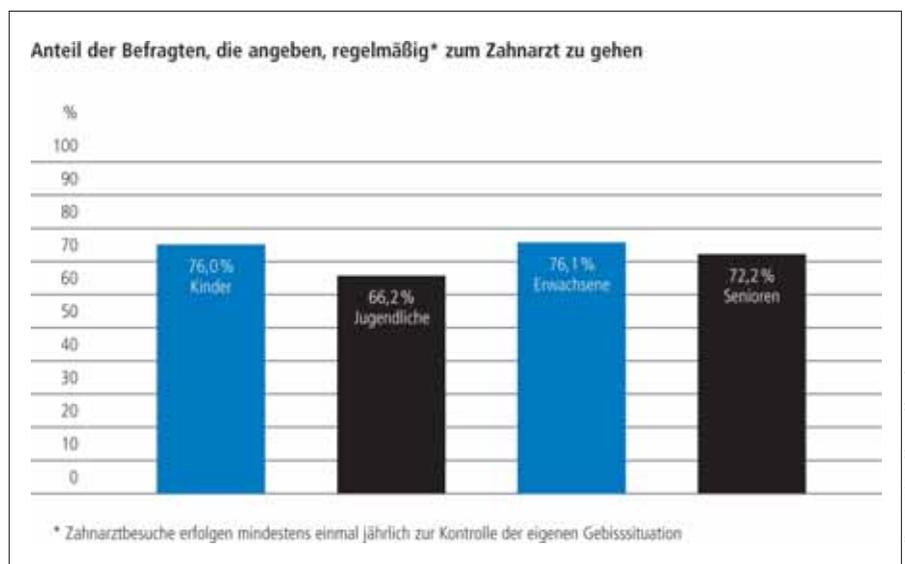
Die Erkrankungsrate ist den Studienergebnissen zufolge bei Jugendlichen deutlich niedriger als bei Erwachsenen. Gleichwohl leiden unter den 15-jährigen Jugendlichen immerhin 12,6 Prozent an einer mittelschweren und 0,8 Prozent an einer schweren Parodontitis. Unter den 35- bis 44-jährigen ist Parodontitis bereits sehr weit verbreitet. 52,7 Prozent der Altersgruppe leiden unter einer mittelschweren und 20,5 Prozent unter einer schweren Form der Erkrankung. Das bedeutet eine deutliche Zunahme um 26,9 Prozentpunkte seit 1997. Ein Grund für die Negativentwicklung ist der an sich sehr positive Umstand, dass bei Erwachsenen heute weniger Zähne durch Karies verloren gehen, die erhaltenen Zähne aber mit zunehmendem Lebensalter ein steigendes Risiko für parodontale Erkrankungen bedeuten.

Neben dem Lebensalter sind auch andere Faktoren für das Erkrankungsrisiko ausschlaggebend, wie die Studie gezeigt hat. So erkranken Männer häufiger als Frauen an schwerer Parodontitis. Auch Konsumgewohnheiten und Sozialstatus beeinflussen das Risiko. Ein Raucher mit einfacher Schulbildung hat ein um den Faktor 3,3 erhöhtes Risiko, an einer schweren Parodontitis zu erkranken. Darüber hinaus ist ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem Ausmaß einer Parodontitis festzustellen, was aber wissenschaftlich noch nicht hinreichend geklärt ist.

Unter den Senioren ist die Parodontitis am weitesten verbreitet. 48,0 Prozent sind von einer mittelschweren, und 39,8 Prozent von einer schweren Ausprägung der Krankheit betroffen. Das entspricht einer Zu-



Befragungsergebnisse zur Mundpflege



Befragungsergebnisse zum Zahnarztbesuch

erhöht. Völlige Zahnlosigkeit (im Ober- und Unterkiefer) ist in der Altersgruppe bei einem Prozent der Untersuchten festgestellt worden, die aber alle mit Zahnersatz versorgt waren. Zahnverluste werden bei Erwachsenen heute überwiegend mit festsitzendem Zahnersatz wie Kronen, Brücken

und Implantatkonstruktionen therapiert. Im Rahmen der DMS III war implantatgetragener Zahnersatz in dieser Altersgruppe noch keine statistisch messbare Größe. Im Jahr 2005 hatten bereits 1,4 Prozent der Erwachsenen wenigstens ein Implantat. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden,

dass nur 48,5 Prozent der verloren gegangenen Zähne überhaupt durch zahnprothetische Maßnahmen ersetzt worden waren. Aufschlussreich sind die Zahlen bei Senioren. Die Zahl der durchschnittlich fehlenden Zähne ist von 17,6 Zähnen im Jahr 1997 auf 14,2 Zähne im Jahr 2005 gesun-

*Auf einen Blick*

## Die wichtigsten Ergebnisse der DMS IV

### Karies

#### ■ Rückgang in allen Altersgruppen:

Kinder (Zwölfjährige) haben im Durchschnitt 0,7 Zähne mit Karieserfahrung. Das bedeutet, dass statistisch betrachtet 0,7 Zähne kariös, gefüllt oder aufgrund einer Karies bereits verloren gegangen sind. Bei den Jugendlichen (15-Jährige) beträgt der Wert 1,8, bei den Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) 14,5 und bei den Senioren (65- bis 74-Jährige) 22,1 Zähne. 70,1 Prozent der Kinder und 46,1 Prozent der Jugendlichen haben ein Gebiss ganz ohne Karieserfahrung.

#### ■ Bessere Kinderzähne durch Prävention:

Im Vergleich zu 1997 ist für die Kinder ein deutlicher Rückgang der Karieserfahrung um 58,8 Prozent (von 1,7 auf 0,7 Zähne) festzustellen. Wesentliche Ursachen sind regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen und eine Zunahme der Fissurenversiegelung.

■ **Polarisierung verstärkt:** 10,2 Prozent der Kinder haben mehr als zwei kariös befallene Zähne und vereinigen damit 61,1 Prozent der Karieserfahrung auf sich. Bei den Jugendlichen konzentrieren sich 79,2 Prozent der Karieserfahrung auf 26,8 Prozent der Untersuchten.

■ **Erstmaliger Rückgang bei Erwachsenen und Senioren:** Seit 1997 hat sich die Karieserfahrung bei den Erwachsenen aus den alten und den neuen Bundesländern deutlich angeglichen. Wesentlich weniger Zähne mussten aufgrund von Karies extrahiert werden. Allerdings ist die Wurzelkaries stark angestiegen (bei Erwachsenen um 9,7 Prozentpunkte und bei Senioren um 29,5 Prozentpunkte), da erhaltene

Zähne mit zunehmendem Alter ein wachsendes Risiko für Wurzelkaries aufweisen.

■ **Hoher Kariessanierungsgrad:** Der Kariessanierungsgrad liegt bei den Kindern und Jugendlichen auf hohem Niveau (zwischen 78,1 Prozent und 79,8 Prozent) und bei Erwachsenen und Senioren auf außerordentlich hohem Niveau (95,6 Prozent beziehungsweise 94,8 Prozent).

### Parodontalerkrankungen

■ **Deutliche Zunahme:** Mittelschwere und schwere Parodontalerkrankungen haben bei Erwachsenen und Senioren seit 1997 um 26,9 Prozentpunkten beziehungsweise 23,7 Prozentpunkte zugenommen. Grund ist der an sich positive Umstand, dass bei diesen Altersgruppen weniger Zähne durch Karies verloren gehen, die erhaltenen Zähne aber mit zunehmendem Lebensalter ein steigendes Risiko für parodontale Erkrankungen aufweisen.

■ **Betroffenheit weiter Bevölkerungsteile:** Parodontalerkrankungen sind weit verbreitet. Unter den Erwachsenen leiden 52,7 Prozent unter mittelschweren und 20,5 Prozent unter schweren Formen der Parodontitis. Bei den Senioren sind 48,0 Prozent von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Erkrankung betroffen.

■ **Besondere Risikofaktoren:** Schwere Formen der Parodontitis sind bei Männern häufiger als bei Frauen anzutreffen. Rauchen begünstigt Parodontalerkrankungen. Auch ein niedriger Bildungsstatus erhöht das Erkrankungsrisiko. Bei Erwachsenen haben Raucher mit einfacher Schulbildung im Vergleich zum Durchschnitt der Alters-

gruppe ein um den Faktor 3,3 höheres Risiko, an einer schweren Parodontitis zu erkranken. Ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und Parodontitis ist festzustellen.

### Zahnverlust und Zahnersatz

#### ■ Rückläufigkeit von Zahnverlusten:

Durchschnittlich fehlen einem Erwachsenen heute 2,7 Zähne. 1997 betrug der Wert noch 4,2. Bei der Seniorengruppe fehlen im Durchschnitt 14,2 Zähne gegenüber 17,6 in 1997. Die totale Zahnlosigkeit ist bei Senioren im gleichen Zeitraum von 24,8 Prozent auf 22,6 Prozent zurückgegangen.

#### ■ Trend zu hochwertigem Zahnersatz:

Zahnverluste sind bei den Erwachsenen heute überwiegend durch festen Zahnersatz versorgt. Bei den Senioren überwiegen nach wie vor herausnehmbare Versorgungen. Allerdings gibt es auch hier eine deutliche Tendenz zu festsitzendem Zahnersatz und mehr Implantaten.

### Sozialmedizinische Ergebnisse

■ **Positives Mundpflegeverhalten:** 74,2 Prozent der Kinder, 73,4 Prozent der Jugendlichen, 72,8 Prozent der Erwachsenen und 60,6 Prozent der Senioren gaben an, zweimal täglich die Zähne zu putzen.

■ **Regelmäßiger Zahnarztbesuch:** 76,0 Prozent der Kinder, 66,2 Prozent der Jugendlichen, 76,1 Prozent der Erwachsenen und 72,2 Prozent der Senioren gehen nach eigenen Angaben regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Die Zahnarztbindung ist außerordentlich stark ausgeprägt: Durchschnittlich 90 Prozent der Befragten gaben zu Protokoll, dass sie „immer zu demselben Zahnarzt“ gehen würden. pr/IDZ

ken. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Personen mit totaler Zahnlosigkeit von 24,8 Prozent auf 22,6 Prozent zurückgegangen. Fehlende Zähne wurden zu 88,7 Prozent prothetisch ersetzt. Nach wie vor überwie-

gen bei Senioren herausnehmbare Formen von Zahnersatz, also Teil- oder Vollprothesen. Allerdings gibt es auch in dieser Altersgruppe einen klaren Trend zu festsitzendem Zahnersatz. Besonders auffällig ist, dass die

Zahl von Implantatversorgungen seit 1997 auf mehr als das Dreifache angestiegen ist. Während damals nur 0,7 Prozent der Untersuchten Implantatkonstruktionen trugen, waren es im Jahr 2005 bereits 2,6 Prozent.

### Karieserfahrung bei Zwölfjährigen

| Land                               | Jahr      | DMFT                  |
|------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Australien                         | 2000      | 0,8                   |
| Belgien                            | 2001      | 1,1                   |
| Belize                             | 1999      | 0,6                   |
| Brasilien                          | 1996      | 3,1                   |
| China                              | 1995/1996 | 1,0                   |
| Dänemark                           | 2003      | 0,9                   |
| Deutschland (DMS IV)               | 2005      | 0,7                   |
| Estland                            | 1998      | 2,7                   |
| Finnland                           | 2000      | 1,2                   |
| Frankreich                         | 1998      | 1,9                   |
| Griechenland                       | 2000      | 2,2                   |
| Großbritannien (England und Wales) | 2000–2001 | 0,9                   |
| Irland                             | 2002      | 1,1/1,3 <sup>1)</sup> |
| Island                             | 1996      | 1,5                   |
| Israel                             | 2002      | 1,7                   |
| Italien <sup>2)</sup>              | 2003      | 1,2                   |
| Japan                              | 1999      | 2,4                   |
| Kroatien                           | 1999      | 3,5                   |
| Kuba                               | 1998      | 1,4                   |
| Lettland                           | 2002      | 3,5                   |
| Litauen                            | 2001      | 3,6                   |
| Niederlande (Den Haag)             | 2002      | 0,8                   |
| Norwegen                           | 2000      | 1,5                   |
| Österreich                         | 2002      | 1,0                   |
| Polen                              | 2000      | 3,8                   |
| Portugal                           | 1999      | 1,5                   |
| Russland                           | 1985–1995 | 3,7                   |
| Schweden                           | 2002      | 1,1                   |
| Schweiz (Kanton Zürich)            | 2000      | 0,9                   |
| Slowenien                          | 1998      | 1,8                   |
| Spanien                            | 2000      | 1,1                   |
| Südafrika                          | 1999–2002 | 1,1                   |
| Tschechien                         | 2002      | 2,5                   |
| Ungarn                             | 1996      | 3,8                   |
| USA <sup>3)</sup>                  | 1999–2002 | 1,8                   |

Internationaler Vergleich zur Karieserfahrung (DMFT-Index) bei zwölfjährigen Kindern  
Quelle: WHO Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien  
1) fluoridiertes Trinkwasser/nicht-fluoridiertes Trinkwasser  
2) Elfjährige  
3) Zwölf- bis 15-Jährige

### Verbesserte Mundhygiene

In den letzten Jahren ist ein gesteigertes Bewusstsein weiter Bevölkerungskreise für den Wert gesunder und schöner Zähne festzustellen. Entsprechend dokumentiert auch die DMS IV eine deutliche Verbesserung des Zahn- und Mundhygieneverhaltens im Vergleich zu 1997. Bei der Untersuchung der Zahnpflegegewohnheiten gaben 74,2 Prozent der Kinder und 73,4 Prozent der Jugendlichen an, zweimal täglich die Zähne zu putzen. Unter den Erwachsenen liegt der Wert bei 72,8 Prozent, in der Seniorengruppe bei 60,6 Prozent. Dabei kommen neben der Zahnbürste (manuell oder elektrisch) und der Zahnpasta vor allem zusätz-

### Karieserfahrung bei Fünfzehnjährigen

| Land                    | Jahr      | DMFT                  |
|-------------------------|-----------|-----------------------|
| Australien              | 2000      | 1,9                   |
| China                   | 1995/1996 | 1,4                   |
| Dänemark                | 2003      | 2,1                   |
| Deutschland (DMS IV)    | 2005      | 1,8                   |
| Finnland                | 1991      | 3,0                   |
| Frankreich              | 1991      | 4,9                   |
| Irland                  | 2002      | 2,1/3,2 <sup>1)</sup> |
| Island                  | 1996      | 3,1                   |
| Japan                   | 1993      | 6,6                   |
| Lettland                | 1993      | 8,1                   |
| Litauen                 | 2001      | 5,1                   |
| Schweiz (Kanton Zürich) | 2000      | 1,6                   |
| Slowenien               | 1998      | 4,3                   |
| Südafrika               | 1999–2002 | 1,9                   |
| Tschechien              | 1998      | 5,0                   |
| USA                     | 1992–1994 | 2,6                   |
|                         | 1999–2002 | 1,8 <sup>2)</sup>     |

Internationaler Vergleich zur Karieserfahrung (DMFT-Index) bei 15-jährigen Jugendlichen  
Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien  
1) fluoridiertes Trinkwasser/nicht-fluoridiertes Trinkwasser  
2) Zwölf- bis 15-Jährige

### Parodontalerkrankungen bei 35- bis 44-Jährigen

| Land                        | mittelschwere Parodontalerkrankung (CPI 3) in Prozent | schwere Parodontalerkrankung (CPI 4) in Prozent |
|-----------------------------|---|---|
| Australien                  | 24  | 13  |
| Belgien                     | 34  | 30  |
| Dänemark                    | 29  | 6   |
| <b>Deutschland (DMS IV)</b> | <b>53</b>   | <b>20</b>                                       |
| Finnland                    | 29  | 6   |
| Frankreich                  | 13  | 10  |
| Griechenland                | 20  | 6   |
| Irland                      | 13  | 2   |
| Italien                     | 36  | 12  |
| Japan                       | 48  | 8   |
| Niederlande                 | 48  | 7   |
| Norwegen                    | 57  | 8   |
| Polen                       | 19  | 6   |
| Russland                    | 54  | 29  |
| Spanien                     | 13  | 1   |
| Türkei                      | 29  | 6   |
| Ungarn                      | 22  | 3   |
| USA                         | 38  | 20  |
| Großbritannien              | 62  | 13  |

*Internationaler Vergleich zu mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen bei 35- bis 44-jährigen Erwachsenen  
Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006 und eigene Dateien*

Quelle: IDZ

lich der zuckerfreie Kaugummi (nicht bei den Senioren), das Mundwasser/Mundspüllösungen und teilweise (insbesondere in der Erwachsenengruppe) die Zahnseide zum Einsatz. Mehr als zwei Drittel der Befragten in allen vier Altersgruppen sind dabei der Überzeugung, dass man selbst „sehr viel“ beziehungsweise „viel“ tun könne, um seine Mundgesundheit zu erhalten.

Der regelmäßige Zahnarztbesuch (mindestens einmal pro Jahr) ist in allen Altersgruppen fester Bestandteil des Mundgesundheitsverhaltens. 76,0 Prozent der Kinder und 66,2 Prozent der Jugendlichen gehen nach eigenen Angaben regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolluntersuchung. Bei den Erwachsenen sind es 76,1 und bei den Senioren 72,2 Prozent.

Die Zahnarztbindung ist außerordentlich stark ausgeprägt: Durchschnittlich 90 Prozent der Befragten gaben an, dass sie „immer zu demselben Zahnarzt“ gehen würden. Lediglich 7,5 Prozent der Kinder und 10,4 Prozent der Jugendlichen führten im Fragebogen aus, dass sie entweder keinen festen Zahnarzt oder überhaupt keinen

Zahnarzt haben. Unter den Erwachsenen gaben dies 9,2 Prozent und bei den Senioren 6,0 Prozent an.

### Mehr Lebensqualität

Messungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind heutzutage ein fester Bestandteil der medizinischen Ergebnisbeurteilung. Die Zahnmedizin konzentriert sich dabei auf die orale Lebensqualität, die der Patient durch das subjektive Erleben der Mundgesundheit selbst beschreibt. Als international anerkanntes Erhebungsinstrument steht hier das Oral Health Impact Profile (OHIP) zur Verfügung.

Im Rahmen der DMS IV haben Erwachsene und Senioren einen Fragebogen zur oralen Lebensqualität bearbeitet. Die Auswertung hat gezeigt, dass Mundgesundheitsprobleme insgesamt nur schwach ausgeprägt sind. Am häufigsten waren die Angaben „unangenehm, bestimmte Nahrungsmittel zu essen“ und „Schmerzen im Mundbereich“. Diese Probleme wurden von vier bis fünf Prozent der Erwachsenen und Senioren

mit „oft“ oder „sehr oft“ zu Protokoll gegeben.

Die DMS IV hat überdies ergeben, dass sich Personen mit unterschiedlichen Karies-schweregraden nur recht wenig und Personen mit unterschiedlichen Parodontitis-schweregraden im Wesentlichen gar nicht in der Wahrnehmung ihrer oralen Lebens-

qualität unterscheiden. Eine deutlich andere Ergebnislage zeigt sich allerdings im Bereich der zahnprothetischen Versorgung, wo sich die OHIP-Werte sehr stark nach der Art des eingegliederten Zahnersatzes unterscheiden. Hier hat die Versorgungsform einen wesentlichen Einfluss auf die orale Lebensqualität.

## Sozialfaktoren bedeutsam

Von dem generellen Trend zur Verbesserung der Mundgesundheit profitieren alle Bevölkerungsgruppen, auch solche mit niedrigem Sozialstatus. Dennoch steht laut DMS IV das individuelle Erkrankungsrisiko weiterhin in engem Zusammenhang mit

### Zahnverlust und Zahnlosigkeit bei Erwachsenen und Senioren

| Land                                    | Anzahl fehlender Zähne |                  | Totale Zahnlosigkeit |                  |
|---|------------------------|------------------|----------------------|------------------|
|   | Altersgruppen          |                  |                      |                  |
|   | 35-44 Jahre<br>Ø       | 65-74 Jahre<br>Ø | 35-44 Jahre<br>%     | 65-74 Jahre<br>% |
| Dänemark (2000–2001)                    | 3,9                    | 12,0             | 3,9                  | 27,0             |
| <b>Deutschland/West (2005) DMS IV</b>   | <b>2,6</b>             | <b>13,8</b>      | <b>0,9</b>           | <b>22,6</b>      |
| <b>Deutschland/Ost (2005) DMS IV</b>    | <b>3,3</b>             | <b>15,6</b>      | <b>1,4</b>           | <b>22,9</b>      |
| <b>Deutschland gesamt (2005) DMS IV</b> | <b>2,7</b>             | <b>14,2</b>      | <b>1,0</b>           | <b>22,6</b>      |
| Finnland (1978–1980; 1994–1998)         | 14,0                   | –                | 3,6                  | 41,0             |
| Frankreich (1995)                       | –                      | 16,9             | –                    | 16,3             |
| Griechenland (1998)                     | –                      | –                | –                    | 25,01            |
| Irland (1990; 1989)                     | 6,8                    | –                | 4,1                  | 48,3             |
| Italien (1995; 1993)                    | 1,52)                  | 18,8             | –                    | 12,8             |
| Niederlande (1986)                      | 4,6                    | 13,9             | 3,3                  | 65,2–65,6        |
| Norwegen (1996–1999; 2000)              | –                      | 13,5             | –                    | 40,03)           |
| Österreich (2000; 1992)                 | 2,2                    | 18,1             | –                    | 14,9             |
| Polen (1993; 1991)                      | 10,9                   | 25,4             | –                    | 35,5             |
| Slowenien (1998)                        | 5,2                    | 19,2             | –                    | 16,04)           |
| Schweiz (1988; 1999)                    | 3,72)                  | 17,6             | –                    | 15,05)           |
| USA (1999–2002; 1995–1997)              | 2,66)                  | 13,8             | –                    | 22,9             |
| USA (1999–2002)                         | 4,07)                  | –                | –                    | –                |
| USA (1999–2002)                         | 7,98)                  | –                | –                    | –                |
| Vereinigtes Königreich (1998)           | 5,3                    | 14,7             | 1,0                  | 46,04)           |

Quelle: IDZ

Internationaler Vergleich zu Zahnverlust und Zahnlosigkeit bei Erwachsenen (35 bis 44 Jahre) und Senioren (65 bis 74 Jahre)

Quelle: WHO, Global Oral Data Bank, 2006, und eigene Dateien

- 1) 65-Jährige
- 2) 30- bis 39-Jährige
- 3) 67- bis 74-Jährige
- 4) 65-Jährige und Ältere
- 5) 70- bis 79-Jährige
- 6) 30- bis 34-Jährige
- 7) 35- bis 39-Jährige
- 8) 40- bis 44-Jährige



### Bezugsquelle

Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005

Herausgeber: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Gesamtbearbeitung: Wolfgang Micheelis, Ulrich Schiffner. Mit Beiträgen von Thomas Hoffmann, Mike John, Thomas Kerschbaum, Wolfgang Micheelis, Peter Potthoff, Elmar Reich, Ursula Reis, Florian Reiter, Ulrich Schiffner, Ernst Schroeder

IDZ-Materialienband 31  
Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV 2006  
ISBN 10: 3-934280-94-3  
ISBN 13: 978-3-934280-94-3  
Bezugspreis: 49,95 Euro

■ Eine allgemeinverständliche Kurzfassung der DMS IV wird voraussichtlich ab 21. November als Download im Internet bereitstehen unter <http://www.kzbv.de> oder <http://www.bzaek.de>

### Sozialschichtabhängigkeit ausgewählter Oralbefunde

|  | niedrig    | mittel     | hoch       |
|--|------------|------------|------------|
| <b>Kinder</b>                              |            |            |            |
| Karieserfahrung (DMFT)                     | 0,8 Zähne  | 0,7 Zähne  | 0,5 Zähne  |
| Kariessanierungsgrad                       | 73,9 %     | 79,1 %     | 82,7 %     |
| <b>Jugendliche</b>                         |            |            |            |
| Karieserfahrung (DMFT)                     | 2,1 Zähne  | 1,8 Zähne  | 1,4 Zähne  |
| Kariessanierungsgrad                       | 76,6 %     | 79,9 %     | 85,0 %     |
| <b>Erwachsene</b>                          |            |            |            |
| Karieserfahrung (DMFT)                     | 15,6 Zähne | 15,1 Zähne | 12,9 Zähne |
| Kariessanierungsgrad                       | 93,9 %     | 95,4 %     | 96,9 %     |
| PAR-Schweregrad 4 (im CPI)                 | 32,9 %     | 19,1 %     | 13,4 %     |
| durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne** | 4,0 Zähne  | 3,0 Zähne  | 1,5 Zähne  |
| <b>Senioren</b>                            |            |            |            |
| Karieserfahrung (DMFT)                     | 23,0 Zähne | 20,6 Zähne | 19,3 Zähne |
| Kariessanierungsgrad                       | 94,2 %     | 95,3 %     | 96,4 %     |
| PAR-Schweregrad 4 (im CPI)                 | 39,1 %     | 36,6 %     | 44,9 %     |
| durchschnittliche Anzahl fehlender Zähne** | 16,0 Zähne | 11,1 Zähne | 8,6 Zähne  |
| völlige Zahnlosigkeit                      | 28,1 %     | 9,9 %      | 5,6 %      |

Quelle: IDZ

Sozialschichtabhängigkeit\* ausgewählter Oralbefunde nach Altersgruppen in der DMS IV  
\* nach Schulbildungs-Index; bei Kindern und Jugendlichen Schulbildung der Eltern  
\*\* ohne Weisheitszähne

der sozialen Schichtung. Die Verteilung der Zahnerkrankungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen weist sogar eine stärkere Polarisation als 1997 auf: Personen mit einem niedrigeren Bildungsstatus (als Indikator sozialer Schichtzugehörigkeit) verhalten sich weniger gesundheitsorientiert und leiden in höherem Maße an Erkrankungen.

### Polarisierung verschärft

Exemplarisch lässt sich das anhand der Karies bei Kindern aufzeigen. 1997 waren 61 Prozent aller Karieserkrankungen auf rund 22 Prozent der Kinder verteilt. (Zu dieser Risikogruppe gehören alle Zwölfjährigen mit mehr als zwei kariösen, gefüllten oder wegen Karies fehlenden Zähnen.)

In 2005 konzentrierte sich die gleiche Karieslast auf nur noch 10,2 Prozent der Kinder. Die Risikogruppe ist also deutlich kleiner geworden, innerhalb der Risikogruppe ist das Ausmaß der Karies aber im

Gegensatz zum Durchschnitt der Altersgruppe seit 1997 nicht nennenswert zurückgegangen. Die Kariespolarisierung hat sich demnach verschärft.

Auch in der Erwachsenen Gruppe wird sichtbar, dass das Risiko für Karieserkrankungen bei Personen mit niedrigem Bildungsstatus wesentlich höher ist. Noch augenfälliger zeigt sich die Polarisation allerdings bei schweren Parodontalerkrankungen. Erwachsene mit niedrigem Bildungsstatus erkranken fast 2,5-mal so häufig an einer schweren Parodontitis wie solche mit hohem Bildungsstatus.

In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen wird die Abhängigkeit der Mundgesundheit von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Bildungsschicht am deutlichsten bei der Anzahl der fehlenden Zähne. Senioren mit niedriger Schulbildung fehlen durchschnittlich 16,0 Zähne (ohne Weisheitszähne), während es bei Untersuchten mit hohem Bildungsstatus nur 8,6 Zähne sind.

pr/IDZ

Differentialdiagnose der cervicalen Schwellung beim Kind

## Gemischtes Angiom (Hämangiolymphangiom)

Christian Walter, Martin Kunkel



Abbildung 1: Klinischer Befund vor der Entfernung. Die rechte Halskontur wird durch die Läsion leicht vorgewölbt.

Ein zweieinhalbjähriges Kind wurde mit einer seit über einem Monat bestehenden Raumforderung mit anamnestisch wechselnder Größe im Bereich der Halsweichteile rechts vorgestellt. Ein halbes Jahr zuvor war bei dem kleinen Patienten eine Mononucleosis infectiosa (Pfeiffer-Drüsenfieber) diagnostiziert worden. Zum Zeitpunkt der Vorstellung wurde das Kind bei einem positivem Streptokokkennachweis an der Rachenhinterwand antimikrobiell behandelt.

Als führender klinischer Befund fand sich mediocervical ein runder, sehr derber, kaum druckdolenter Knoten von etwas über zwei Zentimetern Durchmesser, der am liegenden Patienten die Halskontur sogar etwas vorwölbte (Abbildung 1). Der Befund war zunächst als „Lymphknotenabszess“ vordiagnostiziert worden, allerdings sprachen sowohl die geringe Schmerzhaftigkeit als auch die gute Verschieblichkeit gegenüber den Nachbarstrukturen gegen eine akute entzündliche Infiltration. Auch sonographisch ließen sich keine Merkmale eines Abszesses, beispielsweise eine zentrale Einschmelzungszone oder eine umgebende entzündliche Infiltrationszone, erkennen (Abbildung 2). Im Gegenteil handelte es sich um ein so-



Abbildung 2: Sonographie. In der sonographischen Untersuchung stellt sich eine gut begrenzte Läsion mit einer weitgehend homogenen Binnenstruktur dar. Hinweise auf eine zentrale Einschmelzung finden sich nicht. Es fehlt die für einen Lymphknoten typische Hilusstruktur.

nomorphologisch solides Gebilde, das dopplersonographisch einen großlumigen Gefäßzufluss und eine zentrale Gefäßstruktur aufwies (Abbildung 3). Eine lymphknotentypische Hiluskonfiguration, die hier auf ein Residuum der abgelaufenen Mononukleose hinweisen würde, fand sich nicht. Bei unklarer Dignität und fehlenden klinischen Ursachen einer chronischen Entzündung erfolgte die diagnostische Entfernung



Abbildung 4: Resektat. Der Befund stellt sich nach der Entfernung als gut abgegrenztes, dunkel livides Gebilde dar. Daneben findet sich aber auch ein blasig erscheinender Anteil, der von der Textur her einem großen Lymphgefäß entspricht.

Der aktuelle klinische Fall

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



Abbildung 3: Gefäßdarstellung. In der Dopplerdarstellung der Gefäße wird ein starkes zentrales Gefäß erkennbar.

des Befundes. Es handelte sich um einen abgegrenzten Tumor mit schwacher Kapselbildung, der unmittelbar unter dem Platysma am anterioren Rand des Musculus sternocleidomastoideus lag. Das zuführende Gefäß wurde koaguliert und die Läsion aus der Umgebung stumpf ausgelöst. Das Präparat zeigte neben einem zentralen kugligen, bläulich-lividen Anteil auch einen hellen Bereich, der von der Wandstärke an einen Lymphgang erinnerte (Abbildung 4). Der Anschnitt (Abbildung 5) des Tumors zeigte eine inhomogene Oberfläche mit



Abbildung 5: Anschnitt des Resektates. Im Anschnitt des Resektates zeigt sich ein inhomogener Aufbau, teilweise mit kleinen bluthaltigen Sinus. Die tief dunklen Zonen können kleinen Thrombosierungseffekten entsprechen.

kleinen blutgefüllten Sinus und einzelnen kleinen thrombotischen Arealen.

Auch histopathologisch (Abbildungen 6a bis d) zeigte sich ein inhomogener Aufbau. In Anteilen der Läsion sind ausgedehnte blutgefüllte Räume erkennbar, andere Anteile (6b) zeigen weiträumige ektatische Lymphgefäße. Abbildung 6c zeigt einen Ausschnitt, in dem hämangiomtypische und lymphangiomtypische Bereiche neben einer Zone lymphatischen Gewebes vorliegen. Mit diesen Charakteristika ergab sich abschließend die Diagnose eines gemischten Angioms. Das histologische Präparat wurde freundlicherweise von Dr. Wiltrud Coerdts, Institut für Kinderpathologie, Mainz, zur Verfügung gestellt.

## Diskussion

Auch wenn gemischte Angiome (sogenannte Hämangiolympangiome) vereinzelt als benigne Neoplasien angesprochen werden [Zacharia et al., 2003], handelt es sich nach heute überwiegender Auffassung um sogenannte Gefäßmalformationen, das heißt nicht neoplastische, anlagebedingte und damit bei Geburt bereits vorhandene Läsionen [Jian, 2005; Tseng et al., 2002; Wang et al., 2005]. Gerade bei kleinen und oberflächenfernen Befunden werden diese aber durchaus nicht immer bereits um die Geburt oder zu einem frühen Zeitpunkt klinisch erkannt. Auch im vorliegenden Fall war vor dem Hintergrund der mediozervikalen Lokalisation und der im Vorfeld abgelaufenen Mononukleose sehr viel wahrscheinlicher mit einem Lymphknotenbefund zu rechnen, zumal der Knoten palpatorisch sehr derb erschien.

Die für eine Gefäßmalformation ungewöhnliche Festigkeit des Befundes, die ja schließlich zur klinischen Wahrnehmung führte, ist möglicherweise auf eine partielle Thrombo-

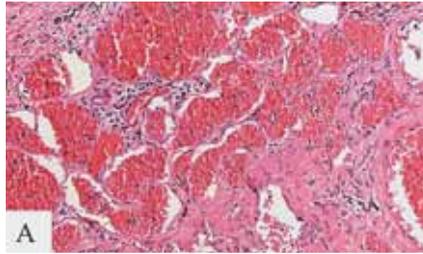
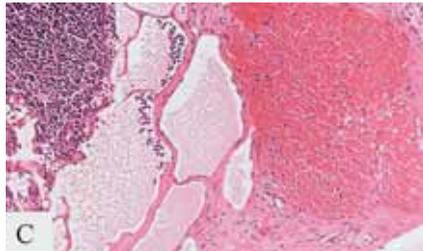
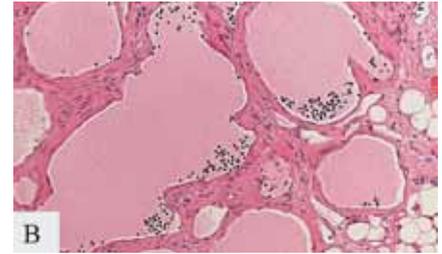


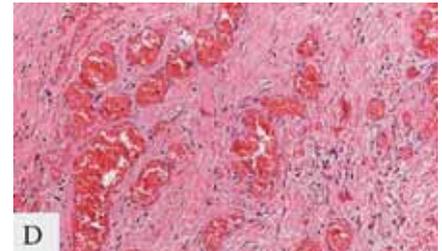
Abbildung 6: Histologie (Färbung HE, Originalvergrößerung jeweils 200x)  
a) Anteil aus dem Tumor hier mit ausgedehnten blutgefüllten Gefäßkonvoluten, dem typischen Aspekt eines Hämangioms.



c) Ausschnitt aus der Übergangszone mit blutgefüllten Gefäßen und blutleeren Lymphspalten. Neben den Lymphspalten wird lymphatisches Gewebe erkennbar.



b) Ausschnitt aus dem lymphangiomatösen Anteil. Die hier angeschnittenen, sehr dünnwandigen Lymphgefäße sind nicht durch Erythrozyten gefüllt. Stattdessen finden sich vereinzelte Lymphozyten.



d) Ausschnitt aus dem Hämangiomaanteil, in dem weniger Blutgefäße, dafür aber ein höherer Anteil fibröses Gewebes erkennbar wird. Diese Gewebearchitektur ist für den palpatorisch festen Charakter des Knotens verantwortlich.

sierung und einen nachfolgenden sekundären fibrotischen Umbau zurückzuführen. Zumindest waren die Gefäßformationen in Teilen des Tumors von einer breiten fibrösen Gewebzone umgeben (Abbildung 6d). Im Gegensatz zu den echten Hämangiomen, für die eine spontane Involution geradezu charakteristisch ist, wird die Rückbildung vaskulärer Malformationen generell

## Fazit für die Praxis

- Gefäßtumoren und Gefäßfehlbildungen kommen zu einem sehr großen Anteil in der Kopf- und Halsregion vor.
- Eine wichtige Unterscheidung betrifft die Abgrenzung von anlagenbedingten und damit bei Geburt vorhandenen Gefäßfehlbildungen (vaskuläre Malformationen) von den echten Gefäßtumoren (zumeist Hämangiomen).
- Hämangiome zeigen häufig eine spontane Involution, vaskuläre Malformationen haben grundsätzlich keine Rückbildungstendenz.
- Gemischte Angiome werden überwiegend als Gefäßfehlbildungen angesehen, sie haben aber die Besonderheit, dass die hämangiomatöse Komponente spontane Involutionstendenz zeigen kann.

nicht beobachtet [Werner et al., 2001]. Gemischte Angiome können hier eine Besonderheit darstellen, denn für diese Läsionen wird vereinzelt eine Involution der hämangiomatösen Komponente beschrieben [Zacharia et al., 2003]. Es handelt sich demnach um ein Beispiel biphasischer Läsionen, bei denen beide Komponenten ganz unterschiedliche biologische und klinische Verhaltensweisen zeigen.

Da ein großer Teil, bis zu 60 Prozent, der Gefäßtumoren und Gefäßfehlbildungen die Kopf- und Halsregion und teilweise auch die Mundhöhle betrifft, hat diese Erkrankungsgruppe immer wieder diagnostische, differentialdiagnostische aber auch therapeutische Bedeutung in der oralen Medizin.

Dr. Christian Walter  
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel  
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität  
Augustusplatz 2, 55131 Mainz  
kunkel@mgk.klinik.uni-mainz.de



Auch für den „Aktuellen klinischen Fall“ können Sie Fortbildungspunkte sammeln. Mehr bei [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter Fortbildung.



Die Literaturliste können Sie unter <http://www.zm-online.de> abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Aus dem Praxisalltag

## Die Rettung hoffnungsloser Zähne durch Trans-Replantation

**Wie schon bei dem Verfahren der Trans-Replantation stark gelockerter und elongierter Zähne gezeigt (zm 94/4/2004, Starget 01/2006), kann auch in bislang hoffnungslosen Fällen eine Stabilisierung und Knochenregeneration mithilfe von Emdogain® erzielt werden.**



Abbildung 1: Patient A, Zahn 31  
Ausgangsbefund am Tag der Trans-Replantation (26. 3. 2004)

In den beiden hier vorgestellten Fällen handelte es sich um vitale kariesfreie Zähne, die aus nicht ohne Weiteres nachvollziehbaren Gründen einen nahezu vollständigen Knochenabbau erlitten haben. Zahn 31 bei Patient A, starker Raucher, 69 Jahre alt, war zudem füllungsfrei, Zahn 38 bei Patient B, 51 Jahre alt, war nur mit einer kleinen, intakten okklusalen Füllung versorgt (siehe Abbildungen 1 und 4).

Bei beiden Fällen hatte sich der Knochen zirkulär nahezu vollständig abgebaut und die Zähne wiesen Lockerungsgrad III auf. Dass die Furkation bei Zahn 38 weit offen lag und durchgängig sondierbar war (Grad 3) kann schon bei genauer Betrachtung des Röntgenbildes (Abbildung 4) vom 15. Januar 2001 erkannt werden. Bis zum Tag der Wurzelbehandlung und Trans-Replantation, am 17. September 2001, hatte sich dieser Zustand nochmals deutlich verschlechtert.



Abbildung 2: Patient A, Zahn 31  
Zustand 15 Wochen nach Trans-Replantation (14. 9. 2004)

Die therapeutische Vorgehensweise war in beiden Fällen identisch. In Lokalanästhesie wurden die Wurzelkanäle intraoral darge-



Abbildung 3: Patient A, Zahn 31  
Zustand 17 Monate nach Trans-Replantation (20. 10. 2005)

stellt und bis Größe 40 aufbereitet. Nach der Extraktion der Zähne wurde extraoral eine Spülung, Trocknung und Füllung der Wurzelkanäle mit Guttaperchastift und Endomethasone vorgenommen. Die Alveolen wurden mit einem scharfen Löffel kürettiert und vor allem von dem in die Tiefe gewachsenen Epithel befreit. Auf das sonst für das eingangs angesprochene Verfahren der Trans-Replantation typische Tieferlegen der Alveole konnte bei Zahn 31 durch den ohnehin bestehenden Knochendefekt um die Wurzelspitze verzichtet werden. Die distale Alveole des Zahnes 38 wurde mit einer Kürette gründlich kürettiert, um sämtliches infiziertes Wurzelhautgewebe und Wurzelzement zu entfernen. Im Falle des Zahnes 38 wurde die Bifurkation mit einem flammenförmigen Rot-Korn-Diamanten unter Wasserkühlung mit der Turbine zusätzlich bearbeitet, damit auch schwer zugängliche Stellen interradiär sicher geglättet werden konnten.

Die vorbereiteten Zahnwurzeln wurden anschließend mit dem Luftbläser getrocknet und mit 35-prozentiger Phosphorsäure 15 bis 20 Sekunden geätzt, gespült und wieder getrocknet. Auf die dann matt schimmernden Wurzeloberflächen wurde Emdogain® appliziert. Abschließend wurden die Zähne in die vorbereiteten Alveolen trans-replantiert. Zahn 31 der zuvor nach labial protrudiert stand, wurde dabei ästhetisch günstiger, unter Lückenverengung, näher an Zahn 41 gestellt. Eine einfache lichthärtende Kunststoffschienung in Säure-Ätz-Technik an jeweils einen Nachbarzahn sorgte für ausreichende Stabilität.

Die Röntgenbilder des postoperativen Verlaufes (Abbildungen 2, 3, 5 und 6) zeigen die unerwartet eindrucksvolle Knochenregeneration bei gleichzeitig fehlenden Resorptionszeichen. Die Frage, ob sich ein neuer Parodontalspalt gebildet hat, kann röntgenologisch nicht eindeutig geklärt werden. Beide Zähne erscheinen ohne jeglichen Lockerungsgrad klinisch stabil, mit – bis auf 31 mesial – entzündungsfreien Taschen. Die Sondierungstiefen betragen zirkulär ein bis zwei Millimeter und nur an 31 mesial fünf Millimeter. Die Pflege des Patienten im Interdentalraum 31/41 ist mäßig bis schlecht,



Abbildung 4:  
Patient B, Zahn 38  
Zustand acht Monate  
vor der Trans-Replan-  
tation (15. 1. 2001)



Abbildung 5:  
Patient B, Zahn 38  
Zustand unmittelbar  
nach der Trans-Re-  
plantation (17. 9.  
2001)



Abbildung 6:  
Patient B, Zahn 38  
Zustand dreieinhalb  
Jahre nach der Trans-  
Replantation

so dass dort eventuell von einem Rezidiv ausgegangen werden muss. Ansonsten sind sogar diese, auch von versierten Zahnärzten als hoffnungslos eingestuft Zöhne bis zum heutigen Tage absolut fest und in der ihnen zugeordneten Funktion.

*Dr. Thomas Hiedl  
Ludwigsplatz 36, 94315 Straubing*

*Prof. Dr. Dr. Ralf Dammer  
Bahnhofplatz 1a, 94315 Straubing*

# Psychologie als Handwerkszeug für den Praktiker

Kenntnisse von Psychologie und Psychosomatik sind die Rüstzeuge neben zahnmedizinischem und medizinischem Wissen, um alltäglich den Anforderungen der Behandlung von Patienten erfolgreich begegnen zu können. Dieser interaktive Fortbildungsteil ermöglicht es dem Zahnarzt, der sich bislang noch nicht mit dieser wichtigen Thematik auseinandergesetzt hat, sich mit einzelnen Themen zu diesem Fachkomplex intensiv zu beschäftigen und nach Erarbeitung der Themen sein Wissen interaktiv zu überprüfen.



Parallel zu diesem Fortbildungsteil haben der Ausschuss für präventive Zahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer und der Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik in der Zahnmedizin, die diesen Teil maßgeblich mitgestaltet haben, einen Leitfaden entwickelt, der dem Zahnarzt eine Art „Vademecum“ liefern soll. Dieser Leitfaden ist für jeden Zahnarzt in gebundener Form ab etwa 1. Dezember über seine zuständige Kammer abrufbar.

Patienten, die den vermeintlichen Misserfolg einer Zahn(-ersatz-)behandlung beklagen, gibt es immer häufiger. Nur selten ist eine nicht lege artis durchgeführte Behandlung die Ursache für die Beschwerde. Vielmehr liegt oftmals eine psychische Grunderkrankung des Patienten vor, die eine erfolgreiche zahnärztliche Behandlung von Grund auf ausschließt. Wird diese nicht rechtzeitig vom Zahnarzt erkannt, sind die Folgen unvermeidlich. **Dr. Inge Staehle**, Erlangen, zeigt typische Fehler auf, die seitens des Zahnarztes mit psychosomatisch erkrankten Patienten bei rechtzeitigem Erkennen vermieden werden können.

Das Gespräch des Zahnarztes mit seinem Patienten ist ein komplexes Geschehen im allgemeinen Behandlungsablauf und steht nicht nur zur Anamneseerhebung, sondern auch während des gesamten Behandlungsverlaufes an oberster Stelle.

Privatdozent **Dr. Ralf Nickel**, Schlangenbad, zeigt allgemeine Grundprinzipien auf und macht auf Fehler aufmerksam, die häufig im Umgang mit dem Patienten gemacht werden. Deutlich wird: Neben zahnmedizinischem Fachwissen ist die Führung des Patienten im Gespräch das A und O einer erfolgreichen Behandlung. Und das kann erlernt werden.

Der atypische Gesichtsschmerz zeichnet sich durch ein chronisches Beschwerdebild aus, das eine eindeutige Zuordnung der Ursache nicht erkennen lässt, aber mit einer hohen Komorbidität psychischer Störungen einhergeht. **Professor Dr. Dr. Stefan Evers**, Münster, geht auf dieses Krankheitsbild näher ein und warnt davor, bei Patienten mit ideopathischem Gesichtsschmerz invasive Behandlungen jeglicher Art durchzuführen.

Irritationen an der Mundschleimhaut oder allgemeine Befindlichkeitsstörungen werden immer häufiger beklagt. Statistiken belegen, dass diese Beschwerden besonders von weiblichen Patienten im mittleren Lebensabschnitt vorgebracht werden. Liefert die Anamnese keinerlei organische Anhaltspunkte, liegt die Verdachtsdiagnose der Materialunverträglichkeit nahe, soweit Zahnersatz vorhanden ist. Dieses Thema nimmt Privatdozent **Dr. Randolph Brehler**, Münster, näher unter die Lupe.

Probleme, die im Praxisalltag anstehen, einfach negieren oder gar in sich „hinein fressen“, das ist für manchen Zahnarzt eine nur kurzfristige Lösung. Langfristig führt dieses Verfahren zu Stress und psychischer Belastung des Zahnarztes, die dann nicht selten ihren Weg in einer Erkrankung suchen. Um diesem zu begegnen, hat der ungarische Arzt Michael Balint, Freud-Schüler, eine Methode entwickelt, diese Belastung in Gruppengesprächen abzubauen. **Professor Dr. Stephan Doering**, Münster, stellt die Methode der Balintarbeit vor und gibt Tipps, wie man eine Gruppe finden kann. ■

Für den diesjährigen zm-Herbstfortbildungsteil können Sie Fortbildungspunkte sammeln.

Achtung, der Zulassungsmodus hat sich geändert!

Die Fragen finden Sie bei [www.zm-online.de](http://www.zm-online.de) unter @-Fortbildung

**Verantwortlich für den Fortbildungsteil:**

**Prof. Dr. Elmar Hellwig**  
**Prof. Dr. Detlef Heidemann**  
**Susanne Priehn-Küpper**

# Typische Fehler angesichts psychosomatischer Störungen



**Dr. Inge Staehle**

Studium der Zahnmedizin in Tübingen, Assist. an der Klinik für ZMK-Krankheiten, Chirurg. Abt., Hamburg, Oralchirurgie, OÄ und kommissar. Leiterin des Zahnärztl. Fortbildungszentrums der LZÄK BW in Stuttgart, 1989 bis 2004: Assist. an der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik in Erlangen-Nürnberg, Behandlungsschwerpunkte: Funktionsdiagnostik, Psychosomatik, Psychotherapie (u.a. Autogenes Training, NLP (Master-practitioner), Systemische und Familientherapie, EMDR (Traumatherapie), Balint-Gruppenarbeit, Hypnose, Körperorientierte Psychotherapie nach G. Downing, „Funktionelle Entspannung“ (FE) nach M. Fuchs, seit 2005 Lehrbeauftragte (Anwärterin) für FE  
Seit 2004 niedergelassen in eigener Privatpraxis mit dem Schwerpunkt „Psychosomatische Zahnmedizin“

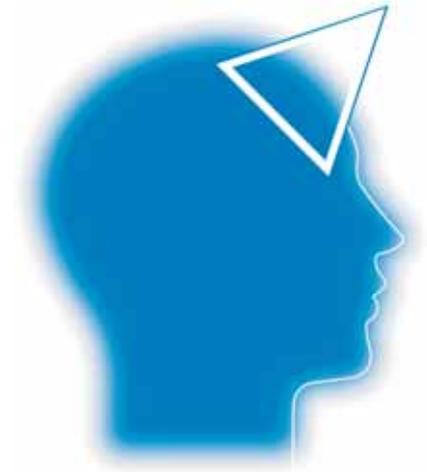
Mitglied im Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), seit 2001 im Vorstand des Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik in der ZHK in der DGZMK und APW (Curriculum Psychosomatische Grundkompetenz für Zahnärzte), seit 2002 im Präsidium der Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung (AFE)

Mehr als jedes andere medizinische Fachgebiet ist die Zahnmedizin in erster Linie eine biologische Medizin, deren Symptome sich scheinbar einfach nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip erklären und behandeln lassen (Mensch=Maschine-Modell). So wird Zahnmedizin hauptsächlich gelehrt, angewandt und von Zahnärzten und Patienten in stiller Übereinkunft verstanden. Mit Behandlung wird „Handanlegen“ erwartet und praktiziert. Im Allgemeinen tritt daraufhin eine Veränderung der Symptomatik ein, meistens in Richtung Besserung, woraus von allen Beteiligten auf das richtige Vorgehen geschlossen wird. Erst wenn intensives Behandeln und (zahn-)technische Maßnahmen nicht zum Erfolg führen, wird nach weiteren Ursachen und bedeutungsvollen Zusammenhängen gesucht, aber erst dann.

Dabei wäre auch für Zahnärzte bei bestimmten Symptomen (Bruxismus oder Parafunktionen, chronischen, länger als sechs Monaten bestehenden Schmerzen, Maladaptation eines Zahnersatzes, Zahnbehandlungsangst) ein systemischer Denkansatz für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell hilfreich, bei dem die Wechselwirkungen der beteiligten Faktoren jedoch nicht immer vorhersehbar sind.

## 1. Fehler: Missachtung bio-psycho-sozialer Faktoren

Wenn das Zusammenspiel von bio-psycho-sozialen Faktoren von Zahnärzten und Patienten nicht beachtet wird, können Symptome mit psychosomatischem Hintergrund nicht erfolgreich therapiert werden. Zum Krankheitsverständnis von Patienten, bei denen psycho-soziale Faktoren wesentlich zum Krankheitsgeschehen beitragen, gehört es, dass die Patienten glauben, dass Ärzte und Zahnärzte Befunde übersehen und deshalb keine passende oder geeignete Therapie einleiten können. Deshalb drän-



gen sie auf immer neue und wiederholte Untersuchungen. Dies kommt besonders im Rahmen der Somatoformen Störung (nach der zehnten International Classification of Diseases, ICD 10) vor. Es wird nicht berücksichtigt, dass sich innerhalb eines bio-psycho-sozialen Systems biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden gegenseitig beeinflussen. Ebenso können psycho-soziale Einflussfaktoren dazu führen, dass sich seelische Konflikte in körperliche Symptome und Krankheiten umwandeln, was als Somatisierung bezeichnet wird. Nur durch diesen Denkansatz können diese Symptome rich-

### Symptome oder Erkrankungen mit möglichem psychosomatischen Hintergrund:

- Cranio-mandibuläre Dysfunktion, Bruxismus, Parafunktionen
- Maladaptation eines Zahnersatzes, psychogene Prothesenunverträglichkeit
- Zungen- oder Schleimhautbrennen, Burning-Mouth-Syndrom
- Chronische Gesichtsschmerzen
- Tinnitus
- Zahnbehandlungsphobie

tig diagnostiziert und therapiert werden. Am Beispiel der Schmerzentstehung lässt sich erklären, wie sich bio-psycho-soziale Faktoren beeinflussen: Das Schmerzsystem setzt sich aus dem lateralen und medialen Schmerzsystem zusammen, beide sind an der Schmerzleitung beteiligt. Das laterale Schmerzsystem hat die Aufgabe, den Schmerz bewusst zu machen und die Lokalisation des Schmerzes im Körper anzuzeigen. Das mediale Schmerzsystem hat eine Filterfunktion. Hier wird der Schmerzreiz analysiert und in Abhängigkeit von individuellen autobiographischen Erfahrungen mit Schmerz, Stress und Angst interpretiert. Dem entsprechend subjektiv gefärbt fällt das Schmerzerleben aus und davon ausgehend die Reaktion auf den äußeren Reiz.

## 2. Fehler: keine gute Arzt-Patient-Beziehung

Mancher Zahnarzt glaubt, dass es nicht so darauf ankommt, wie man mit dem Patienten redet, oder dass man als Kommunikationsexperte geboren wird oder eben nicht, was dann so akzeptiert werden muss. Viele wissen nicht, dass man als Arzt Kommunikation braucht und lernen kann.

Die Zahnmedizin ist prädestiniert, den Erfolg einer zahnärztlichen Behandlung in erster Linie handwerklicher Perfektion zuzuschreiben, obwohl dieser Erfolg in einem hohen Prozentsatz von der Persönlichkeit des Zahnarztes selbst abhängt, und ganz besonders von der Art und Weise, wie der Zahnarzt Behandlungsmethoden auswählt, begründet und vorschlägt. Selten kann ein Patient das handwerkliche Ergebnis einer zahnärztlichen Behandlung objektiv beurteilen. In seine Bewertung fließt vor allem das Vertrauen ein, das er dem Zahnarzt und seiner Behandlung entgegenbringt, sowie die Tragfähigkeit der Arzt-Patient-Beziehung und die Empathie des Zahnarztes ihm gegenüber. Nur wenn die Wünsche und Bedürfnisse des Patienten dem Zahnarzt bekannt sind, fühlt sich der Patient verstanden, und erst dann kann ihre Realisierbarkeit entsprechend den zahnmedizinischen Möglichkeiten mit dem Patienten geklärt werden.

### Eine ausführliche biographische Anamnese ist zu erheben, wenn:

- die Beschwerden auf eine inkongruente Art und Weise geschildert werden,
- die Beschwerden hinsichtlich der Lokalisation („mal oben, mal unten“) fluktuieren,
- sie unbeeinflussbar sind, sodass auch normale zahnärztliche Maßnahmen keine oder eine nicht nachvollziehbare Wirkung zeigen,
- von häufigen („Doctorhopping“) und häufig wechselnden Arztbesuchen bei immer prominenteren Ärzten („Koryphäenkillersyndrom“) berichtet wird, besonders, wenn die anfänglich unterwürfig hilfsbedürftige Haltung („Sie sind meine letzte Rettung!“) zu einer mehr oder weniger deutlich gezeigten Abwertung (auch früherer Ärzte oder Zahnärzte) führt.

Im Rahmen einer psychosomatischen Erkrankung, und besonders bei länger dauernden, chronischen Schmerzen, ist mancher Patient jedoch nicht in der Lage, die Entscheidung für eine bestimmte Behandlungsmethode zu treffen und letztlich dafür die Verantwortung zu übernehmen. Den Patienten in dieser Krankheitsphase akzeptieren zu können, ihn nicht zu überreden oder gar zu überrumpeln, sondern ihn durch diese Zeit zu begleiten, ist ärztliches Handeln und erfolgt vor allem durch das ärztliche Gespräch.

## 3. Fehler: Unvollständige Datenerhebung

Typisch für Patienten mit psychosomatischer Genese ist die offensichtliche Diskrepanz von subjektiver, oft extrem schlechter Befindlichkeit und fehlenden oder zunächst unerklärlichen somatischen Befunden. Wenn dieser Knoten nicht durch eine vertiefte Beschwerde- und Anamneseerhebung gelöst wird, werden ausgehend vom traditionellen Beschwerdekonzepkt somatische Behandlungen durchgeführt, ohne dass psycho-soziale Faktoren im Rahmen der Therapieplanung berücksichtigt werden. Sie nicht zu kennen, kann zu einem Misserfolg der Behandlung führen. Sie werden am einfachsten im Rahmen einer bio-

psycho-sozialen Anamnese ermittelt, auch wenn diese vielfach auf Widerstand, Verärgerung und Aggressionen seitens der Patienten stößt.

## 4. Fehler: Angst vor der Aufklärung des Patienten

Mit dem Erkennen psychosomatischer Einflussfaktoren ist die Aufgabe des Zahnarztes noch nicht erledigt. Diese Erkenntnis muss dem Patienten vermittelt werden, was vielfach aus Scheu vor den Reaktionen beziehungsweise aus einer gewissen Hilflosigkeit heraus nur unzureichend oder gar nicht durchgeführt wird. Eine ungenügende oder nicht rechtzeitige Aufklärung über die Beteiligung psycho-sozialer Ursachen am Krankheitsgeschehen trägt zu einer Verstärkung des traditionellen Krankheitsmodells bei. Wenn psychische Ursachen als letzter Erklärungsversuch angeführt werden, wenn alle anderen (teueren) Maßnahmen versagt haben, fühlt sich der Patient zum Schluss allein gelassen mit seinen (doch nicht „eingebildeten“) Schmerzen, weil sich der Zahnarzt nur für die organischen Schmerzen zuständig fühlt.

Am einfachsten erfolgt die Aufklärung über Stress- oder Schmerzentstehungs-Modelle, und zwar zunächst ganz allgemein bereits im Rahmen der Anamnese oder Befunderhebung. Das Ziel sollte sein, dass ein Umdenken des Patienten im Sinne eines Lernprozesses mit Konsequenzen für seine Emotionalität und sein Verhalten eingeleitet wird, was langfristig zu einer individuellen, dem Umfeld des Patienten angepassten Verbesserung der Schmerz-, Stress- und Angstbewältigung führt. Der Patient lernt dabei, aus dem Gefühl der Hilflosigkeit herauszufinden. Professionelle Hilfe wird hierfür von der Psychosomatik oder Psychotherapie geleistet.

## 5. Fehler: Schlechter Draht zum Psychosomatiker

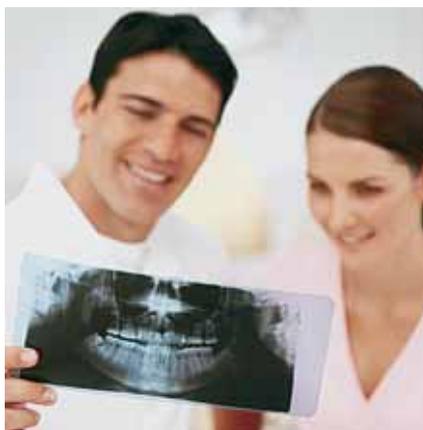
Manchmal verhalten sich Patienten so auffällig, dass relativ schnell klar ist, dass der Patient möglichst bald zum Psychosomatiker oder Psychiater überwiesen werden

muss. Dabei wird übersehen, dass gerade auch die psychisch auffälligen Patienten gründlich auf somatische Befunde untersucht werden müssen und für die Überweisung an den Facharzt eine ausreichende Ausschlussdiagnostik erforderlich ist. Objektive zahnärztliche Befunde (Karies, Parodontitis, Okklusions- und Artikulationsstörungen) müssen vor einer Überweisung zum Psychotherapeuten beseitigt werden, langwierige irreversible Maßnahmen (Implantate, umfangreiche prothetische Maßnahmen) sollten verschoben und provisorische und/oder reversible Maßnahmen bevorzugt werden. Eine zu frühe Überweisung ohne Abklärung somatischer Befunde durch den Zahnarzt bringt den Zahnarzt selbst und den Psychosomatiker in Schwierigkeiten, den Patienten von der Beteiligung psycho-sozialer Faktoren am Krankheitsgeschehen überzeugen zu können.

Je heftiger ein Patient psychische Begleitfaktoren für sich ablehnt, umso wahrscheinlicher tragen sie zum Krankheitsgeschehen bei und umgekehrt, je eher ein Patient psychische Faktoren bei sich in Erwägung zieht, umso sorgfältiger muss der Zahnarzt nach organischen Befunden suchen.

Erst wenn sicher ist, dass keine Befunde mehr die Beschwerden des Patienten hinreichend erklären, sollte die Überweisung erfolgen und dem Kollegen ausdrücklich mitgeteilt werden, dass keine Befunde mehr vorliegen. Ansonsten läuft man Gefahr, dass die Betroffenen den Psychotherapeuten von der somatischen Genese ihrer Beschwerden überzeugen und dieser weitere Nachuntersuchungen oder Nachbesserungen veranlasst. Das bekräftigt das somatische Krankheitsmodell des Patienten und nimmt ihm jegliche Motivation, sich in eine psychotherapeutische Behandlung einzubringen und aktiv an einer Veränderung der belastenden psycho-sozialen Faktoren (Angst, Stress, Minderwertigkeitsgefühle) mitzuarbeiten.

Bis zum Zeitpunkt der Überweisung oder solange eine zahnärztliche Behandlung ansteht, kann der Patient durch Selbstbeobachtung beim Ausüben von Parafunktionen oder durch die Erstellung eines Schmerztagebuchs an der Diagnostik beteiligt wer-



*Keine unvollständige oder gar fehlerhafte Datenerhebung, dann ist schon ein wichtiger Fehler vermieden. Hier die Begutachtung eines OPGs im Team.*

den. Auch die entlastende Wirkung einer Schienenbehandlung oder die Reaktion auf eine Prothesenkaenz kann zur Ausschlussdiagnostik beitragen.

## 6. Fehler: Überbewertung von somatischen Befunden

Besonders wenn Patienten mit einer Zahnbehandlung (wie einem neu angefertigten Zahnersatz) unzufrieden sind, werden vom Zahnarzt viele Versuche der Nachbesserung unternommen, was oft je nach Umfang der psycho-sozialen Begleitfaktoren erfolglos ist. Patienten wechseln dann nach mehr oder weniger häufigen „Verschlimmbesserungen“ den Zahnarzt oder suchen einen Gutachter auf. Minibefunde, Bagatelldiagnosen oder Zufallsbefunde werden dabei oft überbewertet. Wenn die Behandlungsnachfolger oder Gutachter wieder nur somatische Ursachenforschung betreiben, ohne psycho-soziale Faktoren in Erwägung zu ziehen, wird ein Krankheitsverständnis des Patienten gefördert, das die „Schuld“ und die Ursache der Beschwerden nur in der Inkompetenz des behandelnden Zahnarztes sieht. Schlimm daran ist nicht die einseitige Schuldzuweisung, sondern dass es dem Patienten dadurch nicht mehr möglich ist, so weit einsichtig zu werden, dass er selbst zu einer Verbesserung seiner Beschwerden beitragen muss. Doch dies ist meist die einzige Möglichkeit und Hilfe für den Patienten, zu lernen, im Rahmen einer

Psychotherapie seine Beschwerden selbst beeinflussen und damit lindern zu können. Für diese Lernprozesse sind viele „ehemalige“ Patienten letztlich dankbar, da sie insgesamt zu ihrer Persönlichkeitsentwicklung beigetragen haben.

## 7. Fehler: Behandlung auf Wunsch des Patienten

Wenn Patienten nachhaltig auf einer Zahnbehandlung beharren, in der Meinung, dass in einem althergebrachten Ursache-Wirkungsprinzip „Zahnweh = Zahn raus“ bedeutet, bedarf es einer großen Gelassenheit und Kenntnisse über psychosomatische Zusammenhänge, sich den Forderungen des Patienten zu widersetzen. Nicht selten gelingt es den Patienten, im Alltagsstress, im Notdienst oder Feierabend, auf Behandlungen zu bestehen, die sich hinterher als erfolglos und nicht indiziert erweisen. Eine gründliche Untersuchung ist notwendig (so viel wie nötig, so wenig wie möglich), aber weitere, vor allem auf Drängen des Patienten veranlasste Untersuchungen oder gar Behandlungen sollten abgelehnt werden, sofern sie nicht eindeutig in Zusammenhang mit einem objektiven, akuten Geschehen erforderlich werden.

## Zusammenfassung

Nicht erst seit der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 sollte klar sein, dass es nur im Team geht: Bei der Behandlung von Krankheiten, die in das Ressort von mehreren Ärzten fällt, kann nur eine von allen Beteiligten (dazu gehört auch der Patient!) akzeptierte Zusammenarbeit im Team erfolgreich sein. Jeder muss auf seinem Platz entsprechend seinen Kompetenzen zum Gelingen der Therapie beitragen. So kann der vielleicht größte Fehler vermieden werden, als Zahnarzt zu glauben, man wäre allein kompetent genug, sich für alle Beschwerden im Mundbereich verantwortlich, verpflichtet und zuständig fühlen zu müssen.

*Dr. Inge Staehle  
In der Reuth 41, 91056 Erlangen  
inge.staehle@zahnpsyche.de*

# Zahnärztliche Gesprächsführung von der Anamnese bis zur Aufklärung



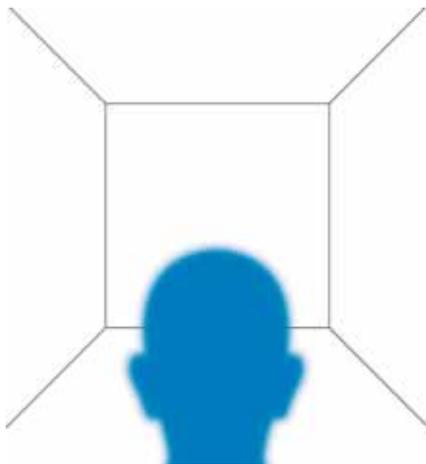
**Priv. Doz. Dr. med. Ralf Nickel**

geboren 1963, Studium von 1985 bis 1991 in Mainz  
07/1992 Promotion im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 11/97 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 11/99 Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie, 06/2003 Habilitation im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 01/1992 bis 02/2002 Assistenzarzt in verschiedenen Kliniken und Fachbereichen (Innere, Orthopädie, Psychiatrie), 03/2002 bis 06/2005 Oberarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Mainz, seit 07/2005 Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden am Standort in Schlangenbad

Das Gespräch des Zahnarztes mit seinem Patienten ist ein komplexes Geschehen, das zum einen mehrere Aufgaben erfüllt, und zum anderen auf verschiedenen Ebenen abläuft: Neben der verbalen ist auch die non-verbale Kommunikationsebene zu berücksichtigen. Die Aufgaben des zahnärztlichen Gespräches reichen von der Durchführung der Anamnese über die Mitteilung von allgemeinen und spezifischen Informationen bis hin zur Aufklärung hinsichtlich konkret anstehender Eingriffe und Behandlungsprozeduren, in einzelnen Fällen auch die Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, beispielsweise die eines Tumors.

Ein in Untersuchungen gut belegtes Ergebnis ist, dass Behandler mit sicherem Auftreten, die Informationen klar vermitteln und dies mit einem guten emotionalen Einfühlungsvermögen verbinden, auch die besseren Behandlungserfolge erzielen.

Eine gelungene zahnärztliche Gesprächsführung ist insbesondere bei der Führung von Patienten mit starken Ängsten sowie bei Patienten mit komplexen Beschwerdebildern, wie Craniomandibulärer Dysfunktion, Somatoformer Schmerzstörung oder komorbiden psychischen Erkrankung (unter anderem Depressionen), besonders hilfreich. Je nach Untersuchung haben immer-



hin 10 bis über 15 Prozent der Patienten starke Ängste vor der Zahnbehandlung im Sinne einer phobischen Störung.

## Grundprinzipien der Gesprächsführung

Das zahnärztliche Gespräch ist ein zentrales Element in der Begegnung von Zahnarzt und Patient. Es trägt wesentlich zur Art der Beziehung zwischen beiden bei, indem gegenseitiges Verständnis entstehen und Vertrauen gebildet werden kann. Während der Patient Verantwortung für sich und seine Erkrankung beziehungsweise seinen Genesungsprozess übernehmen soll und dies in

seiner aktiven Mitarbeit zeigen kann, trägt der Zahnarzt die Verantwortung für die Behandlung durch eine sorgfältige Diagnostik und Therapie. Das zahnärztliche Gespräch ist sowohl Bestandteil der Diagnostik (Anamnese) als auch der Therapie (Informationsvermittlung). Der Zahnarzt zeigt seine Verantwortung durch die aktive Gestaltung des Gespräches in jeder Phase.

## Die Art des Gespräches

Im Anamnesegespräch gelingt dies über den Informationsgewinn des Zahnarztes, der sein Handeln dann an den gewonnenen Informationen ausrichten kann. Wichtig sind unter anderem das Erfassen negativer Vorerfahrungen bei zahnärztlichen Eingriffen, einer erhöhten Ängstlichkeit, der Erwartungen an die Behandlung, der Neigung auf Belastungen vermehrt mit körperlichen Beschwerden zu reagieren („psychosomatische Vorgeschichte“) bis hin zum Erfassen des Vorliegens einer psychischen Komorbidität. Diese und weitere wichtige Informationen helfen, die späteren Gespräche zu strukturieren und so auch zu verkürzen, da rascher auf die zentralen Fragen des Patienten eingegangen werden kann. Im Aufklärungsgespräch kann dann die Weiter-

gabe von Informationen an den Patienten und das Beantworten seiner Fragen überzeugene negative Behandlungserwartungen relativieren und Ängste reduzieren helfen.

## Allgemeine Grundprinzipien

Unabhängig von der Zielsetzung des Gespräches (Anamnese, Beratung, Aufklärung) gelten allgemeine Grundprinzipien, deren Beachtung beiden Gesprächspartnern Sicherheit geben. Schon die Sicherheit, die durch ein Begrüßungsritual und freundliches Nachfragen gewonnen wird, senkt für den Patienten die Hemmschwelle Fragen zu stellen. Der Gesprächsrahmen wird unter anderem durch das Festlegen der Gesprächsdauer gestaltet. Teilt der Zahnarzt mit, dass man sich, bevor man mit der „eigentlichen“ Behandlung beginnt, noch etwas Zeit für eine Rückmeldung zum aktuellen Befinden, den Beschwerden und Besonderheiten seit der letzten Behandlung nimmt, kann sich der Patient darauf einstellen. In diesem Fall wird er sich eher nicht auf ein längeres Gespräch einstellen und dennoch das Gefühl haben, ernstgenommen zu werden und dass sich der Zahnarzt für ihn interessiert. Gegebenenfalls wird ein gesonderter Termin mit dem Patienten vereinbart, um wichtige Fragen, etwa bei der Planung einer umfangreichen Behandlung, mit mehr Ruhe besprechen zu können. Dies sollte ohnehin am Anfang jeder umfangreicheren Behandlung erfolgen, da dies erfahrungsgemäß im Behandlungsverlauf viel Zeit spart und Missverständnissen vorbeugt.

Zunächst sollte der Patient den Inhalt des Gespräches bestimmen und der Zahnarzt sich darauf einstellen, in der Regel spart dies Zeit, da auf die zentralen Fragen des Patienten direkter eingegangen werden kann. Durch klärende und verständnisvolle Fragen gibt der Zahnarzt Anregungen und hält das Gespräch in Gang. Hält er die Reihenfolge Verstehen – Klären – Beraten ein, läuft er weniger Gefahr, vorschnell Schlüsse zu ziehen und Ratschläge zu geben, die auf Missverständnissen und Fehlinterpretationen beruhen und am Bedürfnis des Patienten vorbeigehen.

Der Patient fühlt sich ansonsten schnell unverstanden. Gefühle (Angst vor dem Eingriff, Angst vor Schmerzen) können in Sprache übersetzt und der Patient so auch auf der emotionalen Ebene erreicht werden.

Eine vorsichtige Distanz ist einzuhalten, um die Aussagen und Botschaften des Patienten einer Realitätsprüfung unterziehen zu können und die „Übersicht“ zu behalten. Danach kann der Arzt seinerseits Information geben und den Patienten aufklären, sofern dies gewünscht und erforderlich ist. Direkte Vorschläge oder Verbote sollten eher selten erteilt werden, da dies die Asymmetrie der Kommunikation betont und nicht selten gegenläufige Reaktionen auslöst. Wird der Patient auf diese Weise gut verstanden, kann dies durch das Vermeiden „aneinander vorbeizureden“ nicht nur Zeit sparen, sondern auch den Behandlungserfolg sichern helfen.

Offene Fragen (Können Sie Ihre Beschwerden schildern? Was wissen Sie schon über Implantate?) geben dem Patienten mehr Möglichkeiten sein Anliegen deutlich zu machen als geschlossene Fragen (Haben Sie Kopfschmerzen?). Eingrenzende geschlossene Fragen im Sinne dichotomer Fragen (Haben Sie nun geraucht oder nicht?) und Katalogfragen (Welche der folgenden Be-

schwerden haben Sie?) eignen sich am ehesten zum Abschluss der Anamnese, um bestimmte Sachverhalte genauer zu klären und zusätzliche Informationen in kurzer Zeit zu gewinnen. Suggestive Fragen (Sie haben doch sicherlich nicht geraucht?) sind ebenso wie Alternativ-Fragen (Wollen Sie nun geholfen bekommen oder nicht?) zu vermeiden. Solche Fragen schränken die Antwortfreiheit des Patienten ein und verleiten zum Antworten im Sinne des vom Zahnarzt signalisierten Inhaltes. Sie stehen den wichtigen Grundprinzipien der Gesprächsführung – Offenheit und Aufmerksamkeit – entgegen.

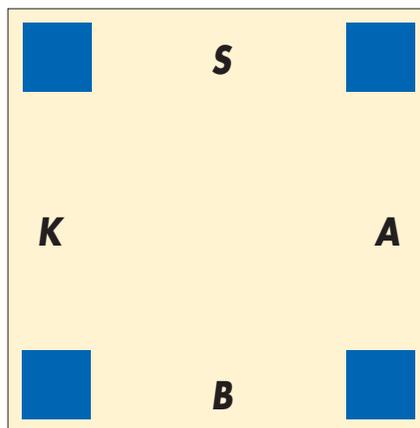
Sich auf den Patienten einstellen heißt, ihm möglichst die ungeteilte Aufmerksamkeit zu schenken. Neben der Kontaktaufnahme (verbal und nonverbal: Mimik, Gestik, Sitzhaltung) gilt es vor allem, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Kontinuierlich werden Informationen gewonnen und auf vielen Ebenen verarbeitet. Eine Orientierung zu den verschiedenen Ebenen des Gespräches gibt das sogenannte Kommunikationsquadrat nach Friedrich Schulz von Thun.

## Die verschiedenen Ebenen des Gespräches

Die Sachebene und Beziehungsebene des Gespräches sind nie unabhängig voneinander. Die Anteile der nonverbalen Kommunikation (Gestik, Mimik, Körperhaltung) spielen insbesondere beim „Appell“, der „Selbstauskunft“ und der „Beziehungsebene“ eine wichtige Rolle.

Ein Gespräch kann asymmetrisch/hierarchisch oder symmetrisch/gleichberechtigt angelegt sein. Symmetrisch ist es dann, wenn die sozialen, funktionalen und institutionellen Rollen, welche die Gesprächspartner einnehmen, auf Gleichheit beruhen. Asymmetrisch heißt, es gibt zumindest einen, der dominiert, und einen, der sich unterordnet. Somit ist das Zahnarzt-Patienten-Gespräch eher ein hierarchisch geordnetes Gespräch. Diese Rahmenbedingung basiert auf den wechselseitigen Erwartungen und legt, noch bevor überhaupt beide Gesprächspartner direkt in Kontakt treten,

### Kommunikationsquadrat



*Sachinformation (S):* Worüber informiert der Arzt den Patienten und umgekehrt.

*Appell (A):* Was möchten die Gesprächspartner beim jeweils anderen erreichen.

*Beziehungsebene (B):* Was halten Arzt und Patient voneinander.

*Selbstkundgabe (K):* Was geben Arzt oder Patient zu erkennen.

Verantwortlichkeiten fest. Im Verlauf des Gespräches sollte dem entgegen eine mehr symmetrische Gesprächssituation angestrebt werden, um den Patienten sukzessive in die Verantwortung einzubinden. Dies gelingt, indem Fragen gestellt und Informationen gegeben werden und auf die Einstellung und Meinung des Patienten eingegangen wird.



*Aus Sicht des Patienten die reine Bedrohung – das darf nicht sein.*

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist es in jeder Phase des Gespräches sinnvoll aktiv zuzuhören. Aktives Zuhören bietet Gelegenheit, Vertrauen zu schaffen und signalisiert dem Patienten Interesse. Dies wird durch eine zugewandte Körperhaltung und das Abstellen von Störquellen (Telefon) sowie die Art zu fragen (offene Fragen) signalisiert.

Diese zunächst einfach anmutenden Grundprinzipien sind in „unkomplizierten“ Gesprächskontakten zwischen (selbst-)sicheren Patienten und (selbst-)sicheren Zahnärzten vergleichsweise gut umzusetzen. Die Gesprächssituationen und Anforderungen können aber auch deutlich schwieriger sein. Insbesondere Patienten mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen, zum Beispiel ängstliche oder nicht selbstsichere Patienten sowie Patienten mit bestimmten Diagnosen, wie einer Somatisierungsstörung, einer somatoformen Schmerzstörung oder auch einer Cranio-mandibulären Dysfunktion, können eine größere Herausforderung darstellen. Die vom Patienten vorgetragene Symptome und Beschwerden sind von einem erhöhten Stresserleben und einer Beschwerdeverstärkung jenseits der von zahnärztlicher Seite erkennbaren Organpathologie oder Dysfunktion von Kiefergelenk und Muskulatur

beeinflusst. Insbesondere bei diesen Patienten sind die Grundprinzipien der Gesprächsführung besonders zu beachten, da es schneller zu Missverständnissen, Verwicklungen und gegenseitigen Enttäuschungen kommt. Nicht selten „provozierend“ gerade diese Patienten „Fehler“ in der Gesprächsführung.

### „Fehler“ in der Gesprächsführung

„Fehler“ in der Gesprächsführung verhindern ein ausreichendes Verstehen seitens des Patienten, der sich selbst ebenfalls missverstanden fühlt. So können das Vorwissen und die Aufnahmefähigkeit des Patienten, die beispielsweise durch Ängstlichkeit und innere Anspannung reduziert sein können, deutlich überschätzt werden. Monologisieren und dogmatisches Vertreten eigener Erfahrungen oder Lehrmeinungen (Dogmatisieren) führen ebenso wie das Benutzen von Fachsprache und Abkürzungen zu einer größeren Distanz zwischen den Gesprächspartnern, zur Einschüchterung und in der Folge zu Missverständnissen. Sie können Zeichen einer aggressiven Gegenreaktion des Zahnarztes auf wahrgenommenes aggressives Verhalten seitens des Patienten sein. Auch eine übermäßige Identifikation mit dem Patienten kann bei ihm bestehende Ängste weiter verstärken, anstelle diese durch Aufklären und Beruhigen zu reduzieren.

### Der „schwierige“ Patient im Gespräch

Wie schwierig eine gelungene Gesprächsführung in vielen Fällen sein kann, verdeutlicht das Beispiel ängstlicher Patienten in der Praxis. Es beginnt schon mit der einfachen Frage, woran man einen ängstlichen Patienten erkennt. Immerhin klagten bis zu 75 Prozent der Patienten in der Zahnarztpraxis über leichte bis mittlere Ängste. Eine ausgeprägte Zahnbehandlungsphobie haben nach einer aktuellen deutschen Untersuchung aus 2006 10 Prozent, in einer aktuellen australischen Studie sogar 16 Prozent der Befragten. In der australischen Un-

tersuchung wurden mehr als 7 000 per Zufall ausgewählte Personen telefonisch befragt. Demnach berichteten mehr Frauen als Männer über starke Ängste. Der Häufigkeitsgipfel lag zwischen dem zwischen 40. und 64. Lebensjahr. Generell ist zu beachten und somit auch in der Anamnese zu erfragen, dass häufigere Vorbehandlungen und ein schlechter Zahnstatus mit einem höheren Angstniveau assoziiert sind und negative Vorerfahrungen ganz besonders die aktuelle Behandlungserwartung des Patienten prägen.

Diejenigen Patienten, die ihre Angst und Unsicherheit ansprechen oder durch Anspannung, vermehrtes Schwitzen und eine verkrampfte Körperhaltung zeigen, sind dabei noch vergleichsweise einfach im Gespräch zu führen. Dem Zahnarzt fällt es leichter, sich empathisch auf den Patienten einzustellen, insbesondere, wenn verbale Informationen („Ich hatte so eine Angst vor dem Termin heute“) und nonverbale (angespannte Körperhaltung, feuchte Hände bei der Begrüßung) übereinstimmen und ein gut erkennbares Muster „ängstlicher Patient“ bieten. Dies kann bei einer Reihe von Patienten aber auch nahezu vollständig fehlen, der ängstliche Patient kann als aggressiver, fordernder oder arroganter Patient im Gespräch imponieren. Er kann sich mit vielen Informationen versorgt haben, um sich zu versichern, Kontrolle zu gewinnen, oder aus Angst vor weiterer Verunsicherung gerade jede Information vermeiden. Die Gesprächssituation wird so oder so durch die innere, nach außen nicht immer sichtbare Anspannung des Patienten geprägt und kann sich auf den Behandler übertragen. Die Anspannung wird eventuell auf Fehlverhalten und ungünstige äußere Umstände geschoben, weniger auf die eigene Angst vor der Behandlung (Schmerzen), bestimmte Prozeduren (Injektionen) oder sonstige Gefahren (Angst vor Infektion und mehr). Der Zahnarzt regiert dann emotional auf die Signale der Aggression, Arroganz oder Ablehnung, nicht auf die Angst des Patienten, was in eine immer stärkere Verwicklung und Eskalation führen kann. Ein ängstlicher Patient hat oft Schwierigkeiten, die vom Zahnarzt gegebenen Informa-

tionen aufzunehmen, er fragt dann entweder besonders viel oder ganz wenig nach. Fragt der Patient nicht nach, vermittelt er dem Zahnarzt eher, dass er alles verstanden hat und signalisiert möglicherweise Einverständnis, was in der weiteren Behandlung zu Missverständnissen und Ärger führen kann. Fragt der ängstliche Patient besonders viel nach, signalisiert er deutlicher seine Unsicherheit. Der Zahnarzt kann die Fragen dann besser einordnen, aber doch auch früher oder später die Geduld verlieren. Dahinter steckt, dass der ängstliche Patient mit dem Fragen versucht, Kontrolle zu bekommen oder auch die folgende Behandlung hinauszögern möchte. Mitunter wirken die Fragen des ängstlichen Patienten aber auch aggressiv, drängend oder sogar fordernd. Der Zahnarzt bezieht dieses Verhalten auf sich, fühlt sich misstrauisch kontrolliert, ungerecht behandelt, ablehnt. Dies löst in der Regel Distanzierung und Ärger aus, das Behandlungsbündnis ist gefährdet.

Ursache eines solchen Patientenverhaltens können eine generelle Ängstlichkeit oder auch negative frühere Zahnhandlungen sein. Das Gefühl, ausgeliefert und hilflos zu sein, kann aber auch aus früheren Beziehungserfahrungen mit Eltern, Geschwistern und anderen in der Kindheit resultieren. Diese frühen Erfahrungen führen zu einer Unsicherheit im Kontakt mit anderen und einem entsprechend erschwerten Beziehungsverhalten. Man spricht hier auch von unsicherer Bindung, die in zwei Hauptgruppen, unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalent Bindung, unterteilt werden kann.

## Bindungstypologie und Übertragungsprozesse

Viele Studien belegen, dass zwischen den Erfahrungen eines Menschen mit seinen Eltern und seiner späteren Fähigkeit, emotionale Beziehungen einzugehen, ein enger kausaler Zusammenhang besteht. Störungen dieser Fähigkeit beruhen auf der Art und Weise, wie sich die Eltern gegenüber dem Säugling verhalten haben. Das Bindungssystem ist besonders in Stresssituatio-

nen aktiviert. Grundsätzlich unterscheidet man eine sichere Bindung von mehreren Formen unsicherer Bindung. Ein sicher gebundener Mensch kann auch Situationen, die seine Autonomie einschränken, gut aushalten. Ein ausreichendes Selbstwertempfinden und eine positive Selbstsicht bleiben erhalten, die zugleich positive Sicht von anderen ermöglicht das Annehmen von Hilfe. Die Arzt-Patient-Beziehung ist offen und kooperativ, „unkompliziert“. Die Patienten können angebotene Hilfe annehmen, stellen Fragen und arbeiten aktiv in der Behandlung mit.



Fotos: Stockdisc

*Face to face – ein partnerschaftliches Miteinander kann leicht Überzeugungsarbeit leisten.*

Ein unsicheres Bindungsverhalten entwickelt sich dann, wenn eine sichere Basis in der frühen Entwicklung nicht gegeben war. Patienten mit einer unsicher-vermeidenden (abweisenden) Bindung haben ein starkes Bedürfnis nach Abgrenzung als Schutz vor Zurückweisung und Enttäuschung. Hier steht zunächst nicht die Angst vor Schmerzen oder bestimmten Eingriffen im Vordergrund. Zur Bagatellisierung und Verleugnung von Beschwerden, häufig sind es Schmerzen, kommt es aus dem Erleben, nur auf sich selbst vertrauen zu können und von anderen enttäuscht zu werden. Der Besuch beim Zahnarzt wird aufgeschoben, vermieden, die Ausgangssituation für die zahnärztliche Behandlung ist ungünstig. Unsicher-ambivalente (verwickelte) Patienten sind dem entgegen durch eine überfürsorgliche, ihre Neugierde als Kind einschränkende und zugleich wenig einfühlsame, emotional verlässliche Bezugsperson geprägt. Die Wünsche der Bezugspersonen

stehen im Vordergrund und verhindern die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse. Es entwickelt sich ein eher negatives Selbstbild mit der Neigung, Schutz und Sicherheit bei anderen zu suchen. Ein ängstliches und Hilfe suchendes Verhalten erfolgt beim Auftreten körperlicher Beschwerden, und ärztliche oder auch zahnärztliche Hilfe wird schnell aufgesucht.

Gerade für Patienten mit unsicherer Bindung gelten die Grundprinzipien der zahnärztlichen Gesprächsführung ganz besonders: aktives Zuhören, Klarheit, Verbindlichkeit, Transparenz, Einbindung des Patienten in die Verantwortung sowie das Treffen möglichst gemeinsamer Absprachen. Nur so können eine aggressive Gesprächsatmosphäre und gegenseitige Enttäuschungen vermieden werden.

## Zusammenfassung

Eine gelungene zahnärztliche Gesprächsführung erleichtert die Behandlung bei allen Patienten, insbesondere aber bei „Problempatienten“ kann sie helfen, Verwicklungen zwischen Zahnarzt und Patienten zu vermeiden und den Behandlungserfolg zu sichern. Zahnärzte mit guter Kommunikationskompetenz werden insgesamt als kompetenter eingeschätzt. Letztlich trägt so eine gelungene zahnärztliche Gesprächsführung zur höheren Behandlungszufriedenheit beim Patienten und höheren Arbeitszufriedenheit beim Zahnarzt bei.

*Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Nickel  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie  
(Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie HSK Dr. Horst Schmidt)  
Klinik Wiesbaden am Standort Schlangenbad  
Rheingauer Str. 35  
65388 Schlangenbad  
ralf.nickel@hsk-wiesbaden.de*

**zm** Leser service

**Die Literaturliste können Sie unter <http://www.zm-online.de> abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.**

# Atypischer Gesichtsschmerz: Neurologische Differentialdiagnosen



## Prof. Dr. Dr. Stefan Evers

Studium der Medizin und der Musikwissenschaft in Münster, Promotion zum Dr. med. und zum Dr. phil. Weiterbildung an der Klinik und Poliklinik für Neurologie in Münster  
1998 Forschungsaufenthalt am Institute of Neurology, Queen Square, London, seit 1999 Facharzt für Neurologie, Spezielle Schmerztherapie, spezielle Neurologische Intensivmedizin  
Aktuell Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Münster Leiter der Schmerzambulanz  
Präsident der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft



Unter einem sogenannten „atypischen Gesichtsschmerz“ werden chronische Gesichtsschmerzen verstanden, die keiner eindeutigen somatischen Ursache zugeordnet werden können. Nach der neuen Nomenklatur der International Headache Society (IHS) [Headache Classification Committee, 2004] wird diese Form von Gesichtsschmerz neu als „anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz“ bezeichnet. Dieser Gesichtsschmerz ist durch eine hohe Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen und durch starke psychosomatische Einflussfaktoren gekennzeichnet. Anhaltende idiopathische Gesichtsschmerzen sind ein häufiger Grund für zahnärztliche Konsultationen und eine Kontraindikation für weitere invasive Maßnahmen. Daher ist es wichtig, die Diagnose korrekt zu stellen (hierauf wird später im Text eingegangen).

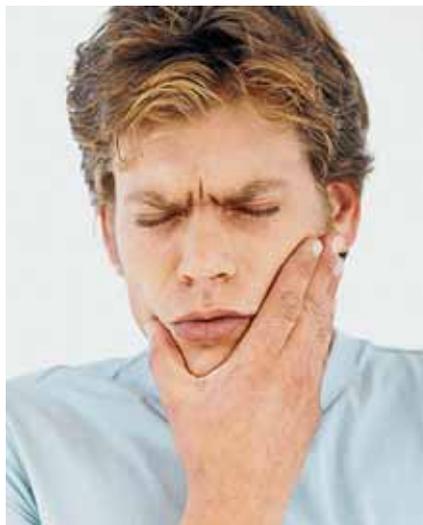
Bevor diese Diagnose jedoch gestellt werden kann, sollten andere somatische Ursachen von Gesichtsschmerzen ausgeschlossen werden. Der folgende Beitrag will einen kurzen Überblick über die verschiedenen idiopathischen Ursachen von Gesichtsschmerzen auf neurologischem Fachgebiet bieten. Maßgeblich für die Diagnostik solcher Kopf- oder Gesichtsschmerzkrankungen sind die diagnostischen Kriterien der IHS, die 2004 in einer revidierten Fassung publiziert worden sind und auch in deut-

scher Version vorliegen. Für all diese Kopfschmerzformen liegen evidenzbasierte Therapieempfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) vor.

## Migräne

Die Migräne tritt typischerweise nicht als Gesichtsschmerz auf. Insofern kann ein isolierter Gesichtsschmerz kaum als Migräne verkannt werden. Dies gilt auch für den Kopfschmerz vom Spannungstyp, der nicht

im Gesicht, sondern parietal lokalisiert wird. Es gibt jedoch die Sonderform der sogenannten fazialen Migräne, bei der der Schmerz in das Gesicht und nicht temporal oder frontal lokalisiert wird. Daher soll kurz beschrieben werden, was eine Migräne ist. Eine Migräne liegt dann vor, wenn die in Tabelle 1 angegebenen Kriterien erfüllt sind. Dabei sagen die Kriterien nicht, wo die Kopfschmerzen eigentlich lokalisiert sein müssen. Wenn also die Kriterien einer Migräne erfüllt sind und der Schmerz im Gesicht lokalisiert wird, spricht man von einer fazialen Migräne. Es lohnt sich daher, bei Gesichtsschmerzen auch nach weiteren Migränesymptomen wie Übelkeit oder Lichtscheu zu fragen und bei Verdacht auf das Vorliegen einer Migräne eine Vorstellung beim Neurologen zu empfehlen. Die Behandlung erfolgt nach den Leitlinien der DMKG [Diener et al., 2005].



Knacken im Gelenk, verbunden mit Schmerzen beim Kauen ...

## Clusterkopfschmerz

Der Clusterkopfschmerz gehört zu den Schmerzkrankungen mit der stärksten Intensität überhaupt, er tritt in einer charakteristischen Symptomkonstellation und in einem typischen Zeitmuster auf. Synonyma des Clusterkopfschmerzes sind Erythropropalgie, Histaminkopfschmerz oder Bing-Horton-Kopfschmerz. Der Clusterkopf-

Foto: stockdisc

schmerz ist eigentlich einfach zu diagnostizieren. Trotzdem erfolgt die Diagnosestellung meist viel zu spät. Das Wort Cluster kommt aus dem Englischen (Haufen) und beschreibt das eindrucksvolle Zeitmuster dieser Erkrankung. Bei der bei 80 Prozent der Betroffenen vorkommenden episodischen Form des Clusterkopfschmerzes werden symptomatische Perioden (typische Dauer vier bis zwölf Wochen) von symptomfreien Zeitspannen unterschiedlicher Länge (meistens etwa ein Jahr) unterbrochen. Während der aktiven Phase treten Kopfschmerzattacken (im Durchschnitt ein bis drei Mal täglich) auf. Bei der selteneren chronischen Verlaufsform (rund 20 Prozent aller Betroffenen) lassen sich keine aktiven oder inaktiven Phasen abgrenzen. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen (3 bis 6 zu 1), das durchschnittliche Erstmanifestationsalter liegt zwischen 20 und 30, die Erkrankung kann aber in jedem Lebensalter beginnen und ein Leben lang anhalten.

Die Kopfschmerzen sind streng einseitig und vor allem periorbital lokalisiert. Der Schmerzcharakter wird von Patienten häufig als wie ein „glühend heißes Messer im Auge“ oder wie ein „brennender Dorn in der Schläfe“ heftigster Intensität beschrieben. Einzelne Attacken dauern zwischen 30 und 120 Minuten und treten häufig nach dem Einschlafen oder in den frühen Morgenstunden auf. Im Gegensatz zur Migräne empfinden Patienten mit Clusterkopfschmerzen während der Schmerzattacken einen ausgeprägten Bewegungsdrang. Der Schmerz ist obligat von autonomen Symptomen wie Lakrimation, Chemosis, Rhinorrhoe, einem inkompletten Horner-Syndrom mit Miosis und Ptosis, konjunktivaler Injektion und Gesichts- oder Stirnschwitzen begleitet. Eine tabellarische Übersicht der Kriterien der IHS für den Clusterkopfschmerz findet sich in Tabelle 2. Der Clusterkopfschmerz ist medikamentös im Allgemeinen sehr gut zu behandeln. Leider dauert es bis zur Diagnosestellung häufig sehr lange, die Patienten unterziehen sich dann inadäquaten Therapieversuchen, zu denen auch zahnmedizinische Verfahren bis hin zur Extraktion gehören.

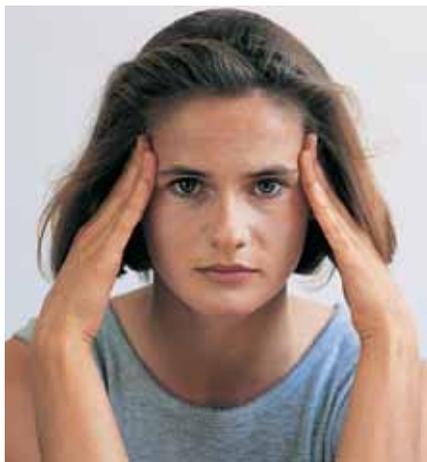


Foto: pp

... und der ständige Spannungskopfschmerz beim Hausaufgabenmachen ...

Die akute Attacke eines Clusterkopfschmerzes kann mit der Inhalation von reinem Sauerstoff abgebrochen werden. Gelingt dies nicht, kann Sumatriptan s.c. oder intranasal oder Zolmitriptan intranasal gegeben werden. Vorbeugend werden Verapamil, Lithium, Steroide oder verschiedene Antiepileptika gegeben. Normale Analgetika inklusive Opiate sind wirkungslos [May et al., 2004].

Neben dem Clusterkopfschmerz gibt es eine Reihe von weiteren, jedoch selteneren Syndromen, die ebenfalls durch streng einseitige Kopfschmerzen verbunden mit autonomen Symptomen gekennzeichnet sind. Sie unterscheiden sich vor allem im Zeitmuster und werden als trigeminoautonome Kopfschmerzen zusammengefasst, eine Synopsis dieser Syndrome ist in Tabelle 3 dargestellt. Zu diesen Syndromen gehört die paroxysmale Hemikranie, die dieselben Symptome wie der Clusterkopfschmerz hat. Die

Attacken sind jedoch deutlich kürzer (2 bis 30 Minuten) und treten dafür häufiger am Tag (mehr als fünf pro Tag) auf. Hier sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Ein weiterer entscheidender Unterschied ist, dass bei dieser Erkrankung Indometacin bis 200 mg am Tag vollständig wirksam ist. Noch kürzer (5 bis 240 Sekunden) und dafür noch häufiger (3 bis 200 pro Tag) sind die Attacken beim sogenannten SUNCT-Syndrom, das wiederum auf keine Therapie anspricht. SUNCT steht für Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing. Schließlich gibt es auch noch eine Form, bei der ein einseitiger (dafür relativ leichter) Kopfschmerz mit autonomen Symptomen am Auge auftritt; diese sogenannte Hemicrania continua spricht ebenfalls vollständig auf Indometacin an.

## Trigeminusneuralgie

Die Trigeminusneuralgie ist ein blitzartig einschließender, extrem heftiger, elektrisierender und stechender Schmerz im Versorgungsgebiet eines oder mehrerer Trigeminusäste. Die Attacken halten typischerweise Sekunden, selten auch länger (unter zwei Minuten) an und treten sowohl spontan als auch durch Reize wie Berührung im Nervustrigeminus-Versorgungsgebiet, Kauen, Sprechen, Schlucken oder Zähneputzen getriggert auf. Zwischen den Attacken besteht Beschwerdefreiheit, direkt nach einer

- A.** Mindestens fünf Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen
- B.** Kopfschmerzattacken, die (unbehandelt oder erfolglos behandelt) 4 bis 72 Stunden anhalten
- C.** Der Kopfschmerz weist wenigstens zwei der folgenden Charakteristika auf:
  1. einseitige Lokalisation
  2. pulsierender Charakter
  3. mittlere oder starke Schmerzintensität
  4. Verstärkung durch körperliche Routineaktivitäten (zum Beispiel Gehen oder Treppensteigen) oder diese führen zu deren Vermeidung
- D.** Während des Kopfschmerzes besteht mindestens eines:
  1. Übelkeit und/oder Erbrechen
  2. Photophobie und Phonophobie
- E.** Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen

Tab. 1: Kriterien der International Headache Society für die Migräne

Attacke besteht eine Refraktärzeit, das heißt, Attacken sind nicht triggerbar. Multiple Attacken könnten täglich über Wochen bis Monate auftreten und in Anfangsstadien spontan über Wochen bis Monate sistieren. In der Regel ist der Verlauf progredient. Man unterscheidet zwischen der klassischen (früher idiopathischen) und der symptomatischen Trigeminusneuralgie. Letztere führt zu Schmerzparoxysmen wie oben beschrieben. Doch können Zeichen einer Sensibilitätsstörung im Versorgungsbereich des betroffenen Trigeminusastes vorhanden sein, und es wird keine Schmerzfreiheit zwischen den Attacken gefordert, es besteht auch im Gegensatz zur klassischen Form keine Refraktärzeit. Bei der klassischen Trigeminusneuralgie wird je nach Untersuchung intra-



Foto: PP

... sie gehören wie der Stresskopfschmerz nicht selten in die psychosomatische Sprechstunde.

operativ bei 70 Prozent bis 100 Prozent der Patienten ein pathologischer Gefäß-Nerven-Kontakt nachgewiesen. Die Pulsationen führen zu segmentalen Demyelinisierungen der Nervenwurzel. Dies begünstigt die ephaptische Übertragung von elektrischen Entladungen nicht nozizeptiver Afferenzen auf nozizeptive Afferenzen. Symptomatische Trigeminusneuralgien treten am häufigsten bei Entmarkungskrankheiten wie der Multiplen Sklerose auf, aber auch als Symptom von Raumforderungen (Neurinome, insbesondere Akustikusneurinome, Metastasen), umschrie-

- A.** Wenigstens fünf Attacken, welche die Kriterien B bis D erfüllen
- B.** Starke oder sehr starke einseitig orbital, supraorbital und/oder temporal lokalisierte Schmerzattacken, die unbehandelt 15 bis 180 Minuten anhalten
- C.** Begleitend tritt wenigstens eines der nachfolgend angeführten Charakteristika auf:
1. ipsilaterale konjunktivale Injektion und/oder Lakrimation
  2. ipsilaterale nasale Kongestion und/oder Rhinorrhoe
  3. ipsilaterales Lidödem
  4. ipsilaterales Schwitzen im Bereich der Stirn oder des Gesichtes
  5. ipsilaterale Miosis und/oder Ptosis
  6. körperliche Unruhe oder Agitiertheit
- D.** Die Attackenfrequenz liegt bei einer Attacke zwischen jedem 2. Tag und 8. Tag
- E.** Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen

Tabelle 2: Kriterien der International Headache Society für den Clusterkopfschmerz.

benen Hirnstammischämien und Angiomen des Hirnstamms. Bei einem Teil der symptomatischen Trigeminusneuralgien bedingen die Raumforderungen einen pathologischen Gefäß-Nerven-Kontakt. Bei der Multiplen Sklerose führt die Schädigung der Myelinscheide im Bereich der Eintrittsstelle der Nervenwurzel zu den Schmerzattacken. Familiäre Trigeminusneuralgien sind als Rarität beschrieben. Die Differenzierung zwischen einer klassischen Trigeminusneuralgie (unabhängig davon, ob ein Gefäß-Nerv-Kontakt vorliegt) und sekundären Formen ist therapeutisch im Hinblick auf den Zeitpunkt und die Auswahl invasiver Therapieverfahren von hoher Bedeutung.

Die jährliche Inzidenz liegt bei 3,4 pro 100 000 für Männer und bei 5,9 pro 100 000 für Frauen. Am häufigsten ist der zweite Ast des N. trigeminus betroffen. Pati-

enten mit symptomatischer Trigeminusneuralgie sind jünger und haben wesentlich häufiger einen Befall des ersten Astes oder bilaterale Neuralgien. Etwa zwei Prozent der Patienten mit Multipler Sklerose entwickeln zu Beginn oder im Verlauf der Erkrankung eine Trigeminusneuralgie.

Die Trigeminusneuralgie lässt sich in den meisten Fällen medikamentös gut beherrschen. In erster Linie werden Membranstabilisatoren wie Carbamazepin, Oxcarbazepin, Phenytoin oder Neurontin eingesetzt. Manchmal ist auch die Gabe eines trizyklischen Antidepressivums, zum Beispiel Amitriptylin, notwendig. Nur bei Versagen der medikamentösen Therapie kommt ein invasives Vorgehen in Betracht. Hier bieten sich die selektive perkutane Rhizotomie des Ganglion Gasserii (durch Strom oder Hitze) und die offene Operation nach Janetta (mikrovaskuläre Dekompression) an [Paulus et al., 2002].

|                     | Typische Dauer der Attacke | typische Frequenz pro Tag | autonome Symptome | Indometacin |
|---------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------|-------------|
| Hemicrania continua | kontinuierlich             |                           | (+)               | +           |
| Clusterkopfschmerz  | ~60 min                    | 1-2                       | +                 | -           |
| Par. Hemikranie     | ~15 min                    | 5-20                      | +                 | +           |
| SUNCT               | ~30 sec                    | 3-200                     | +                 | -           |
| Trigeminusneuralgie | <2 sec                     | 3-200                     | -                 | -           |

Tabelle 3: Synopsis der verschiedenen trigeminoautonomen Kopfschmerzen und der Trigeminusneuralgie. + bedeutet Vorhandensein autonomer Symptome bzw. das vollständige Ansprechen auf Indometacin.

- A.** Paroxysmale Schmerzattacken von Bruchteilen einer Sekunde bis zu 2 Minuten Dauer, die einen oder mehrere Äste des N. trigeminus betreffen und die Kriterien B und C erfüllen
- B.** Der Schmerz weist wenigstens eines der folgenden Charakteristika auf:
1. starke Intensität, scharf, oberflächlich, stechend
  2. ausgelöst über eine Triggerzone oder durch Triggerfaktoren
- C.** Die Attacken folgen beim einzelnen Patienten einem stereotypen Muster
- D.** Klinisch ist kein neurologisches Defizit nachweisbar
- E.** Nicht auf eine andere Erkrankung zurückzuführen

Tabelle 4: Kriterien der International Headache Society für die klassische Trigeminusneuralgie

## Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz

Das Konzept des anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzes beschreibt einen Schmerz, der häufig durch Operationen oder Verletzungen des Gesichts oder der Zähne ausgelöst worden ist, dann aber ohne nachweisbare lokale Ursache persistiert.

Formal wird von einem solchen Gesichtsschmerz gesprochen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- A.** Gesichtsschmerz, der täglich auftritt und in der Regel den ganzen Tag oder die meiste Zeit des Tages vorhanden ist.
- B.** Der Schmerz ist anfangs auf ein begrenztes Gebiet einer Gesichtshälfte beschränkt,

sitzt tief und ist schwer zu lokalisieren.

**C.** Der Schmerz wird nicht begleitet von einem sensiblen Defizit oder anderen körperlichen Befunden.

**D.** Untersuchungen einschließlich Röntgendiagnostik des Gesichts und des Kiefers zeigen keine relevanten pathologischen Befunde.

Häufig kann eine Komorbidität mit Depressionen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen nachgewiesen werden. Nicht selten steht diese Erkrankung auch mit Substanzmissbrauch in Verbindung. In sehr seltenen Fällen kann ein atypischer Gesichtsschmerz auch Ausdruck eines Bronchialkarzinoms sein (Infiltration des N. vagus mit übertragenem Schmerz als Erstsymptom). Die Behandlung des anhaltenden idiopathischen

Gesichtsschmerzes erfolgt ausschließlich medikamentös, in erster Linie werden Medikamente aus der Gruppe der trizyklischen Antidepressiva (zum Beispiel Amitriptylin) und aus der Gruppe der Antiepileptika (zum Beispiel Gabapentin), auch in Kombination, eingesetzt [Paulus et al., 2002].

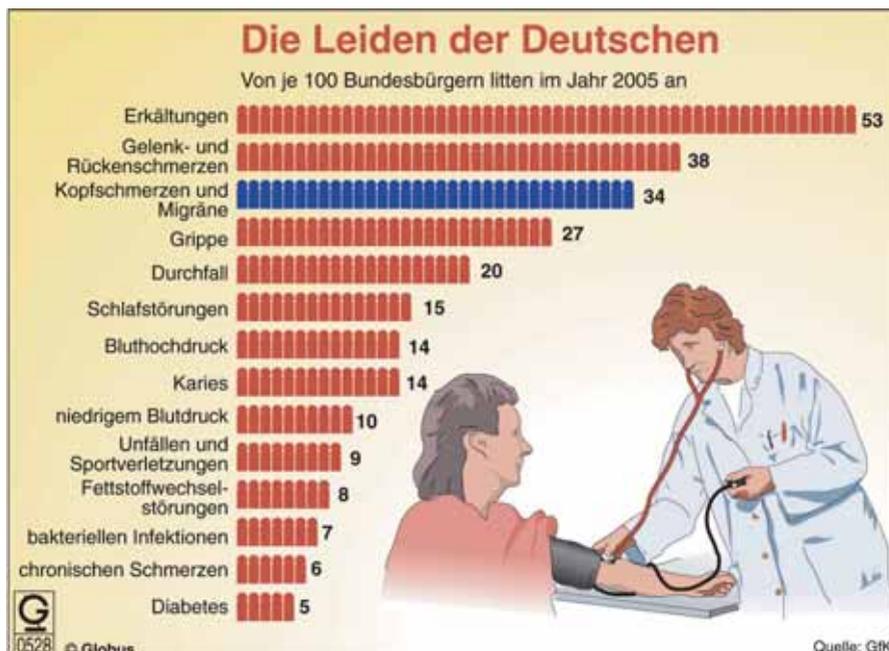
## Zusammenfassung

Gesichtsschmerzen können neben symptomatischen Ursachen, wie Zahnerkrankungen oder Erkrankungen auf HNO-ärztlichem Fachgebiet, auch idiopathischer Natur sein. Diese Erkrankungen gehören zum neurologischen Fachgebiet und sollten zahnärztlich bei unklaren Gesichtsschmerzen immer mitberücksichtigt werden. Sie sind medikamentös inzwischen in den meisten Fällen gut behandelbar. Neben der nur sehr selten als Gesichtsschmerz auftretenden sogenannten fazialen Migräne gehören hierzu die trigeminoautonomen Kopfschmerzen, von denen der Clusterkopfschmerz der bekannteste Vertreter ist, und die Trigeminusneuralgie. Bei Gesichtsschmerzen, die keiner eindeutigen somatischen Ursache zugeordnet werden können und auch nicht in die Gruppe der idiopathischen Kopfschmerzerkrankungen passen, spricht man vom anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerz (früher atypischer Gesichtsschmerz genannt). Auch bei diesem Gesichtsschmerz sind invasive Maßnahmen streng kontraindiziert und verstärken eher die Chronifizierung.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Stefan Evers  
Klinik und Poliklinik für Neurologie  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Str. 33  
48129 Münster  
evers@uni-muenster.de

**zm** Leser service

Die Literaturliste können Sie unter <http://www.zm-online.de> abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.



# Verdachtsdiagnose Materialunverträglichkeit



PD Dr. med. Randolph Brehler

Geboren 1956, Studium 1976 bis 1977 Musik an der Musikschule Braunschweig, WS 1976/77 bis SS 1978 Chemie an der Technischen Uni Clausthal-Z, Oktober 1978 Dipl.-Vorprüfung, 1978/79 bis 1984 Medizin in Göttingen, 1984 Approbation, 1986 Promotion, 1991 Facharzt für Dermatologie. Bis 1997 folgende Anerkennungen der „Allergologie“, „Phlebologie“, „Umweltmedizin“, 1999 Fachkunde „Laboruntersuchungen Haut- und Geschlechtskrankheiten“. Seit 1987 wiss. Ass. Dermatologie Münster, seit 1992 OA für den Bereich Allergologie/Berufsdermatologie/Umweltmedizin, Venia legendi 1999.



Von Patienten werden Allergien gegen zahnärztliche Werkstoffe insbesondere dann vermutet, wenn es in zeitlichem Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Versorgung zu anhaltenden Problemen an der Mundschleimhaut kommt. Symptome, wie Mundschleimhautbrennen, Schmerzen, Entzündungen der Schleimhaut, Aphthen aber auch Metallgeschmack und Missempfindungen, werden auf allergische Reaktionen zurückgeführt. Andererseits führen Patienten auch andere Erkrankungen und Gesundheitsstörungen, insbesondere wenn keine Erklärung für die Symptome gefunden werden kann, auf eine Unverträglichkeit beziehungsweise Allergie zurück. Da Allergien im Allgemeinen häufig sind, haben Patienten gewisse Teilkenntnisse, die in der Regel auf Berichten in der Laienpresse oder aus dem Internet basieren. Viele dieser Berichte sind populistisch oder pseudowissenschaftlich und inhaltlich nicht haltbar. Umfassende epidemiologische Studien zur tatsächlichen Häufigkeit von Kontaktallergien und insbesondere der Häufigkeit von Kontaktallergien gegen zahnärztliche Werkstoffe liegen nicht vor. Es wird geschätzt, dass 15 bis 20 Prozent der gesamten Bevölkerung gegen zumindest ein Kontaktallergen sensibilisiert sind. Etwa 5 bis 10 Prozent der Bevölkerung leiden zumindest ein Mal pro Jahr unter einem allergischen Kontaktekzem.

## Allergische Reaktionen

Allergien basieren definitionsgemäß auf immunologischen Mechanismen. Prinzipiell werden zumindest vier unterschiedliche Allergie Typen unterschieden, die in der Tabelle dargestellt sind.

|       | Mechanismus    | Erkrankungen  |
|-------|----------------|---|
| Typ 1 | IgE-vermittelt | Heuschnupfen, Asthma, Urtikaria, Schock                 |
| Typ 2 | zytotoxisch    | Anämie  |
| Typ 3 | immunkomplex   | Nephritis, Vaskulitis                                   |
| Typ 4 | zellvermittelt | Kontaktekzem, Tuberkulinreaktion, Transplantatabstoßung |

Tabelle : Allergietypen

Für die Unverträglichkeit von zahnärztlichen Werkstoffen ist die Typ-4-Allergie (Kontaktallergie) als zellvermittelte Reaktion von besonderer Bedeutung. Klassische Krankheiten dieser zellulären Immunreaktion sind das allergische Kontaktekzem, die Tuberkulinreaktion und auch Transplantatabstoßungsreaktionen. Symptome treten typischerweise 24 bis 48 Stunden nach Allergenkontakt auf. Typ-4-Reaktionen richten sich in der Regel gegen Haptene, die sich an körpereigene Proteine binden. Nach heutigem Wissensstand spielt für den Sensibilisierungsprozess der Allergenkontakt mit der Haut eine ent-

scheidende Rolle. Allergene durchdringen die oberflächlichen Hautschichten (Epidermis) und treffen auf Langerhanszellen (allergenpräsentierende Zelle), die das Allergen aufnehmen. Langerhanszellen wandern in den Lymphknoten und präsentieren Allergene naiven T-Zellen. Es werden allergenspezifische T-Zellen gebildet, die im Organismus zirkulieren und bei erneuter Allergenexposition eine Entzündungsreaktion einleiten. Für den Vorgang der Sensibilisierung sind einerseits Allergeneigenschaften von Bedeutung, daneben die Allergenmenge pro Fläche, die Applikationszeit und auch der Hautzustand. Es kann gezeigt werden, dass eine Sensibilisierung durch Allergenkontakt auf entzündeter Haut leichter auszulösen ist als auf intakter Haut. Die Co-Exposition mit anderen hautirritierenden Substanzen erleichtert den Sensibilisierungsvorgang. In Tierversuchen kann gezeigt werden, dass eine Sensibilisierung durch Allergenkontakt mit der Schleimhaut prinzipiell möglich ist. Allerdings werden Allergene durch den Speichel relativ rasch abtransportiert, und im Vergleich zur Haut ist die Anzahl der für die Sensibilisierung notwendigen Langerhans-Zellen in der Mundschleimhaut niedriger. Auf der anderen Seite kann im Tierversuch durch Haptenexposition Toleranz erzeugt werden. In Analogie dazu konnte in

klinischen Studien gezeigt werden, dass eine Zahnregulierung in der Kindheit das Risiko für eine Nickelallergie zu vermindern scheint. Biologisch wäre das Überwiegen einer Toleranzentwicklung durch mukosen Allergenkontakt durchaus sinnvoll, da gerade über die Mundschleimhaut verschiedenste Allergene (Nahrungsmittel) mit dem Organismus in engen Kontakt treten und bei Auslösung von Sensibilisierungen auf diese Substanzen mit einer Vielzahl für den Organismus schädlicher Sensibilisierungen zu rechnen wäre.

Ist eine Sensibilisierung bereits erfolgt, kann der Allergenkontakt mit der Mundschleimhaut aber durchaus zu einer Entzündungsreaktion führen. Damit spielen Sensibilisierungen gegenüber denjenigen zahnärztlichen Werkstoffen eine besondere Rolle, die auch in anderen Materialien vorkommen, mit denen der tägliche Umgang häufig ist.

## Klinisches Bild der Kontaktallergie

Zu einem Kontaktekzem an der Haut kommt es etwa 24 bis 48 Stunden nach Allergenkontakt. Im Bereich der exponierten Haut finden sich je nach Stadium und Ausprägung Rötung, Bläschen, Ödem, Infiltration, Schuppung, Rhagaden und Hyperkeratosen. Streureaktionen an der übrigen Haut sind möglich.

Das klinische Bild einer Kontaktallergie an der Mundschleimhaut ist weniger gut definiert. Eine Kontaktallergie gegen zahnärztliche Werkstoffe sollte bei Schleimhautentzündungen in räumlicher Nähe zu zahnärztlichen Werkstoffen in die Differentialdiagnosen einbezogen werden. Ebenso, wenn persistierende Beschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung auftreten. Lichenoide Schleimhautreaktionen als Folge von Kontaktsensibilisierungen, insbesondere gegen Amalgam, wurden in der Literatur beschrieben. Burning-Mouth-Syndrom und periorales Ekzem mögen in Einzelfällen ebenfalls auf Sensibilisierungen zurückzuführen sein, gelten aber nicht als typisch für Kontaktallergien gegen zahnärztliche Werkstoffe. Ein Zusammenhang zwischen Erkrankungen



Abbildung 1a: Prothetische Oberkieferversorgung



Abbildung 1b: Scharf begrenzte Entzündung der Schleimhaut im Kontaktbereich mit dem Metall der Oberkieferprothese

wie Multipler Sklerose, Darmentzündungen im Sinne des Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa, Depressionen, Konzentrationsstörungen, kardiovaskulären Erkrankungen und mehr und vermeintlichen Werkstoffallergien wird verschiedentlich von Patienten angenommen, kann aber aufgrund der wissenschaftlichen Literatur keinesfalls belegt werden. In einer umfangreichen Untersuchung der Zahnklinik der Universität Bergen wurden im Zeitraum 1993 bis 1997 insgesamt 296 Patienten wegen des Verdachts auf eine Unverträglichkeit gegenüber zahnärztlichen Werkstoffen untersucht.

Nur ein geringer Teil der Patienten litt unter Beschwerden, die sich an der Mundschleimhaut oder im Gesicht beziehungsweise an den Lippen manifestiert hatten.



**Ein Zusammenhang zwischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose, Darmentzündungen im Sinne des Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa, Depressionen, Konzentrationsstörungen, kardiovaskulären Erkrankungen und mehr und vermeintlichen Werkstoffallergien wird verschiedentlich von Patienten angenommen, kann aber aufgrund der wissenschaftlichen Literatur keinesfalls belegt werden.**

Der überwiegende Teil der Patienten klagte über unspezifische Beschwerden, wie Muskelschmerzen Unwohlsein, Schwindel und Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Depressionen, visuelle Störungen, Magenprobleme und mehr. Ursächliche Kontaktallergien ließen sich nur bei wenigen Patienten belegen.

## Wichtige Allergene und deren Vorkommen

### Metalle:

Nickel ist aufgrund des weit verbreiteten Gebrauchs in Metalllegierungen eines der wichtigsten Kontaktallergene. Im zahnärztlichen Bereich kann Nickel in Drähten von Zahnspangen zu Problemen führen, wobei Kontaktsensibilisierungen bei Kindern und Jugendlichen aber insgesamt seltener sind als bei Erwachsenen.

Nickelallergiker reagieren häufig gleichzeitig auf Palladium. Palladium ist in unterschiedlichen Konzentrationen in Legierungen enthalten, aus denen Kronen und Inlays gefertigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Kontaktsensibilisierung auf Palladium bei Patienten mit entsprechenden Metallen im Mund nachgewiesen werden kann, ist hoch. Die Beurteilung der klinischen Relevanz einer Palladiumsensibilisierung ist nicht einfach. Gerechnet werden muss bei hoch sensiblen Patienten gegebenenfalls mit entzündlichen Veränderungen im Kontaktbereich des Metalls mit der Mundschleimhaut.

Positive Reaktionen auf Gold werden in Hauttests relativ häufig beobachtet. Getestet werden Goldsalze (Natriumthiosulfataurat und Kaliumdicyanoaurat), die auch irritative Reaktionen hervorrufen können. Die exakte Unterscheidung zu allergischen Reaktionen kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Der Epikutantest mit Goldlegierungen fällt meist negativ aus, wobei zu berücksichtigen ist, dass aus Goldlegierungen kaum Goldionen freigesetzt werden. Die klinische Relevanz einer positiven Reaktion auf Gold ist ebenfalls extrem schwer zu bestimmen. Geachtet werden muss – wie bei Palladium – auf entzündliche Mundschleimhautveränderungen im Bereich von Kontaktstellen.

Sensibilisierungen gegen Quecksilber sind wegen Verwendung von Quecksilberverbindungen, wie in Impflösungen und Augentropfen, ebenfalls nicht selten. Quecksilbersensibilisierte Patienten können in seltenen Fällen allergische Reaktionen auf Amalgamfüllungen zeigen. Andere Legierungsbestandteile, wie Kupfer und Zinn, sind nur in Einzelfallberichten für Reaktionen auf Amalgam verantwortlich gemacht worden.

### Kunststoffe:

Acrylate sind wichtige Werkstoffe zur Herstellung von Prothesen. Der Monomergehalt in Prothesenkunststoffen kann deutlich variieren, reicht aber in der Regel für die Sensibilisierung gegen Acrylate nicht aus. Allergische Reaktionen auf Prothesenkunststoffe finden sich daher in der Regel bei Patienten, die sich früher durch beruflichen Kontakt mit Acrylaten oder durch Umgang mit beispielsweise Sekundenklebern im privaten Bereich sensibilisiert haben. Als Markersubstanz kann die Sensibilisierung gegen Methylmetacrylat (MMA) angesehen werden, Kreuzreaktionen zu anderen Acrylaten finden sich aber häufig. Im Einzelfall kann zunächst versucht werden, den Monomergehalt in Prothesen durch Nachbearbeitung der Werkstoffe zu vermindern. Gegebenenfalls muss auf Acrylate komplett verzichtet werden.

Benzoylperoxid kann als Härter verwendet werden, findet sich aber nicht in ausgehärteten Kunststoffen. Sensibilisierungen können beispielsweise aus der Behandlung mit Benzoylperoxid-haltigen Aknepräparaten resultieren, spielen aber für Reaktionen auf dentale Kunststoffe keine Rolle.

## Nachweis einer Kontakt sensibilisierung

Der Diagnostik einer Typ-4-Sensibilisierung dient der Epikutantest, bei dem definierte Allergene für 24 oder 48 Stunden auf der Haut mittels Testkammern appliziert werden. Der Testort ist der Rücken. Ablesungen der Testergebnisse erfolgen nach zumindest 24, 48, und 72 Stunden. Ablesekriterien und Beurteilung der Testresultate sind definiert



Abbildung 2: Positiver Epikutantest mit Prothesenkunststoff

und erfordern klinische Erfahrung. Neben definierten Testallergenen können auch mitgebrachte Materialproben (Metallplättchen, Plättchen aus ausgehärteten Kunststoffen) in den Test einbezogen werden. Expositionstests an der Mundschleimhaut können in Einzelfällen durchgeführt werden, sind insgesamt aber relativ schwer zu bewerten und aufwendig in der Durchführung. Zelluläre Tests im Sinne von Lymphozytentransformationstests können derzeit für die Diagnostik nicht empfohlen werden.

## Klinische Relevanz einer Sensibilisierung

Der Nachweis einer Kontaktsensibilisierung bedeutet noch nicht, dass das Allergen für geschilderte Krankheitsbeschwerden verantwortlich sein muss. Die klinische Relevanz einer Sensibilisierung muss zunächst an Hand anamnestischer Angaben und des klinischen Befundes kritisch geprüft werden. Unter Umständen kann zur Überprüfung der Relevanz einer Sensibilisierung gegenüber einem zahnärztlichen Werkstoff eine Lutschprobe in Analogie zu einem ROAT (Repeated Open Application Test) hilfreich sein. Dabei wird eine Bonbon-artig

geformte Materialprobe für mehrere Tage mit der Wangenschleimhaut möglichst über mehrere Stunden pro Tag in Kontakt gebracht. Beurteilt wird die klinische Reaktion im Kontaktbereich.

## Fazit

Kontaktallergien gegen zahnärztliche Werkstoffe werden von Patienten häufig für verschiedenste Beschwerden verantwortlich gemacht. Tatsächlich sind entsprechende Allergien aber nur für einzelne Patienten von klinischer Bedeutung. Eine exakte Anamnese und die klinische Untersuchung in Verbindung mit allergologischen Testverfahren sind in der Diagnostik unabdingbar. Eine prädiktive beziehungsweise prophetische Testung bei Patienten ohne Hinweise auf Kontaktsensibilisierungen vor einer zahnärztlichen Versorgung ist aus allergologischer Sicht abzulehnen. Nachgewiesene Kontaktallergien müssen bei zahnärztlicher Versorgung aus medizinischen aber auch juristischen Gründen allerdings strikt beachtet werden.

Priv.-Doz. Dr. med. R. Brehler  
Zentrum für Dermatologie  
Westfälische Wilhelms Universität Münster  
Von-Esmarch-Straße 58  
48149 Münster  
r.brehler@uni-muenster.de



**Eine prädiktive beziehungsweise prophetische Testung bei Patienten ohne Hinweise auf Kontaktsensibilisierungen vor einer zahnärztlichen Versorgung ist aus allergologischer Sicht abzulehnen. Nachgewiesene Kontaktallergien müssen bei zahnärztlicher Versorgung aus medizinischen aber auch juristischen Gründen allerdings strikt beachtet werden.**

**zm** Leser service

Die Literaturliste können Sie unter <http://www.zm-online.de> abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

# Balintgruppenarbeit

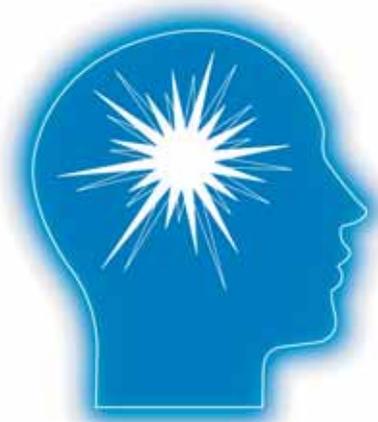


**Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering**

Jahrgang 1966. Medizinstudium 1987 bis 1993 in Göttingen, Berlin und Jerusalem, Promotion 1994, AiP in Münster, 1995 bis 2004 Tätigkeit an der Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Innsbruck. 2002 Habilitation in den Fächern Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker. Seit 2004 Professur für Psychosomatik in der Zahnheilkunde am Universitätsklinikum Münster

Täglich tauchen in der zahnärztlichen Praxis Probleme auf, die allein mit zahnmedizinischen Mitteln nicht zu lösen sind: eine Patientin schildert Beschwerden, die organisch nicht zu erklären und daher zahnmedizinisch nicht zu behandeln sind, mit einem anderen Patienten kommt es zu unangenehmen Auseinandersetzungen über den Preis des neuen Zahnersatzes und ein dritter erscheint wiederholt nicht zum vereinbarten Termin in der Praxis. Alle diese Probleme betreffen die Beziehungsebene zwischen Zahnarzt und Patient und können die Behandlung erheblich stören: der Patient fühlt

sich unverstanden, übervorteilt oder ist verängstigt, der Zahnarzt wird ungeduldig, hilflos oder ärgerlich. Im Umgang mit derartigen Schwierigkeiten ist der Zahnarzt meist unvorbereitet und auf sich allein gestellt, weil er in seinem Zahnmedizinstudium nichts Entsprechendes gelernt hat, da weder zahnärztliche Gesprächsführung noch Psychosomatik in der Approbationsordnung für Zahnärzte enthalten sind. In dieser Situation ist die Balintgruppe ein geeignetes Mittel, die Probleme auf der Beziehungsebene zwischen Zahnarzt und Patient zu reflektieren, zu verstehen und zu lösen.



## Problemlösung im Gruppengespräch

Der ungarische Arzt Michael Balint (1896 - 1970) war ein Schüler Freuds und hat sich als erster intensiv damit beschäftigt, wie psychotherapeutisches Denken und Handeln sinnvoll in die tägliche ärztliche Praxis integriert werden können. Er entwickelte Mitte des letzten Jahrhunderts die heute sogenannten Balintgruppen, die er erstmals in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ beschrieb, das 1957 in englischer und 1962 in deutscher Sprache erschien. Eine Balintgruppe besteht aus acht bis zwölf (Zahn-)Ärzten und einem Balintgruppenleiter, der Psychotherapeut ist und über entsprechende Erfahrung in der Balintgruppen-Arbeit verfügt. Üblicherweise werden Balintgruppen fortlaufend mit ein oder zwei Doppelstunden à 90 Minuten in 14-tägigem oder monatlichem Rhythmus angeboten, es gibt aber auch einmalige oder in größeren Abständen wiederholte Blockveranstaltungen. Die Balintgruppenarbeit läuft nach einem Grundschemata ab, wobei zunächst einer der Gruppenteilnehmer von einem Patienten berichtet, den er als „schwierig“ erlebt und mit dem sich auf der Beziehungsebene Probleme abzeichnen oder bereits bestehen. Dieser Schilderung hören die anderen Gruppenmitglieder erst einmal nur zu, bevor sie Sachfragen nach fehlenden Informationen stellen. In dieser



Foto:KEYSTONE

Das Gespräch in der Gruppe. Offen und fair werden Probleme mit Patienten besprochen und analysiert, die alleine nicht mehr gelöst werden können.

Fragrunde wird noch nicht die Beziehungsebene analysiert, dies geschieht erst im nächsten Abschnitt: Nach Klärung der Sachfragen wird der vorstellende Arzt „aus der Runde entlassen“, er darf sich auf seinem Stuhl zurücklehnen und dem Gespräch der anderen Gruppenmitglieder zuhören, ohne dass er direkt angesprochen wird oder sich in das Gespräch einschalten soll. Die anderen Teilnehmer berichten nun frei ihre Einfälle, Assoziationen, Empfindungen und Überlegungen zum gehörten Bericht. Dabei geht es noch nicht um Lösungsvorschläge, sondern um das vertiefte Verstehen des Beziehungsgeschehens. In dieser Phase der Balintgruppenarbeit geschieht regelmäßig etwas Faszinierendes: Während der vorstellende Arzt dazu neigt, sich wie sein Patient zu verhalten und zu fühlen, erleben sich die anderen Gruppenmitglieder in einer Art Identifikation mit dem Arzt. Balint nannte dies den „parallelen Prozess“: Die Arzt-Patient-Beziehung bildet sich in der Balintgruppe mit „vertauschten Rollen“ ab. Die Kunst des Balintgruppenleiters, in der er von den erfahrenen Teilnehmern unterstützt wird, liegt nun darin, aus den eingebrachten Gedanken und Gefühlen aller Gruppenteilnehmer die Beziehung des vorstellenden Arztes zu seinem Patienten zu rekonstruieren und einem vertieften Verständnis zuzuführen. Gelingt dieser Prozess, so kann sich der vorstellende Arzt in den Reaktionen der anderen Gruppenteilnehmer wiederfinden und hilfreiche Anregungen zu alternativen Perspektiven und Verhaltensweisen gewinnen. Im abschließenden Abschnitt der Balintarbeit wird der betreffende Arzt wieder „in die Runde genommen“ und darf seine Reaktion auf die Äußerungen der anderen einbringen. In einer gemeinsamen Diskussion werden dann Möglichkeiten der Umsetzung des Verstandenen im Sinne einer verbesserten Beziehungsgestaltung erschlossen. Erstaunlicherweise wirkt das Verstehen oft auch ohne Direktiven und gute Ratschläge von selbst, so dass nicht selten in der folgenden Sitzung von einer „wundersamen Wandlung“ des Patienten berichtet wird, zu der der Arzt nichts Konkretes beigetragen habe.



Foto: michael-balint-institut

*Der ungarische Arzt Michael Balint hat sich als erster damit beschäftigt, wie psychotherapeutisches Denken in die medizinische Praxis integriert werden kann.*

Balintarbeit berührt immer auch die Persönlichkeit des Arztes, der von seiner Beziehung zum Patienten – und damit auch von sich selbst – berichtet. Ein gewisses Maß des Sich-öffnens in der Gruppe ist eine Voraussetzung für die gelingende Arbeit, allerdings besteht eine klar gezogene Grenze zur Selbsterfahrung beziehungsweise Psychotherapie: die Persönlichkeit des vorstellenden Arztes ist nur im unmittelbaren Hinblick auf die geschilderte Arzt-Patient-Beziehung von Interesse, darüber hinausgehende Probleme oder Konflikte sind nicht das Thema in der Balintgruppe. Für diesen Schutz der Teilnehmer sorgt – wenn nötig – der Balintgruppenleiter.

## **Ausbildung ist Voraussetzung**

Die Balintgruppenarbeit stellt gut 50 Jahre nach ihrer Einführung ein „weltweites Erfolgsmodell“ dar. In vielen Ländern gibt es Balint-Gesellschaften, die in einer Internationalen Balint-Gesellschaft (IBF) zusammengefasst sind. Weitere Informationen finden sich auf der Website der Deutschen Balint-Gesellschaft e.V. (DBG): [www.balintgesellschaft.de](http://www.balintgesellschaft.de). In Deutschland ist die Teilnahme an einer Balintgruppe Voraussetzung für die Aufnahme in die psychosomatische Grundversorgung und zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie – fachgebunden“. Flächendeckend werden Balintgruppen angeboten und von Ärzten – mehr und mehr aber auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen – genutzt. Auch das Curriculum „Psychosomatische Grundkompetenz“ der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) enthält eine Balintgrup-

penarbeit. Leider ist es Zahnärzten in Deutschland bislang nicht gestattet, Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung oder psychotherapeutische Leistungen zu erbringen und mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) abzurechnen. Dies wird sich in Zukunft hoffentlich ändern – bis dahin bleibt die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen und Balintgruppen für den Zahnarzt eine Investition, die sich „nur“ in einer wachsenden psychosozialen Kompetenz, einer verbesserten Zahnarzt-Patient-Beziehung, einer erfolgreicherer zahnmedizinischen Tätigkeit und letztlich einer größeren Zufriedenheit am Arbeitsplatz bezahlt macht. Viele Ärzte und Zahnärzte schätzen darüber hinaus das regelmäßige Zusammentreffen und intensive Arbeiten mit ebenfalls offenen und interessierten Kollegen der eigenen aber auch anderer Fachrichtungen.

Wer sich für die Teilnahme an einer Balintgruppe interessiert, wird auf ein breites Angebot treffen. Bei der Auswahl der „richtigen Gruppe“ wird es natürlich zu Recht erst einmal um Sympathie sowie um zeitliche und örtliche Parameter gehen; es sei aber darauf hingewiesen, dass die Ärztekammern Weiterbildungsbefugnisse an erfahrene Balintgruppenleiter erteilen. Die Wahl eines Weiterbildungsbefugten Balintgruppenleiters garantiert zum einen dessen fachliche Qualifikation, zum anderen stellt sie sicher, dass die Gruppe in dem Fall, dass die psychosomatische Grundversorgung einmal auch für Zahnärzte geöffnet werden sollte, als Weiterbildungsbestandteil anerkannt wird.

*Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering  
Bereich Psychosomatik in der Zahnheilkunde  
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
Universitätsklinikum Münster  
Waldeyerstraße 30  
48149 Münster  
[stephan.doering@ukmuenster.de](mailto:stephan.doering@ukmuenster.de)*

### **Literatur:**

*Balint, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett-Cotta, 1962.*

14. Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie (NAGP)

## Besondere Fälle in der Parodontologie

**Bei strahlendem Wetter konnte die Aussicht auf besondere Fälle als Thema der diesjährigen NAGP-Jahrestagung am 23. 9. 2006 weit über 300 Zahnärzte aus dem gesamten Bundesgebiet in die Mainmetropole locken. Alles Fälle, die man nicht jeden Tag sieht, aber leicht übersehen könnte.**

Die Teilnehmer wurden durch Prof. Dr. Peter Eickholz, Direktor der Poliklinik für Parodontologie am Zentrum der Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (Carolinum) des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, 1. Vorsitzender der NAGP und Tagungspräsident, herzlich begrüßt. Anschließend richtete Dr. Giesbert Schulz-Freywald, Vizepräsident der Landeszahnärztekammer Hessen, seine Grußworte an das Auditorium. Er stellte zum einen heraus, dass es bedeutsam sei, zahnmedizinische Themen in die breite Öffentlichkeit zu tragen und deren Verbindung zu anderen Erkrankungen herauszustellen. Zum anderen unterstrich er die Bedeutung der Fortbildung als integraler Bestandteil zahnärztlicher Professionalität.



als ätiologische Faktoren dieses Erkrankungsbildes beschrieben worden. Die systemische Einnahme von Medikamenten kann ebenfalls zu Gingivawucherungen führen. Dabei werden vor allem Cyclosporin, Calciumkanalblocker und Phenytoin mit dieser Parodontalerkrankung in Verbindung gebracht. Die Entstehung und der Verlauf von medikamentös-induzierten Gingivawucherungen lassen sich aber oft nicht allein durch die Einnahme

Gingiva zu nennen. In vielen Fällen kann durch eine sorgfältige nicht-chirurgische antiinfektiöse Therapie eine deutliche Verbesserung und in einigen Fällen eine vollständige Remission der Wucherung erreicht werden. Falls parodontalchirurgische Maßnahmen notwendig sind, kann die externe Gingivektomie des Gewebes konventionell mit dem Skalpell oder alternativ mit einem Laser erfolgen. Da es auch nach erfolgreicher Behandlung zu einem Rezidiv der Wucherung kommen kann, ist eine regelmäßige und engmaschige Nachsorge dieser Patienten wichtig. Der Vortrag spannte elegant einen interessanten Bogen von den molekularbiologischen Hintergründen bis zur konkreten Therapie des Krankheitsbildes.

### Papillon-Lefèvre-Syndrom

Über das sehr seltene, aber folgenschwere Papillon-Lefèvre-Syndrom (PLS) referierte Dr. Barbara Noack, Dresden. Das international gebräuchliche Klassifikationssystem in der Parodontologie basiert auf den Empfehlungen des „International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions“ von 1999. Parodontitiden beim Vorliegen systemischer Erkrankungen, die in einer geschwächten Wirtsabwehr resultieren und somit zu schweren parodontalen Destruktionen schon im Kindes- und Jugendalter und frühzeitigem Zahnverlust führen, werden in diesem Klassifikationssystem zur Gruppe „parodontale Manifestation systemischer Erkrankungen“ zusammengefasst. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Bluterkrankungen mit Reduzierung der Abwehr beziehungsweise genetische Erkrankungen. Zu der letztgenannten Gruppe zählt das PLS, eine autosomal rezessive Erbkrankheit, die durch zu meist bereits im Milchgebiss beginnende aggressiv verlaufende Parodontitis, Hyperkeratosen an Hand- und Fußflächen (Abbildung 2) gekennzeichnet und auf Defekte des Cathepsin-C-Gens zurückzuführen ist. Die Erkrankung einschließlic atypischer



Abbildung 1: Genetisch bedingte, aber auch durch ineffektive individuelle Plaquekontrolle beeinflusste Gingivawucherung bei einer jungen Frau

Dr. Bettina Dannewitz, Heidelberg und Frankfurt, ging auf Gingivawucherungen ein, die vielfältige Ursachen haben können (Abbildung 1). Neben Entzündungen der Gingiva sind ein genetischer Hintergrund und auch hämatologische Veränderungen

von Medikamenten erklären. Bei der Pathogenese von medikamentös-induzierten Gingivawucherungen spielen weitere Faktoren eine Rolle. Dabei sind als wichtigste Risikofaktoren die bakterielle Plaque und daraus resultierend die Entzündung der

Verlaufsformen kann heute durch genetische Untersuchung eindeutig diagnostiziert werden. Mit einem modernen Therapiekonzept lässt sich die bisher ungünstige Prognose bezüglich des Zahnerhaltes deutlich verbessern.

## Veränderungen der Mundschleimhaut

Dr. Svantje Schwaner aus dem Zentrum für Dermatologie und Venerologie des Universitätsklinikums Frankfurt gab einen umfassenden Überblick über die Effloreszenzen in der Mundschleimhaut aus dermatologischer Sicht, angefangen bei weißen Flecken, bei denen Erkrankungen wie Lichen ruber, harmlose Veränderungen wie Lingua geographica, verschiedene Infektionskrankheiten oder auch Leukoplakien als Ursache in Frage kommen. Bei blauen Flecken müssen Amalgamtätowierungen



Abbildung 2: Hyperkeratosen bei Papillon-Lefèvre-Syndrom-Patient im Alter von 5 Jahren

differenzialdiagnostisch vom Nävus bleu abgegrenzt werden. Bei manchmal eher rötlichen, gelegentlich bläulichen Veränderungen ist auch an Hämangiome zu denken. Bei braunen Flecken reicht das Spektrum möglicher Diagnosen von harmlosen

Pigmentflecken bis hin zum malignen Melanom. Auch zu bakteriell- und virusbedingten Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen und Aphthen, die mit Ulzerationen oder Bläschen in Erscheinung treten, sowie zu Tumoren wurden anhand einer Vielzahl klinischer Beispiele und illustriert durch beeindruckendes Bildmaterial hilfreiche Hinweise für die Praxis gegeben. Effloreszenzen, wie die hochinfektiösen syphilitischen Primäraffekte (Lues I) oder Plaques muqueuses (Lues II), treten seit einiger Zeit wieder häufiger auf und sollten auch dem Zahnarzt geläufig sein.

Oberfeldarzt Dr. Thomas Eger, Koblenz, nahm sich des gleichen Themas aus zahnärztlicher Sicht an. Auf der Grundlage der Einteilung der Mundschleimhautveränderungen nach Reichart und Philipsen stellte er anhand zahlreicher klinischer Beispiele das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Mundschleimhautveränderungen

gen in seiner Klinik dar, wobei die enge Zusammenarbeit mit den Dermatologen insbesondere bei Autoimmunerkrankungen als auch mit den Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen bei Präkanzerosen und Tumoren betont wurde. Bei Pilzkrankungen ist neben der bekannten Candidamykose bei Immunsupprimierten zunehmend auch mit anderen Pilzen, zum Beispiel Aspergillusarten, als Krankheitsauslöser zu rechnen.

## NUG und NUP

Prof. Dr. Anton Sculean, Nijmegen, befasste sich mit der Diagnostik und Therapie nekrotisierender und ulzerierender Parodontalerkrankungen (NUG und NUP). Die Ätiologie der nekrotisierenden parodontalen Erkrankungen ist noch nicht vollständig bekannt. In der Pathogenese scheinen jedoch spezifische Mikroorganismen sowie ein geschwächtes Immunsystem eine entscheidende Rolle zu spielen. Das klinische Bild der nekrotisierenden Gingivitis ist durch die für sie typischen schmerzhaften, nekrotisierenden Papillen gekennzeichnet (Abbildung 3).

Im Anfangsstadium sind die Nekrosen nur auf die Papillenspitzen beschränkt, breiten sich aber schnell nach apikal aus, was zu einem Attachmentverlust führt. Dementsprechend handelt es sich in diesem Krankheitszustand um eine nekrotisierende Parodontitis. Eine Differentialdiagnose stellt die durch das Herpes simplex Virus verursachte primäre Gingivostomatitis herpetica dar. Während der ersten Behandlungssitzung sollte nach Möglichkeit eine vorsichtige Zahnreinigung erfolgen, sowie Mundspüllösungen zur chemischen Plaquekontrolle verordnet werden. Bei eingeschränkter Nahrungsaufnahme oder reduziertem Allgemeinzustand ist die systemische Gabe von Metronidazol indiziert. Erst nach dem Abklingen der akuten Symptome sollte die initiale Parodontistherapie mit Scaling und Wurzelglättung erfolgen. Als zusätzliche Option nach der Akuttherapie stellte er ein operatives Verfahren zur Papillenrekonstruktion vor, bei dem der Nachweis eines längerfristigen Erfolgs aber noch aussteht.

## Paro-Endo-Läsionen

Dr. Beate Schacher, Frankfurt, berichtete über Paro-Endo-Läsionen. Ein gemeinsamer Ursprung und anatomisch vorgegebene Verbindungswege zwischen Parodont und Endodont haben zur Folge, dass Infektionen von einer Struktur auf die andere übergehen können. Eine sorgfältige Diagnostik und die Behandlung entsprechend eines speziellen Therapiekonzeptes sind erforderlich, um parodontal-endodontale Läsionen erfolgreich beherrschen zu können. Die Klassifikation dieser Läsionen, ihre Prognose und das in der Klinik bewährte Therapiekonzept beinhaltet wertvolle Informationen für die Umsetzung in der zahnärztlichen Praxis.



Abbildung 3: Nekrotisierende ulzerierende Parodontitis: Zerfall der Papillen, die proximale Nekrosezone wird durch ein lineares Erythem demarkiert. Die freiliegenden Zahnhälse dokumentieren den Attachmentverlust

## Aggressive Parodontitis

Was tun bei aggressiver Parodontitis? Die Diagnose, so Prof. Dr. Peter Eickholz, Universität Frankfurt, wird klinisch gestellt. Folgende Charakteristika sind pathognomisch: Der Patient ist abgesehen von der Parodontitis klinisch gesund, das heißt, es liegen keine Allgemeinerkrankungen vor, die die Entstehung beziehungsweise Progression einer Parodontitis begünstigen, es liegt ein rasches Fortschreiten der parodontalen Destruktion vor und es findet sich eine auffällige familiäre Häufung der Erkrankung. Dem klinisch tätigen Zahnarzt steht der Parodontale Screening Index (PSI) zur Verfügung, um seine Patienten mit vertretbarem Aufwand systematisch zu untersuchen, damit er diejenigen, die parodontal erkrankt

sind, rechtzeitig identifizieren kann. Dies sollte auch bei Kinder und Jugendlichen erfolgen. In der Bundesrepublik muss unter 1 000 Jugendlichen im Alter von 16 Jahren mit mindestens einem Fall von aggressiver Parodontitis gerechnet werden. Aggressive Parodontitis kann erfolgreich therapiert werden, wenn die notwendigen diagnostischen Informationen gesammelt und geeignete Behandlungsschritte rechtzeitig eingeleitet werden. Allerdings ist die Therapie der aggressiven Parodontitiden nicht unkompliziert. Deshalb sollte nach der klinischen Diagnosestellung erwogen werden, die betreffenden Patienten für die systematische Parodontistherapie an einen Fachzahnarzt oder Spezialisten für Parodontologie zu überweisen. Rechtzeitige und geeig-

nete Therapie vorausgesetzt und bei guter Mitarbeit der Patienten (regelmäßige Teilnahme an der unterstützenden Parodontistherapie), haben auch die Zähne von Patienten mit aggressiver Parodontitis eine gute Langzeitprognose.

Dr. Rita Arndt  
Poliklinik für Parodontologie  
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum)  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt  
Theodor-Stern Kai 7  
60590 Frankfurt

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

### Höckerstabilisierung durch MOD-Inlays

**Keramikinlays eignen sich besser zur Versorgung von MOD-Kavitäten als Kompositinlays.**

Der Wunsch der Patienten nach zahnfarbenen Rekonstruktionen hat zu einer breiten Anwendung von adhäsiv befestigten Inlays im Seitenzahnggebiet geführt. Umstritten ist jedoch, bis zu welcher Wandstärke der verbliebenen Zahnhartsubstanz die MOD-Kavitäten mit Inlays versorgt werden können, beziehungsweise ab welchem Zerstörungsgrad eine Höckerüberkuppelung mit einer Teilkrone indiziert ist. Auch die Bewertung von Komposit- und Keramik-

inlays ist in der Literatur bisher nicht eindeutig. Das Ziel dieser Studie war daher die Untersuchung der Verwendbarkeit von verschiedenen adhäsiv befestigten MOD-Inlayrestaurationen (Komposit, Keramik) an Prämolaren mit unterschiedlicher Restwandstärke.

Dazu wurden bei extrahierten Prämolaren standardisierte MOD-Kavitäten präpariert. Hierbei wurden die oralen und vestibulären Wände bis auf 2,4 mm beziehungsweise 1,3 mm ge-

schwächt. Die Hälfte der Zähne wurde mit Kompositinlays und die Übrigen mit chairside hergestellten Cerec-Inlays versorgt. Anschließend wurden die Zähne im Thermocycling und in einem Kausimulator belastet. Schließlich wurden die Inlays auf Randspalten untersucht und Bruchlastversuchen unterzogen. Hierbei zeigten die mit Keramikrestaurationen versorgten Zähne eine signifikant geringere Randspaltbildung als solche, die mit Kompositinlays versorgt worden waren. Zudem war die Stabilisierung der geschwächten Höcker effizienter. Die Frakturresistenz von Zähnen mit Keramikinlays und einer Restwandstärke

von 2,8 mm war nicht signifikant schlechter als die von gesunden Zähnen. Bei einer Restwandstärke von 1,3 mm zeigten sich jedoch vermehrt Randspalten und eine verringerte Frakturresistenz der Zähne.

Die Autoren schlussfolgern, dass bei der Versorgung von MOD-Kavitäten Keramikinlays den Kompositinlays vorzuziehen sind. Die hiermit erreichte Stabilität der Höcker ist mit der von gesunden Zähnen vergleichbar. Bei stark geschwächten Wänden mit weniger als 1,3 mm Wandstärke sind höckerüberkuppelnde Rekonstruktionen vorzuziehen.

Quelle:

Mehl A, Kunzelmann KH, Folwaczny M, Hickel R: Stabilization effects of CAD/CAM ceramic restorations in extended MOD cavities. *J Adhes Dent* 2004;6:239-45

### Haftkraft nach Ozonbehandlung

**Die Desinfektion von Schmelz und Dentin mit Ozon hat keinen negativen Einfluss auf den adhäsiven Verbund von Komposit.**

Die Verwendung von Ozon zur Desinfektion findet zunehmend Anwendung in der restaurativen Zahnheilkunde. Unklar war bisher, ob die oxidierende Behandlung mit Ozon den Haftverbund von adhäsiv befestigten Rekonstruktionen negativ beeinflusst. In der vorliegenden In-vitro-Studie sollte daher die Auswirkung einer Ozonbehandlung auf die Haftkraft von Komposit an Schmelz und Dentin ermittelt werden.

Dazu wurden bovine Schmelz- und Dentinproben in vier Gruppen aufgeteilt. In Gruppe 1 und 2 wurden die Proben für 60 s mit Ozon (HealOzone, KaVo) behandelt. In Gruppe 2 wurde zusätzlich ein flüssiges Reduktions-

mittel (liquid reductant, KaVo) aufgetragen. Gruppe 3 wurde mit 35-prozentigem Wasserstoffperoxid behandelt, und Gruppe 4 blieb als Kontrolle unbehandelt. Direkt nach der Vorbehandlung wurden standardisierte Kompositzylinder auf den Proben adhäsiv befestigt und die Haftkraft der Zylinder im Abscherversuch getestet.

Bei den Schmelzproben zeigte sich, dass die mit Ozon vorbehandelten Proben (1) ähnliche Haftwerte aufwiesen wie die unbehandelten Proben (4). Etwas schlechter schnitten die Proben ab, die zusätzlich mit dem Reduktionsmittel behandelt worden waren (2). Die mit Wasserstoffperoxid behandelten Schmelz-

proben (3) zeigten signifikant schlechtere Haftwerte. Bei Dentin waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar, wenn auch die Gruppen 2 und 3 tendenziell schlechterer Haftwerte zeigten.

Die Autoren schlussfolgern, dass keine negativen Effekte auf den Haftverbund von adhäsiven Res-

taurationen zu erwarten sind, wenn die Kavität mit Ozon desinfiziert wird. Von der Anwendung des Reduktionsmittels wird aber abgeraten.

*Quelle:*  
Schmidlin PR, Zimmermann J, Bindl A: *Effect of ozone on enamel and dentin bond strength. J Adhes Dent* 2005;7:29-32.

## Speichelkontamination beim Bonding fördert Randspaltbildung

**Nach einer Kontamination des bereits geätzten Dentins mit Speichel ist ein erneutes Anätzen nicht ratsam.**

Um eine verlässliche und stabile Haftung zwischen Komposit und Zahn zu erhalten, sollte eine Speichelkontamination während des Bondings unbedingt vermieden werden. Ist es dennoch nach dem Konditionieren zu einem Speichelkontakt gekommen, muss die Kavität gereinigt werden. Das Ziel der vorliegenden Studie war, den Effekt verschiedener Reinigungsmaßnahmen nach einer Speichelkontamination während des Dentinbondings auf die Randspaltbildung von Klasse-V-Kavitäten zu untersuchen.

Hierzu wurden standardisierte Klasse-V-Kavitäten in menschlichen Molaren präpariert. Nach einer Konditionierung der Kavitäten für 15 s wurde das Dentin mit Speichel kontaminiert. In unterschiedlichen Gruppen wurde nun der Speichel entweder mit Druckluft verblasen, mit Wasser abgesprüht oder durch erneute Ätzung für 10 s entfernt, bevor die Kavitäten mit einem Dentinadhäsiv und einem Komposit versorgt wurden. In einer Kontrollgruppe erfolgte die Versorgung der Kavitäten ohne vorherige Speichelkontamination. Die

Proben wurden im Folgenden einem Thermocycling unterzogen und anschließend mittels eines Rasterelektronenmikroskops hinsichtlich Randspalten untersucht.

Die mit Speichel kontaminierten Gruppen zeigten häufiger Mikrospalten als die unkontaminierte Kontrolle. Von den verunreinigten Gruppen zeigten jedoch diejenigen, bei welcher der Speichel nur verblasen worden war, die wenigsten Randspalten, gefolgt von der Gruppe in welcher der Speichel abgespült worden war. Ein erneutes Ätzen der Kavität nach der Speichelkontamination erbrachte die schlechtesten Ergebnisse und ist daher nicht ratsam. Die Autoren empfehlen, jede Anstrengung zu unternehmen, um eine Kontamination während des Bondings zu verhindern.

*Quelle:*  
Duarte SJ, Lolato AL, de Freitas CR, Dinelli W: *SEM analysis of internal adaptation of adhesive restorations after contamination with saliva. J Adhes Dent* 2005;7:51-6.

## Versorgung von Wurzelperforationen

**MTA-Zement führt zu besserer Gewebeheilung als Super-EBA-Zement.**

Perforationen der Zahnwurzel können bei der Suche nach obliterierten Wurzelkanälen auftreten. Häufig sind sie auch das Resultat von fehlerhafter Trepanation oder Ausschachtung für Wurzelstifte. Unbehandelt können das Trauma einer Perforation und die anschließende Entzündungsreaktion zu einer irreversiblen parodontalen Läsion führen. Aber auch bei einer sofortigen Versorgung von Perforationsdefekten können unerwünschte Gewebereaktionen auftreten. Die Langzeitprognose einer Perforationsbehandlung hängt neben der Dauer der septischen Exposition sowie der Größe und Lokalisation der Perforation entscheidend von dem verwendeten Material ab. In der vorliegenden Studie sollten daher die histologischen Reaktionen an künstlich hervorgerufenen Perforationen nach einer Abdeckung mit Super-Ethoxybezoessäure-(EBA-)Zement beziehungsweise Mineral-trioxidaggregat-(MTA-)Zement verglichen werden.

Dazu wurden an den Molaren von anästhesierten Versuchstieren (Mischlings-Hunden) Wurzelkanalbehandlungen vorgenommen und in den Furkationen der Zähne kleinflächige Perforationen geschaffen. Diese wurden entweder mit MTA- oder Super-EBA-Zement versorgt und die Zähne anschließend mit Amalgam verschlossen. Nach ein, drei sowie sechs Monaten wurden die Versuchstiere eingeschläfert und die Kiefer histologisch untersucht. Bei der Mehrheit der mit MTA

versorgten Perforationen war nach einem Monat eine milde Entzündung nachweisbar, welche nach drei Monaten weiter zurückging. Nach sechs Monaten war in dieser Gruppe keine Entzündung mehr nachweisbar und alle Perforationen waren mit neu gebildetem Wurzelzement bedeckt. In der Super-EBA-Gruppe zeigten nach einem Monat alle Perforationen eine meist moderate Entzündung. Obwohl nach drei Monaten weniger Entzündungen nachgewiesen wurden, waren nach sechs Monaten lediglich drei von zwölf Perforationen entzündungsfrei. Zudem war in dieser Gruppe eine eher bindegewebige Ausheilung charakteristisch. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass sich MTA besser für die sofortige Versorgung von Wurzelperforationen eignet als Super-EBA.

*Quelle:*  
Yildirim T, Gencoglu N, Firat I, Perk C, Guzel O: *Histologic study of furcation perforations treated with MTA or Super EBA in dogs' teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:120-4.

Dr. Sebastian Paris  
Charité –  
Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Charité Centrum für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde  
Institut für Zahnerhaltung und  
Parodontologie  
Abmannshauser Straße 4-6  
14197 Berlin

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

### Höckerstabilisierung durch MOD-Inlays

**Keramikinlays eignen sich besser zur Versorgung von MOD-Kavitäten als Kompositinlays.**

Der Wunsch der Patienten nach zahnfarbenen Rekonstruktionen hat zu einer breiten Anwendung von adhäsiv befestigten Inlays im Seitenzahnggebiet geführt. Umstritten ist jedoch, bis zu welcher Wandstärke der verbliebenen Zahnhartsubstanz die MOD-Kavitäten mit Inlays versorgt werden können, beziehungsweise ab welchem Zerstörungsgrad eine Höckerüberkuppelung mit einer Teilkrone indiziert ist. Auch die Bewertung von Komposit- und Keramik-

inlays ist in der Literatur bisher nicht eindeutig. Das Ziel dieser Studie war daher die Untersuchung der Verwendbarkeit von verschiedenen adhäsiv befestigten MOD-Inlayrestaurationen (Komposit, Keramik) an Prämolaren mit unterschiedlicher Restwandstärke.

Dazu wurden bei extrahierten Prämolaren standardisierte MOD-Kavitäten präpariert. Hierbei wurden die oralen und vestibulären Wände bis auf 2,4 mm beziehungsweise 1,3 mm ge-

schwächt. Die Hälfte der Zähne wurde mit Kompositinlays und die Übrigen mit chairside hergestellten Cerec-Inlays versorgt. Anschließend wurden die Zähne im Thermocycling und in einem Kausimulator belastet. Schließlich wurden die Inlays auf Randspalten untersucht und Bruchlastversuchen unterzogen. Hierbei zeigten die mit Keramikrestaurationen versorgten Zähne eine signifikant geringere Randspaltbildung als solche, die mit Kompositinlays versorgt worden waren. Zudem war die Stabilisierung der geschwächten Höcker effizienter. Die Frakturresistenz von Zähnen mit Keramikinlays und einer Restwandstärke

von 2,8 mm war nicht signifikant schlechter als die von gesunden Zähnen. Bei einer Restwandstärke von 1,3 mm zeigten sich jedoch vermehrt Randspalten und eine verringerte Frakturresistenz der Zähne.

Die Autoren schlussfolgern, dass bei der Versorgung von MOD-Kavitäten Keramikinlays den Kompositinlays vorzuziehen sind. Die hiermit erreichte Stabilität der Höcker ist mit der von gesunden Zähnen vergleichbar. Bei stark geschwächten Wänden mit weniger als 1,3 mm Wandstärke sind höckerüberkuppelnde Rekonstruktionen vorzuziehen.

Quelle:

Mehl A, Kunzelmann KH, Folwaczny M, Hickel R: Stabilization effects of CAD/CAM ceramic restorations in extended MOD cavities. *J Adhes Dent* 2004;6:239-45

### Haftkraft nach Ozonbehandlung

**Die Desinfektion von Schmelz und Dentin mit Ozon hat keinen negativen Einfluss auf den adhäsiven Verbund von Komposit.**

Die Verwendung von Ozon zur Desinfektion findet zunehmend Anwendung in der restaurativen Zahnheilkunde. Unklar war bisher, ob die oxidierende Behandlung mit Ozon den Haftverbund von adhäsiv befestigten Rekonstruktionen negativ beeinflusst. In der vorliegenden In-vitro-Studie sollte daher die Auswirkung einer Ozonbehandlung auf die Haftkraft von Komposit an Schmelz und Dentin ermittelt werden.

Dazu wurden bovine Schmelz- und Dentinproben in vier Gruppen aufgeteilt. In Gruppe 1 und 2 wurden die Proben für 60 s mit Ozon (HealOzone, KaVo) behandelt. In Gruppe 2 wurde zusätzlich ein flüssiges Reduktions-

mittel (liquid reductant, KaVo) aufgetragen. Gruppe 3 wurde mit 35-prozentigem Wasserstoffperoxid behandelt, und Gruppe 4 blieb als Kontrolle unbehandelt. Direkt nach der Vorbehandlung wurden standardisierte Kompositzylinder auf den Proben adhäsiv befestigt und die Haftkraft der Zylinder im Abscherversuch getestet.

Bei den Schmelzproben zeigte sich, dass die mit Ozon vorbehandelten Proben (1) ähnliche Haftwerte aufwiesen wie die unbehandelten Proben (4). Etwas schlechter schnitten die Proben ab, die zusätzlich mit dem Reduktionsmittel behandelt worden waren (2). Die mit Wasserstoffperoxid behandelten Schmelz-

proben (3) zeigten signifikant schlechtere Haftwerte. Bei Dentin waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar, wenn auch die Gruppen 2 und 3 tendenziell schlechterer Haftwerte zeigten.

Die Autoren schlussfolgern, dass keine negativen Effekte auf den Haftverbund von adhäsiven Res-

taurationen zu erwarten sind, wenn die Kavität mit Ozon desinfiziert wird. Von der Anwendung des Reduktionsmittels wird aber abgeraten.

*Quelle:*  
Schmidlin PR, Zimmermann J, Bindl A: Effect of ozone on enamel and dentin bond strength. *J Adhes Dent* 2005;7:29-32.

## Speichelkontamination beim Bonding fördert Randspaltbildung

**Nach einer Kontamination des bereits geätzten Dentins mit Speichel ist ein erneutes Anätzen nicht ratsam.**

Um eine verlässliche und stabile Haftung zwischen Komposit und Zahn zu erhalten, sollte eine Speichelkontamination während des Bondings unbedingt vermieden werden. Ist es dennoch nach dem Konditionieren zu einem Speichelkontakt gekommen, muss die Kavität gereinigt werden. Das Ziel der vorliegenden Studie war, den Effekt verschiedener Reinigungsmaßnahmen nach einer Speichelkontamination während des Dentinbondings auf die Randspaltbildung von Klasse-V-Kavitäten zu untersuchen.

Hierzu wurden standardisierte Klasse-V-Kavitäten in menschlichen Molaren präpariert. Nach einer Konditionierung der Kavitäten für 15 s wurde das Dentin mit Speichel kontaminiert. In unterschiedlichen Gruppen wurde nun der Speichel entweder mit Druckluft verblasen, mit Wasser abgesprüht oder durch erneute Ätzung für 10 s entfernt, bevor die Kavitäten mit einem Dentinadhäsiv und einem Komposit versorgt wurden. In einer Kontrollgruppe erfolgte die Versorgung der Kavitäten ohne vorherige Speichelkontamination. Die

Proben wurden im Folgenden einem Thermocycling unterzogen und anschließend mittels eines Rasterelektronenmikroskops hinsichtlich Randspalten untersucht.

Die mit Speichel kontaminierten Gruppen zeigten häufiger Mikrospalten als die unkontaminierte Kontrolle. Von den verunreinigten Gruppen zeigten jedoch diejenigen, bei welcher der Speichel nur verblasen worden war, die wenigsten Randspalten, gefolgt von der Gruppe in welcher der Speichel abgespült worden war. Ein erneutes Ätzen der Kavität nach der Speichelkontamination erbrachte die schlechtesten Ergebnisse und ist daher nicht ratsam. Die Autoren empfehlen, jede Anstrengung zu unternehmen, um eine Kontamination während des Bondings zu verhindern.

*Quelle:*  
Duarte SJ, Lolato AL, de Freitas CR, Dinelli W: SEM analysis of internal adaptation of adhesive restorations after contamination with saliva. *J Adhes Dent* 2005;7:51-6.

## Versorgung von Wurzelperforationen

**MTA-Zement führt zu besserer Gewebeheilung als Super-EBA-Zement.**

Perforationen der Zahnwurzel können bei der Suche nach obliterierten Wurzelkanälen auftreten. Häufig sind sie auch das Resultat von fehlerhafter Trepanation oder Ausschachtung für Wurzelstifte. Unbehandelt können das Trauma einer Perforation und die anschließende Entzündungsreaktion zu einer irreversiblen parodontalen Läsion führen. Aber auch bei einer sofortigen Versorgung von Perforationsdefekten können unerwünschte Gewebereaktionen auftreten. Die Langzeitprognose einer Perforationsbehandlung hängt neben der Dauer der septischen Exposition sowie der Größe und Lokalisation der Perforation entscheidend von dem verwendeten Material ab. In der vorliegenden Studie sollten daher die histologischen Reaktionen an künstlich hervorgerufenen Perforationen nach einer Abdeckung mit Super-Ethoxybezoessäure-(EBA-)Zement beziehungsweise Mineral-trioxidaggregat-(MTA-)Zement verglichen werden.

Dazu wurden an den Molaren von anästhesierten Versuchstieren (Mischlings-Hunden) Wurzelkanalbehandlungen vorgenommen und in den Furkationen der Zähne kleinflächige Perforationen geschaffen. Diese wurden entweder mit MTA- oder Super-EBA-Zement versorgt und die Zähne anschließend mit Amalgam verschlossen. Nach ein, drei sowie sechs Monaten wurden die Versuchstiere eingeschläfert und die Kiefer histologisch untersucht. Bei der Mehrheit der mit MTA

versorgten Perforationen war nach einem Monat eine milde Entzündung nachweisbar, welche nach drei Monaten weiter zurückging. Nach sechs Monaten war in dieser Gruppe keine Entzündung mehr nachweisbar und alle Perforationen waren mit neu gebildetem Wurzelzement bedeckt. In der Super-EBA-Gruppe zeigten nach einem Monat alle Perforationen eine meist moderate Entzündung. Obwohl nach drei Monaten weniger Entzündungen nachgewiesen wurden, waren nach sechs Monaten lediglich drei von zwölf Perforationen entzündungsfrei. Zudem war in dieser Gruppe eine eher bindegewebige Ausheilung charakteristisch. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass sich MTA besser für die sofortige Versorgung von Wurzelperforationen eignet als Super-EBA.

*Quelle:*  
Yildirim T, Gencoglu N, Firat I, Perk C, Guzel O: Histologic study of furcation perforations treated with MTA or Super EBA in dogs' teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;100:120-4.

Dr. Sebastian Paris  
Charité –  
Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Charité Centrum für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde  
Institut für Zahnerhaltung und  
Parodontologie  
Abmannshauser Straße 4-6  
14197 Berlin



Foto: Astratech GmbH

## Frühe Kolonisation auf Implantaten bei aggressiver PAR

Eine Reihe von Langzeitstudien hat gezeigt, dass die Anwendung von dentalen Implantaten bei teilbezahnten Patienten auf Grund ihrer hohen Erfolgsrate und hohen Vorhersagbarkeit prognostisch günstig ist.

Die Frage, wie stabil die Ergebnisse bei Patienten mit Parodontitis sind, insbesondere bei der aggressiven Form, wird immer wieder diskutiert. Eine Forschergruppe aus Belgien versuchte nun zu klären, ob Patienten mit einer aggressiven Parodontitis ein erhöhtes Risiko für eine Periimplantitis haben.

Dazu wurden zwölf teilbezahnte Patienten mit einer fortgeschrittenen aggressiven Parodontitis untersucht. Die Probanden hatten ansonsten keine Allgemeinerkrankungen. Die Patienten erhielten eine systematische Parodontalbehandlung (chemische und mechanische supragingivale Plaquekontrolle sowie Scaling und Root Planing). Anschließend wurden sie in ein sechsmonatiges Recall einbezogen, das je nach Fall zwischen zwölf und 24 Monaten lag. Zähne, die im Rahmen der Ini-

tialtherapie oder in der Recall-Phase gezogen werden mussten, wurden ersetzt. Insgesamt wurden 68 Implantate (ITI-Strauermann, Basel, Schweiz) inseriert. Präoperativ spülten die Probanden mit 0,2-prozentigem CHX. Postoperativ und in der Zeit der Untersuchung wurden keine Antibiotika verschrieben. Kontrollröntgenbilder der Implantate wurden nach ein und drei Monaten angefertigt. Die Implantate wurden nach drei bis sechs Monaten prothetisch (Einzelzahnkronen und Brücken) versorgt. Die klinische Untersuchung umfasste Plaque-Index, Blutung auf Sondierung (Bleeding on Probing = BOP), Sondierungstiefen und Attachment-Level an Zähnen und Implantaten. Die fünf parodontal-pathogenen Keime *Actinobacillus actinomycetem comitans* (Aa), *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Prevotella inter-*

*media* (Pi), *Tannerella forsythensis* (Tf) und *Treponema denticola* (Td) wurden mithilfe eines Gensondentests (micro-IDent®, Hain Lifescience GmbH, Nehren, Deutschland) getestet. Die mikrobiellen Proben wurden vor der Operation, zehn Tage postoperativ und sowie nach ein, drei und sechs Monaten sowie sechs Monate nach der definitiven Versorgung entnommen. Die Ergebnisse zeigten, dass außer bei einem Patienten die Indizes stabil blieben und kein positiver BOP zu verzeichnen war. Zwei Implantate gingen verloren, wovon eines erfolgreich nach Explantation durch ein neues Implantat ersetzt wurde. Die Gründe für den Verlust sind in der Studie nicht an-

gegeben. Die Zusammensetzung der Bakterienflora ähnelte in ihrer Zusammensetzung sehr der der Restdentition, wenn auch in geringerer Konzentration. Diese Keime provozierten jedoch bis auf eine Ausnahme keine Mucositis oder Periimplantitis. Die Sondierungstiefen überstiegen zu keinem Zeitpunkt vier Millimeter.

Die Autoren schlossen daraus, dass trotz der frühen Besiedlung der Implantate die Osseointegration nicht gestört würde. Darüber hinaus wurde keine Mucositis oder Periimplantitis, weder klinisch noch radiologisch durch die Keime provoziert. Allerdings wiesen die Autoren darauf hin, dass die Patienten



Foto: Dental Images

gegeben. Das zweite Implantat wurde nach dem Verlust nicht neu inseriert. Trotz intensiver Erhaltungstherapie im Rahmen des Recalls konnten parodontal-pathogene Mikroorganismen in Resttaschen bei einigen Patienten gefunden werden. Bei fünf Patienten blieb die Konzentration der Bakterien jedoch über den gesamten Zeitraum der Studie unter der Nachweisgrenze. Schon zehn Tage nach der Insertion der Implantate waren die

der Untersuchungsgruppen alle eine sehr gute Compliance sowie sehr niedrige Plaque- und Blutungswerte schon vor der Inserierung der Implantate aufwiesen und diese die gute Mundhygiene auch postoperativ beibehielten.

Quelle:  
De Boever AL, de Boever JA. Early colonization of non-submerged dental implants in patients with a history of advanced aggressive periodontitis. *Clin. Oral Impl. Res.* 2006; 17:8-17.

## Diabetes-II-Patienten mit chronischer Parodontitis

In mehreren Studien konnte der Zusammenhang zwischen der chronischen Stoffwechselerkrankung Diabetes und Parodontitis gezeigt werden.

Die Parodontitis wurde sogar schon als eine Komplikation der Diabetes beschrieben. Immer wieder wurde auch darauf hingewiesen, dass es bei Patienten mit Diabetes Typ II und Parodontitis nach einer Parodontalbehandlung zu Verbesserungen der Stoffwechsellage kommen kann. Diese Hypothese wird durch eine neue prospektive klinische Studie weiter gestützt. Zum Zweck der Analyse wurden zwanzig Patienten in zwei Gruppen aufgeteilt, nämlich syste-

misch Gesunde sowie an Diabetes Typ II erkrankte Patienten. Bei allen Patienten lag eine moderate generalisierte chronische Parodontitis vor. Bei beiden Untersuchungsgruppen wurde eine Parodontalbehandlung im Sinne eines Scalings und Root Planings durchgeführt. Die Untersuchung der Patienten erfolgte vor dem Eingriff sowie drei und sechs Monate postoperativ. Sie beinhaltete die Erhebung des Plaque-Indexes, der Blutung auf Sondierung, der Sondierungstie-

fen, des Attachment Levels sowie der Gingivarezessionen. Bei der Gruppe der Diabetes-Patienten wurde zusätzlich Blut abgenommen, um den Blut-Glukosespiegel und den HbA1c-Wert vor und nach der Behandlung zu vergleichen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die parodontalen Parameter in beiden Gruppen signifikant verbesserten. Jedoch zeigte sich in der Kontrollgruppe eine statistisch signifikante Verringerung der Sondierungstiefen gegenüber der erkrankten Gruppe. In der Diabetes-Gruppe verringerte sich der HbA1c-Wert signifikant, was auf eine Verbesserung des Stoffwechsels schließen lässt. Auch der Blutzucker verbesserte sich, wobei der Unterschied jedoch keine statisti-

sche Relevanz zeigte. Insgesamt war die metabolische Einstellung nach sechs Monaten statistisch signifikant besser als zu Beginn der Untersuchung. Kritisch bewertet werden sollte hierbei jedoch die relativ kleine Untersuchungsgruppe (n = 20).

Quelle:

Faria-Almeida R, Navarro A, Bascones A. *Clinical and metabolic changes after conventional treatment of type 2 diabetic patients with chronic periodontitis.* J Periodontol 2006; 77:591-598

Dr. Svenja Rogge

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

## Fortbildung im Überblick

|                                |                        |        |   |                               |
|--------------------------------|------------------------|--------|---|-------------------------------|
| <b>Abrechnung</b>              | ZÄK Nordrhein          | S. 98  | ZÄK Sachsen-Anhalt                      | S. 100                        |
|                                | LZK Berlin/Brandenburg | S. 100 | ZÄK Westfalen-Lippe                     | S. 102                        |
|                                | ZÄK Sachsen-Anhalt     | S. 100 | ZÄK Niedersachsen                       | S. 102                        |
|                                | ZÄK Westfalen-Lippe    | S. 102 | ZÄK Hamburg                             | S. 104                        |
|                                | LZK Rheinland-Pfalz    | S. 104 | <b>Notfallbehandlung</b>                | ZÄK Nordrhein S. 98           |
| <b>Endodontie</b>              | ZÄK Nordrhein          | S. 98  | ZÄK Sachsen-Anhalt                      | S. 101                        |
|                                | LZK Berlin/Brandenburg | S. 100 | <b>Parodontologie</b>                   | ZÄK Nordrhein S. 99           |
|                                | ZÄK Sachsen-Anhalt     | S. 100 | ZÄK Sachsen-Anhalt                      | S. 101                        |
|                                | ZÄK Westfalen-Lippe    | S. 102 | ZÄK Niedersachsen                       | S. 102                        |
|                                | ZÄK Niedersachsen      | S. 102 | <b>Praxismanagement</b>                 | ZÄK Westfalen-Lippe S. 102    |
| <b>Helferinnen-Fortbildung</b> | ZÄK Hamburg            | S. 104 | LZK Rheinland-Pfalz                     | S. 103                        |
|                                | ZÄK Nordrhein          | S. 99  | ZÄK Hamburg                             | S. 104                        |
|                                | ZÄK Sachsen-Anhalt     | S. 100 | <b>Prophylaxe</b>                       | LZK Berlin/Brandenburg S. 100 |
|                                | ZÄK Westfalen-Lippe    | S. 102 | ZÄK Niedersachsen                       | S. 102                        |
|                                | ZÄK Niedersachsen      | S. 102 | <b>Restaurative ZHK</b>                 | ZÄK Nordrhein S. 98           |
| <b>Implantologie</b>           | LZK Rheinland-Pfalz    | S. 103 | <b>Röntgen</b>                          | LZK Berlin/Brandenburg S. 100 |
|                                | LZK Berlin/Brandenburg | S. 100 | <hr/>                                   |                               |
|                                | ZÄK Sachsen-Anhalt     | S. 100 | <b>Fortbildung der Zahnärztekammern</b> | <b>Seite 98</b>               |
|                                | ZÄK Westfalen-Lippe    | S. 102 | <hr/>                                   |                               |
|                                | ZÄK Hamburg            | S. 104 | <b>Kongresse</b>                        | <b>Seite 104</b>              |
| <b>Kiefer-/Oralchirurgie</b>   | ZÄK Niedersachsen      | S. 103 | <hr/>                                   |                               |
|                                | LZK Rheinland-Pfalz    | S. 103 | <b>Wissenschaftliche Gesellschaften</b> | <b>Seite 108</b>              |
|                                | ZÄK Hamburg            | S. 104 | <hr/>                                   |                               |
| <b>Kieferorthopädie</b>        | ZÄK Nordrhein          | S. 98  | <b>Freie Anbieter</b>                   | <b>Seite 108</b>              |



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

### ZÄK Nordrhein



#### Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

**Kurs-Nr.:** 06108 \* 16 Fp  
**Thema:** Einführung in die evidenz-basierte klinische Funktionsanalyse (MSA I) Seminar mit Demonstrationen  
**Referent:** Prof. Dr. med. dent. Axel Bumann, Berlin  
**Termin:** 01. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
 02. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** ZÄ 350,00 EUR, Assistenten 175,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06127 P(B) 15 Fp  
**Thema:** Klinische Funktionsanalyse u. befundbezogene Aufbiss-schientherapie Teil 2 einer dreiteiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch Kurs 07001.)  
**Referent:** Dr. med. dent. Uwe Harth, Bad Salzuflen  
**Termin:** 01. 12. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr  
 02. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 450,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06167 T(B) 12 Fp  
**Thema:** Selbstzahlerleistungen für Fortgeschrittene im Team perfekt vermitteln oder „die feine Art zu siegen“ Team Power II  
**Referent:** Dr. med. dent. Gabriele Brieden, Hilden  
**Termin:** 01. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
 02. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 290,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 190,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06191 8 Fp  
**Thema:** 10. Nordrheinischer Hochschultag – Gemeinschaftstagung der Nordrheinischen Universitätskliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit dem Karl-Häupl-Institut  
**Referent:** versch. Referenten  
**Termin:** 02. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Universitätsklinikum der RWTH Aachen  
**Teilnehmergebühr:** Gebührenfrei, Anmeldung erforderlich

**Kurs-Nr.:** 06147 (B) 5 Fp  
**Thema:** Handbuch für die Zahnarztpraxis  
**Schwerpunkt:** Begehung nach MPG  
**Referent:** Dr. med. dent. Johannes Szafraniak, Viersen  
 Dr. med. dent. Klaus Sälzer, Wuppertal  
**Termin:** 06. 12. 2006, 13.30 – 18.30 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 90,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06163 P(B) 5 Fp  
**Thema:** Die ästhetische Komposit-Restauration Workshop zur Schichtungstechnik nach Dr. Lorenzo Vanini  
**Referent:** Dr. med. dent. Jörg Weiler, Köln  
**Termin:** 06. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 300,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06172 (B) 11 Fp  
**Thema:** Qualitätsmanagement in unserer Praxis  
**Referent:** Dipl. Psychologe Bernd Sandock, Berlin  
**Termin:** 08. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
 09. 12. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 300,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06101 T(B) 8 Fp  
**Thema:** Arbeitssystematik in der Zahnarztpraxis – A –  
**Referent:** Dr. med. dent. Richard Hilger, Kürten  
**Termin:** 09. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 240,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 75,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06142 P(B) 7 Fp  
**Thema:** Endodontie kompakt – Antibakterielles Regime, Wurzelkanalfüllung und Postendodontische Versorgung – 2. Kurs einer zweiteiligen Kursreihe  
**Referent:** Prof. Dr. med. dent. Rudolf Beer, Essen  
**Termin:** 13. 12. 2006, 14.00 – 19.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 200,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06134 P(B) 15 Fp  
**Thema:** Deep Scaling; Modul 7-8 des Curriculums; Parodontologie  
**Referent:** Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, Nijmegen  
**Termin:** 15. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
 16. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 480,00 EUR

#### Vertragswesen

**Kurs-Nr.:** 06330 (B) 4 Fp  
**Thema:** Zahnärztlicher Mitarbeiter oder Sozium – Die heutige Situation unter besonderer Berücksichtigung von drohenden Zulassungsbeschränkungen und gesetzlichen Restriktionen Seminar für Zahnärzte  
**Referent:** ZA Lothar Marquardt, Krefeld  
**Termin:** 06. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 30,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06332 (B) 4 Fp  
**Thema:** Privat statt Kasse – Kurs beinhaltet u. a. die aktuelle Situation bei der Mehrkostenregelung für Füllungen aktualisiert aufgrund der neuen, ab dem 1. Januar 2004 geltenden Vertragslage – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter  
**Referent:** Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen  
 ZA Ralf Wagner, Langerwehe  
**Termin:** 06. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 30,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06334 4 Fp  
**Thema:** Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 3 Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

**Referent:** Dr. med. dent. Wolfgang Eßer, Mönchengladbach  
 ZA Lothar Marquardt, Krefeld  
 Dr. med. dent. Hans Werner Timmers, Essen  
**Termin:** 20. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 30,00 EUR

#### Fortbildung der Universitäten

#### Düsseldorf

**Kurs-Nr.:** 06350 TP 5 Fp  
**Thema:** Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztl. Personal  
**Referent:** Dr. med. Dr. med. dent. Ulrich Stroink, Düsseldorf  
 Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Claus Udo Fritzemeier, Düsseldorf  
**Termin:** 06. 12. 2006, 15.00 – 19.00 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Karl-Häupl-Institut, Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf  
**Teilnehmergebühr:** 160,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 25,00 EUR

#### Essen

**Kurs-Nr.:** 06372 TP 5 Fp  
**Thema:** Zahnärztliche Notfallmedizin für das Praxisteam  
**Referent:** Prof. Dr. med. dent. Thomas Weischer, Essen  
**Termin:** 20. 12. 2006, 14.00 – 18.00 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Kliniken Essen Mitte, Vortragsraum Huyssens-Stift, Henricistr. 92 45136 Essen  
**Teilnehmergebühr:** 160,00 EUR und Praxismitarbeiter (ZFA) 25,00 EUR

#### Fortbildung in den Bezirksstellen

#### Duisburg

**Kurs-Nr.:** 06431 2 Fp  
**Thema:** Neue Aspekte moderner Präparationstechniken  
**Referent:** Dr. med. dent. Karl-Peter Meschke, Wuppertal

**Termin:** 06. 12. 2006,  
15.30 – 18.00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Evangelisches  
Krankenhaus, Vortragsaal

Wertgasse 30, 45468 Mülheim

**Teilnehmergebühr:** Gebührenfrei,  
Anmeldung nicht erforderlich.

## Köln

**Kurs-Nr.:** 06442 2 Fp

**Thema:** Mikrobiologische Dia-  
gnostik und antibiotische Thera-  
pie in der Paradontologie

**Referent:** Prof. Dr. med. dent.  
Peter Eickholz, Frankfurt/Main

**Termin:** 06. 12. 2006,  
17.00 – 18.30 Uhr

**Veranstaltungsort:** Großer Hör-  
saal des Zentrums für Anatomie  
der Universität zu Köln  
Joseph-Stelzmann-Str. 9  
50931 Köln-Lindenthal

**Teilnehmergebühr:** Gebührenfrei,  
Anmeldung nicht erforderlich.

**Kurs-Nr.:** 06443 2 Fp

**Thema:** Neue Wege beim Aufbau  
endodontisch versorgter Zähne

**Referent:** Prof. Dr. med. dent.  
Daniel Edelhoff, Aachen

**Termin:** 13. 12. 2006,  
17.00 – 18.30 Uhr

**Veranstaltungsort:** Großer Hör-  
saal des Zentrums für Anatomie  
der Universität zu Köln  
Joseph-Stelzmann-Str. 9  
50931 Köln

**Teilnehmergebühr:** Gebührenfrei,  
Anmeldung nicht erforderlich.

## Seminare für Assistenten

**Kurs-Nr.:** 06394 (B) 16 Fp

**Thema:** Intensiv-Abrechnungsse-  
minar in Düsseldorf

Seminar für Assistentinnen, Assis-  
tenten und neu niedergelassene  
Zahnärztinnen und Zahnärzte

**Referent:** Dr. med. Peter Minder-  
jahn, Stolberg

**Thema:** 08. 12. 2006,  
9.00 – 19.00 Uhr

09. 12. 2006, 9.00 – 19.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 190,00 EUR

## Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

**Kurs-Nr.:** 06253

**Thema:** Entspannungstechniken  
für ZMP, ZMF und ihre Patienten

**Referent:** Dr. med. dent. Rolf  
Pannewig, Hamminkeln

**Termin:** 05. 12. 2006,  
18.45 – 22.00 Uhr

**Teilnehmergebühr:** 60,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06286

**Thema:** Pflege und Wartung von  
Hand-, Winkelstücken und Turbi-  
nen

**Referent:** Horst Bunge,  
Düsseldorf

**Termin:** 06. 12. 2006,  
15.00 – 17.00 Uhr

**Teilnehmergebühr:** 20,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06265

**Thema:** Ihr gekonnter Auftritt –  
Patienten überzeugen und be-  
geistern. Personal Power II

Intensives Aufbau Training mit  
vielen praktischen Übungen

**Referent:** Dr. med. dent. Gabriele  
Brieden, Hilden

**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr

09. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 175,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06292

**Thema:** Ausbildung von ZMF  
und ZMP zur pädagogischen  
Unterrichtshilfe in der Altenpfle-  
geausbildung  
(Beachten Sie bitte auch unseren  
Kurs 06293.)

**Referent:** Dr. med. dent.  
Friedrich Cleve, Rheurdt

Paul Doetsch-Perras, Rott/Lech  
**Termin:** 15. 12. 2006,  
9.00 – 18.00 Uhr

16. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 450,00 EUR

**Kurs-Nr.:** 06293

**Thema:** Ausbildung von ZMF  
und ZMP zur pädagogischen  
Unterrichtshilfe in der Altenpfle-  
geausbildung  
Freiwilliges Praktikum – ergän-  
zende Didaktik-Fortbildung

**Referent:** Dr. med. dent.  
Friedrich Cleve, Rheurdt

Paul Doetsch-Perras, Rott/Lech

**Termin:** 13. 01. 2007,  
9.00 – 18.00 Uhr  
**Teilnehmergebühr:** 150,00 EUR

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

## LZK Berlin/ Brandenburg



### Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

**Thema:** Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz § 18 a RöV für Zahnärzte/innen [9 Fp.]  
**Referent:** Diverse  
**Termin:** 25. 11. 2006;  
09:00 – 15:30 Uhr  
**Ort:** Charité Campus Virchow Klinikum; Augustenburger Platz, 13353 Berlin  
**Gebühr:** 50,00 EUR für Mitglieder der ZÄK Berlin und der LZÄK Brandenburg  
**Kurs-Nr.:** 3000.6

**Thema:** Aktuelle Wurzelfülltechniken [8 Fp.]  
**Referent:** Dr. Clemens Bargholz - Hamburg  
**Termin:** 25. 11. 2006;  
09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin  
**Gebühr:** 240,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 4005.1

**Thema:** Passgenauer Zahnersatz auf Implantaten: Praktischer Kurs zur Abformung [10 Fp.]  
**Referent:** Prof. Dr. Bernd Wöstmann – Gießen  
**Termin:** 25. 11. 2006;  
09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Pfaff Berlin, Aßmannshäuser Str. 4-6; 14197 Berlin  
**Gebühr:** 215,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 0706.1

**Thema:** Update zahnärztliche Pharmakologie [8 Fp.]  
**Referent:** Dr. med. Dr. med. dent. Frank Halling, Fulda  
**Termin:** 25. 11. 2006;  
09:00 – 16:30 Uhr  
**Ort:** Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin  
**Gebühr:** 205,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 6018.0

**Thema:** Kompositfüllungen: State of the art – Hands on Kurs [16 Fp.]  
**Referent:** Wolfgang-M. Boer - Euskirchen  
**Termin:** 01. 12. 2006;  
14:00 – 19:00 Uhr  
02. 12. 2006; 09:00 – 17:00 Uhr  
**Ort:** Pfaff Berlin, Aßmannshäuser Str. 4-6; 14197 Berlin  
**Gebühr:** 575,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 4016.1

**Thema:** Materialunverträglichkeit, Biokompatibilität, Schleimhautveränderungen und Allergien [8 Fp.]  
**Referent:** Dr. Michael Hopp - Berlin  
**Termin:** 02. 12. 2006;  
09:00 – 18:00 Uhr  
**Ort:** Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin  
**Gebühr:** 175,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 6009.1

**Thema:** Abrechnung und Berechnung zahnärztlicher Leistungen: Implantologie [5 Fp.]  
**Referentin:** Angelika Kircher, Berlin  
**Termin:** 01. 12. 2006;  
14:00 – 18:30 Uhr  
**Ort:** Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin  
**Gebühr:** 120,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 9017.E

**Thema:** 11. Berliner Prophylaxetag | Vortragsblock [8 Fp.]  
**Referent:** Prof. Dr. Andrej Kielbassa, Prof. Dr. Rainer R. Miethke – Berlin; Prof. Dr. Stefan Zimmer – Düsseldorf; PD Dr. Rainer Seemann – Berlin; Dr. Michel Herbert – Würzburg; Dr. Sebastian Ziller - Berlin  
**Termin:** 09. 12. 2006;  
09:00 – 16:30 Uhr  
**Ort:** Ludwig Erhard Haus, Fasanenstraße 85, 10623 Berlin

**Gebühr:** 109,00 EUR  
**Kurs-Nr.:** 3010.0

**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

## ZÄK Sachsen-Anhalt



### Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

**Thema:** Moderne Endodontie Konventionelle Technik, Einsatz rotierender Ni-Ti Instrumente  
**Referenten:** Prof. Dr. Hans-Günther Schaller, Halle; OA Dr. Christian Gernhardt, Halle  
**Termin:** 01. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr,  
02. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Halle/S., Zahnklinik, Hörsaal des Zentrums für ZMK, Große Steinstr. 19  
**Gebühr:** 180 Euro  
**Kurs-Nr.:** Z/2006-082

**Thema:** Mit der Rezeption die Praxis erfolgreich steuern  
**Referent:** Dipl.-oec. Hans-Dieter Klein  
**Termin:** 06. 12. 2006,  
14.00 – 19.00 Uhr  
**Ort:** Halle/S., Maritim Hotel, Riebeckplatz 4  
**Gebühr:** ZA 110 Euro, ZH 80 Euro  
**Kurs-Nr.:** Z/ZH 2006-073

**Thema:** Artikulator und Gesichtsbogen – Zweiteiliger Kurs Teil 2: Das Stützstiftregistrat am bezahnten Patienten  
**Referent:** Prof. Dr. Karl-Ernst Dette, Halle/S.  
**Termin:** 06. 12. 2006,  
17.30 – 20.30 Uhr

**Ort:** Halle/S., in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Sektion zahnärztliche Propädeutik, Harz 42a  
**Gebühr:** 200 Euro für beide Teile  
**Kurs-Nr.:** Z/2006-080

**Thema:** Implantologischer Kompakt-Einsteigerkurs  
**Referent:** Dr. Thomas Barth, Leipzig-Engelsdorf  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 19.00 Uhr und am 09.12.2006, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162  
**Gebühr:** 350 Euro  
**Kurs-Nr.:** Z/2006-074

### Sonderveranstaltung

**Thema:** Neue Materialien und Technologien in der Zahnheilkunde  
**Referenten:** Prof. Dr. Dr. Johannes Schubert, Halle (wissenschaftlicher Leiter) Prof. Dr. Jürgen Setz, Halle Prof. Dr. Hans-Günter Schaller, Halle; Dr. Christine Goldbecher, Halle; Prof. Dr. Dr. K. Louis Gerlach, Magdeburg; Christine Linß, Halle; Prof. Dr. Dr. Uwe Eckelt, Dresden; Prof. Dr. Robert Fuhrmann, Halle; Prof. Dr. Dr. H.-Florian Zeilhofer, Basel  
**Termin:** 09. 12. 2006,  
9.00 – 14.00 Uhr  
**Ort:** Halle/S. im Maritim Hotel, Riebeckplatz 4  
**Gebühr:** entfällt dank freundlicher Unterstützung der Sanofi-Aventis GmbH

**Thema:** Workshop: Abdingungen und Privatvereinbarungen  
**Referentin:** Gudrun Sieg-Küster  
**Termin:** 09. 12. 2006,  
9.00 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Halle/S., im Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstraße 2a  
**Gebühr:** 140 Euro  
**Kurs-Nr.:** H-82-2006

**Thema:** Help! Do you speak English?

**Referentin:** Sabine Nemeč, Langensfeld

**Termin:** 09. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

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

**Gebühr:** 125 Euro

**Kurs-Nr.:** H-83-2006

## ZÄK Westfalen-Lippe



**Thema:** 6-teiliges Curriculum Parodontologie, Teil 2 – Chirurgische Parodontitistherapie

**Referent:** Prof. Dr. Knut Merte, Leipzig

**Termin:** 15. 12. 2006, 15.00 – 20.00 Uhr und am 16. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

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

**Gebühr:** 1.700 Euro, (Einzelkursgebühr: 350 Euro)

**Kurs-Nr.:** Z/2006-076

### Zentrale Zahnärztl. Fortbildung

**Termin:** 29. 11. 2006, 15.30 – 17.30 Uhr

**Kurs-Nr.:** ARB 067 140

**Gebühr:** 15 EUR pro Termin

**Thema:** Arbeitskreis Alterszahn-Medizin 3. Treffen im 2. Halbjahr

**Referent:** Dr. Renate Mehring, Ahaus; Dr. Ekkard Mizgalski, Bochum

**Punkte:** 3

**Thema:** Notfallseminar für das Praxisteam (mit praktischen Übungen)

**Referenten:** Univ.-Prof. Dr. Dr. Johannes Schubert, Halle Prof. Dr. Detlef Schneider, Halle Dr. Jens Lindner, Halle

**Termin:** 16. 12. 2006, 9.00 – 14.30 Uhr

**Ort:** Halle/S., Universitätsklinik Kröllwitz, Ernst-Grube-Str. 40

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

**Kurs-Nr.:** Z/ZH 2006-075

**Termin:** 29. 11. 2006, 15.00 – 17.30 Uhr

**Kurs-Nr.:** ARB 067 212

**Gebühr:** 72 EUR

**Thema:** Arbeitskreis Kinderzahnheilkunde

**Referent:** Dr. Peter Noch, Münster

**Punkte:** 3

**Termin:** 29. 11. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr

**Kurs-Nr.:** 067 244 – Team

**Gebühr:** ZA: 184 EUR; ZMA: 92 EUR

**Thema:** Parodontales Debridement mit Schall- und Ultraschallscälern

**Referent:** PD Dr. Gregor Petersilka, Würzburg

**Punkte:** 5

**Anmeldungen** bitte schriftlich über ZÄK S.-A., Postfach 39 51, 39014 Magdeburg, Tel.-Nr.: 0391/7 39 39 14 (Frau Einecke) bzw. 0391/7 39 39 15 (Frau Birwirth),

Fax: 0391/7 39 39 20

E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder

birwirth@zahnaerztekammer-sah.de

**Termin:** 29. 11. 2006, 15.00 – 18.00 Uhr

**Kurs-Nr.:** 067 267

**Gebühr:** 142 EUR

**Thema:** Krisenmanagement in der Zahnarztpraxis in wirtschaftlich schweren Zeiten

**Referent:** Dipl. BW Stephan Goblirsch, Münster

**Punkte:** 4

**Termin:** 29. 11. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** ARB 067 402  
**Gebühr:** 84 EUR pro Termin  
**Thema:** Arbeitskreis Kieferorthopädie – 3. Treffen im 2. Halbjahr  
**Referent:** Dr. Eva-Maria Coenen-Thiele, Minden  
**Punkte:** 5 pro Termin

**Termin:** 01. 12. 2006,  
14.00 – 19.00 Uhr;  
02. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 283  
**Gebühr:** 504 EUR  
**Thema:** Einblicke in ein endodontisches Konzept mit dem Schwerpunkt praktischer Übungen am OP-Mikroskop  
**Referent:** Dr. Anselm Brune, Münster; Dr. Torsten Neuber, Münster  
**Punkte:** 17

**Termin:** 01. 12. 2006,  
10.00 – 18.00 Uhr;  
02. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 268  
**Gebühr:** ZA: 552 EUR;  
ZMA: 276 EUR  
**Thema:** Erfolgreiche Mitarbeiterführung in der Zahnarztpraxis  
**Referent:** Dr. Bernd Blitzer, Bremen  
**Punkte:** 16

**Termin:** 01. 12. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 269  
**Gebühr:** 154 EUR  
**Thema:** Ein Gutachten – ein Gerichtsverfahren steht an, was nun?  
**Referent:** Dr. stom (RO) Dusan Ristic, Dortmund;  
Dr. Hendrik Schlegel, Münster  
**Punkte:** 4

**Termin:** 01. 12. 2006,  
14.00 – 19.00 Uhr;  
02. 12. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 237  
**Gebühr:** 544 EUR  
**Thema:** Kinderzahnheilkunde und dentale Traumatologie  
**Referent:** Dr. Hubertus von Waes, Zürich  
**Punkte:** 15

**Termin:** 06. 12. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 284  
**Gebühr:** 172 EUR  
**Thema:** Kofferdam + Lupe oder „Etwas mehr Privatpraxis!“  
**Referent:** Dr. Albert Scherer, Paderborn  
**Punkte:** 5

**Termin:** 06. 12. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 221 – Team  
**Gebühr:** ZA: 104 EUR;  
ZMA: 52 EUR  
**Thema:** GOZ – Potenziale nutzen  
**Referent:** ZMV Christine Baumeister, Haltern  
**Punkte:** 4

**Termin:** 06. 12. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** ARB 067 102  
**Gebühr:** 156 EUR pro Termin  
**Thema:** Arbeitskreis Implantologie – 3. Treffen im 2. Halbjahr  
**Referent:** Dr. Martin Grieb  
**Punkte:** 5 pro Termin

**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 19.00 Uhr;  
09. 12. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 067 246  
**Gebühr:** 668 EUR  
**Thema:** Diagnostik & Prävention  
**Referent:** Prof. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien, Jena;  
Dr. Jan Kühnisch, München  
**Punkte:** 15

#### Dezentrale zahnärztliche Fortbildung

**Termin:** 29. 11. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Kongresszentrum Westfalenhallen/Goldsaal, Rheinlanddamm 200, 44139 Dortmund  
Tel.: 0251/507 607  
**Kurs-Nr.:** DEZ 067 402  
**Gebühr:** 65 EUR  
**Thema:** Neues von der Adhäsivtechnik – Ein Update Endodontie im Milchgebiss  
**Referent:** Dr. Till Dammaschke, Dr. Markus Kaup, beide Münster  
**Punkte:** 4

**Termin:** 06. 12. 2006,  
15.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Universitätszahnklinik, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58455 Witten  
Tel.: 0251/507 607  
**Kurs-Nr.:** DEZ 067 403  
**Gebühr:** 65 EUR  
**Thema:** Vortragsreihe: Endodontic Topics – Teil 6: Wurzelkanalfüllung: vertikale Kondensation, neue Materialien und Techniken  
**Referent:** Prof. Dr. Liviu Steier, Dr. Tomas Lang, beide Witten  
**Punkte:** 4

#### Veranstaltungsvorschau für Zahnmedizinische Assistenz- und Verwaltungsberufe

**Termin:** 24./25. 11. 2006,  
jeweils 8.00 – 17.30 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 063 032  
**Gebühr:** 390 EUR  
**Thema:** Prothetische Assistenz „Assistenz bei Funktionsanalyse und prothetischen Therapiemaßnahmen“  
**Referent:** Dr. Gisbert Thor, Dr. Jochen Terwelp

**Termin:** Dieser Kurs wird zu verschiedenen Zeiten in verschiedenen Orten angeboten, in Münster am 28. 11. + 11. 12. 2006, jeweils von 8.00 – 17.00 Uhr  
**Kurs-Nr.:** 063 618  
**Gebühr:** 175 EUR  
**Thema:** Prophylaxe für Auszubildende des 3. Ausbildungsjahres zur Zahnmedizinischen FachAngestellten; Ausbildungsbegleitendes Kursangebot in Theorie und Praxis  
**Referent:** ZMP Barbara Schemmelmann; ZMF Wiltraud Höötmann

**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.Bruemmer@zahnaerzte-wl.de  
Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de  
Ingrid.Hartmann@zahnaerzte-wl.de  
simone.meyer@zahnaerzte-wl.de

## ZÄK Niedersachsen



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Prävention als Teamarbeit – die zahnärztliche Fachassistentin im Zentrum des Geschehens  
**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Dr. Elfi Laurisch  
**Termin:** 01. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
02. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 225,- EUR  
**Kurs-Nr.:** F 0652

**Thema:** Präventives Praxismanagement (Der Kurs für die/den Zahnarzt/Zahnärztin)  
**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Dr. Lutz Laurisch  
**Termin:** 01. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
02. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 235,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z 06142

**Thema:** Zeitgemäße Parodontologie und ihre Realisation in der Praxis  
**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** PD Dr. Rainer Buchmann  
**Termin:** 02. 12. 2006,  
9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 180,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z 06143

**Thema:** Endodontie Kompakt – Kurs 2  
**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Prof. Dr. Rudolf Beer

**Termin:** 06. 12. 2006,  
14.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** 195,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z 06144

**Thema:** Kfo-Vortragsreihe – Klinische Anwendung einer Headgear-Aktivator-Kombination  
**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover

**Referent:** Dr. H. van Beek  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
19.30 – 22.00 Uhr  
**Gebühr:** 50,- EUR (150,- EUR für alle 4 Veranstaltungen)  
**Kurs-Nr.:** Kfo-Zyklus

**Thema:** Unser PAR-Patient hat Zukunft

**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Annette Schmidt  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
9.00 – 18.00 Uhr  
09. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 400,- EUR  
**Kurs-Nr.:** F 0653

**Thema:** CranioMandibulärer Dysfunktion / MyoArthroPathie

**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** PD G. Groot Landeweer  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
9.00 – 18.00 Uhr  
09. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 460,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z 06145

**Thema:** Update parodontale und periimplantäre Chirurgie

**Ort:** Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover  
**Referent:** Dr. Raphael Borchart  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
09. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 690,- EUR  
**Kurs-Nr.:** Z 06146

**Auskunft und Anmeldung:**

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

## LZK Rheinland-Pfalz



### Fortbildungsveranstaltungen

**Termin:** 01. 12. 2006,  
15.00 – 19.00 Uhr  
**Thema:** Praxisrelevante chirurgische und implantatprothetische Entscheidungsfindung  
**Referent:** Dr. Frank Kornmann, Oppenheim  
**Ort:** LZK Rheinland-Pfalz  
**Kurs-Nr.:** 068148  
**Gebühr:** 200 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 6

**Termin:** 02. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Thema:** Die Superpraxis – Die Erfolgsfaktoren für Zahnarzt und Personal  
**Referent:** Stefan Seidel, Alzey;  
**Ort:** LZK Rheinland-Pfalz  
**Kurs-Nr.:** 068143  
**Gebühr:** ZA: 200 EUR;  
1. ZFA: 100 EUR; jede weitere ZFA: 50 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 6

**Termin:** 04. – 16. 12. 2006  
**Thema:** 7. Kursteil der Berufs begleitenden Aufstiegsfortbildung für ZFA (BBAZ)  
**Sonstiges:** ca. 90 Unterrichtsstunden – Voraussetzung: erfolgreiche Teilnahme der Bausteine 1-6  
**Ort:** LZK Rheinland-Pfalz  
**Kurs-Nr.:** 068214  
**Gebühr:** 600 EUR

**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Thema:** Allgemeine und spezielle Hygienemaßnahmen nach den neuen RKI-Empfehlungen  
**Referent:** Sabine Christmann, Neustadt/W.  
**Ort:** LZK Rheinland-Pfalz  
**Kurs-Nr.:** 068229  
**Gebühr:** 150 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 5

**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr;  
09. 12. 2006, 9.00 – 16.00 Uhr  
**Thema:** Die neue GOZ  
**Referent:** Brigitte Conrad, Bin-  
gen; Martina Wiesemann, Essen  
**Ort:** Schlosshotel Sorgenloch  
**Kurs-Nr.:** 068233  
**Gebühr:** 290 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 16

**Termin:** 13. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Thema:** BuS-Einführungsseminar  
für Praxisinhaber  
**Referent:** Sabine Christmann,  
Neustadt/W.; Archibald Salm,  
Mainz  
**Ort:** LZK Rheinland-Pfalz  
**Kurs-Nr.:** 068125  
**Gebühr:** 150 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 5

**Termin:** 15. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Thema:** Die Praxis als Service-  
team – Zahnärzte und Mitarbei-  
terinnen als starke Einheit  
**Referent:** Christiane Gawlyta,  
Mainz  
**Ort:** LZK Rheinland-Pfalz  
**Kurs-Nr.:** 068271  
**Gebühr:** 150 EUR  
**Fortbildungspunkte:** 5

**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 Hamburg



### Fortbildungsveranstaltungen

**Thema:** Die Haftung des Zahn-  
arztes für Behandlungsfehler  
**Referent:** Dr. Wieland Schinnen-  
burg, Hamburg

**Termin:** 01. 12. 2006,  
15.00 – 19.00 Uhr  
**Gebühr:** 70 EUR  
**Kurs-Nr.:** 20017 praxisf

**Thema:** Schritt für Schritt zur ge-  
sunden Arbeitsweise für Zahn-  
arzt und Team  
**Referent:** Jens-Christian  
Katzschner, Hamburg  
**Termin:** 02. 12. 2006,  
9.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** 210 EUR  
**Kurs-Nr.:** 21010 inter

**Thema:** Wissenschaftlicher  
Abend – Zahnärztliche Chirurgie  
in der täglichen Praxis – wo lie-  
gen die Grenzen?  
**Referent:** Prof. Dr. Wolfgang  
Sümmig, Greifswald  
**Termin:** 04. 12. 2006, 20.00 Uhr  
**Gebühr:** keine  
**Kurs-Nr.:** 18 chir

**Thema:** KFO-Reihe – Funktionell-  
Anatomische Ebenen der Einbin-  
dung des Kraniomandibulären  
Systems in den postkranialen  
Bewegungsapparat  
**Referent:** Prof. Dr. Rainer Breul,  
München  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
19.30 Uhr  
**Gebühr:** 150 EUR  
**Kurs-Nr.:** 1001 kfo

**Thema:** Die parodontologische  
Ultraschallbehandlung nur für  
Zahnärzte, DH, ZMF  
(ausgebucht)  
**Referent:** Dr. Michael Maak,  
Lemförde  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 240 EUR  
**Kurs-Nr.:** 21009 paro

**Thema:** Mini-Implantate zur  
Verankerung in der Kieferor-  
thopädie  
**Referent:** OA Dr. Benedict  
Wilmes, Düsseldorf  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr  
**Gebühr:** 130 EUR  
**Kurs-Nr.:** 40058 impl

**Thema:** Vorhersagbarer Endo-  
dontischer Erfolg  
**Referent:** Dr. Edith Falten,  
Hamburg  
**Termin:** 08. 12. 2006,  
14.00 – 18.00 Uhr;  
09. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Gebühr:** 390 EUR  
**Kurs-Nr.:** 40064 kons

**Thema:** Neue Ideen für die Praxis  
– Vorschläge aus der Praxis für  
die Praxis  
**Referent:** Dr. Winfried Wojak,  
Detmold  
**Termin:** 09. 12. 2006,  
9.00 – 16.00 Uhr  
**Gebühr:** 150 EUR  
**Kurs-Nr.:** 40063 praxisf

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

## Deutscher Zahnärztetag Erfurt 2006



**Entscheidungsfindung in der  
Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde**  
23. – 25. November 2006,  
Messe Erfurt

### Standespolitisches Programm

Mittwoch, 22. November  
**KZBV-Vertreterversammlung**  
(Grand Hotel am Dom)

Donnerstag, 23. November  
**KZBV-Vertreterversammlung**  
(Grand Hotel am Dom)

Freitag, 24. November  
**Zentralveranstaltung des Deut-  
schen Zahnärztetages**  
(historischer Kaisersaal der  
Stadt Erfurt)  
**Bundesversammlung der BZÄK**  
(Kongresszentrum der Messe  
Erfurt)

Samstag, 25. November  
**Bundesversammlung der BZÄK**  
(Kongresszentrum der Messe  
Erfurt)

### Standespolitik – Praxis – Wissenschaft

Donnerstag, 23. November  
**Eröffnung des Wissenschaftlichen  
Programmes Deutscher Zahnärz-  
tetag 2006**  
(historischer Kaisersaal der  
Stadt Erfurt)

Freitag, 24. November und  
Samstag, 25. November  
**Wissenschaftl. Hauptprogramm**

Freitag, 24. November  
**8. Thüringer Helferinnentag**

Samstag, 25. November  
**7. Thüringer Zahntechnikertag**

Donnerstag, 23. November  
**Studententag**



*Das komplette Programm zum  
Deutschen Zahnärztetag 2006 ist  
in zm 11/2006 abgedruckt so-  
wie als download-Version  
unter <http://www.zm-online.de>  
erhältlich. Es kann auch per Ku-  
pon auf den letzten Seiten be-  
stellt werden. Mehr dazu auch  
unter: <http://www.bzaek.de>*

## Kongresse

### ■ November

**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](http://www.oemus-media.de)

### 16. Brandenburgischer Zahnärztetag

**Veranstalter:** LZK Brandenburg  
KZV Land Brandenburg,  
Quintessenz Verlag Berlin  
**Hauptthema:** Human- und Zahn-  
medizin – untrennbare Einheit  
im zahnärztlichen Berufsalltag  
**Termin:** 17./18. 11. 2006  
**Ort:** Cottbuser Messe  
**Auskunft:** LZK Brandenburg,  
Parzellenstr. 94, 03046 Cottbus  
Tel.: 0355/381 48 - 25  
Fax: 0355/381 48 - 48

### 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 Congress-  
center 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:** Entscheidungsfin-  
dung 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

### DGP-Jahrestagung

**Termin:** 23. – 25. 11. 2006  
**Ort:** Erfurt  
**Auskunft:** DGP Service GmbH,  
Tel.: 0941/94 27 99-22 o. 23

### 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.: 0511/55 44 77  
Fax: 0511/55 01 55  
E-Mail: org@raiman.de

### 19. Jahrestagung der DGI

**Veranstalter:** Deutsche Gesell-  
schaft 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.unier  
langen.de

## ■ Dezember

### Dentitio 2006

**Termin:** 02. 12. 2006  
**Ort:** Prag 1 – Altstadt  
**Thema:** Optimale Rundum-Zahn-  
medizin 2007  
**Auskunft:** Carolina Servis Hanno-  
ver, Kirchröder Str. 77,  
30625 Hannover  
Tel.: 0511/55 44 77  
Fax: 0511/55 01 55  
e-mail: org@raiman.de

### 10. Prothetik-Symposium

**Hauptthema:** Baustelle Totalpro-  
thetik – Eine unendliche Ge-  
schichte?  
**Veranstalter:** Merz Dental zu-  
sammen mit Quintessenz Verlag  
**Termin:** 02. 12. 2006  
**Ort:** Berlin  
**Auskunft:** Merz Dental  
Tel.: 04381/403 415  
Quintessenz Verlag  
Tel.: 030/761 80 630  
www.merz-dental.de  
www.quintessenz.de/prothetik

### 6. Keramik-Symposium der AG für Keramik in der Zahnheilkunde e.V.

und Verleihung des „For-  
schungspreises Vollkeramik“ im  
Rahmen der DGI-Jahrestagung  
Deutsche Gesellschaft für Im-  
plantologie ZMK  
**Hauptthema:** „Vollkeramik – Evo-  
lution durch revolutionäre Mate-  
rialien und Techniken“  
**Termin:** 02. 12. 2006,  
9.30 – 16.00 Uhr  
**Ort:** Dresden, Maritim-Hotel,  
Ostra-Ufer 2

**Auskunft:** AG Keramik,  
Postfach 100 117,  
76255 Ettlingen  
Tel.: 0721/945 29 29  
e-mail: info@ag-keramik.de  
www.ag-keramik.de

### 11. Berliner Prophylaxetag



**Termin:** 08./09. 12. 2006  
**Ort:** Berlin, Ludwig Erhard Haus  
**Auskunft:** Tel.: 030/414 725-0  
www.pfaff-berlin.de

### Zahnärzte Strategie Tage 2006

**Veranstalter:** Deep in Koop. mit  
der Weser-Ems Halle Oldenburg  
**Themen:** Praxismanagement  
Marketing Erfolg  
**Termin:** 08./09. 12. 2006  
**Ort:** Oldenburg  
**Auskunft:** www.zahnaerzte.stra-  
tegie-tage.de

### 9. Werkstoffkunde Symposium

**Thema:** Kunststoff – Material mit  
Potenzial  
**Veranstalter:** Quintessenz Verlag  
**Termin:** 09. 12. 2006  
**Ort:** Zürich, Schweiz  
**Auskunft:** I. Siems, Quintessenz  
Verlag, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin  
Tel.: 030/76 180-628  
Fax: 030/76 180-693  
www.quintessenz.de/zws

### Symposium an der Charité Berlin

**Thema:** „Aktuelle Kontroversen  
in der Parodontologie“ Sympo-  
sium zu Ehren der Professoren  
Jean-Pierre Bernimoulin, Armin  
Herforth, Gisela Klinger und  
Hans-Christian Plagmann  
**Termin:** 09. 12. 2006,  
8.45 – 16.15 Uhr  
**Ort:** Hörsaal 3, Lehrgebäude,  
Campus Virchow-Klinikum  
**Auskunft:** Institut für Parodonto-  
logie und Synoptische Zahnme-  
dizin, Campus Virchow-Klinikum  
Charité – Universitätsmedizin  
Berlin, Augustenburger Platz 1,  
13353 Berlin  
e-mail: simone.milkereit@cha-  
rite.de  
www.charite.de/ch/paro

## ■ Januar 2007

### 54. Winterfortbildungskongress Braunlage 2007

**Veranstalter:** ZÄK Niedersachsen  
**Termin:** 17. – 20. 01. 2007  
**Ort:** Maritim Hotel Braunlage  
**Generalthema:** Präventive und  
ästhetische Zahnheilkunde – Der  
Weg zum dauerhaft schönen  
Lächeln“  
**Auskunft:** ZÄK Niedersachsen,  
Ansgar Zboron, ZeiBstraße 11a,  
30519 Hannover  
Tel.: 0511/833 91-303  
Fax: 0511/833 91-306  
e-mail: azboron@zkn.de

### 21. Berliner Zahnärztetag

**11. BBI-Jahrestagung**  
**Veranstalter:** Quintessenz Verlag  
**Thema:** Implant. interdisziplinär  
**Wiss. Leitung:** Prof. Dr. Dr. Volker  
Strunz  
**Termin:** 19./20. 01. 2007  
**Ort:** Berlin  
**Auskunft:** Kongressabteilung,  
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin  
Tel.: 030/761 80-624  
Fax: 030/761 80-693

### 1. Kongress für Linguale Kieferor- thopädie der Deutschen Ges. für Linguale Orthodontie (DGLO)

**Termin:** 19./20. 01. 2007  
**Ort:** Wiesbaden  
**Auskunft:** www.dglo2007.de

### 15. IAZA-Jahrestagung

**Thema:** Qualität und Transpa-  
renz – Was ist realisierbar?  
**Termin:** 20. 01. 2007  
**Ort:** Mainz  
**Auskunft:** consiglio medico  
GmbH, Hinkelsteinerstraße 8  
55128 Mainz  
Fax: 06131/33 77 55  
e-mail: info@conmedmainz.de

### 15. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt



### 56th International Alpine Dental Conference

**Termin:** 20. – 27. 01. 2007  
**Ort:** 1850 Courchevel, France,  
Annapurna Hotel  
**Auskunft:** The International  
Dental Foundation  
53 Sloane Street, London, UK  
Tel.: +44 207 235 0788  
e-mail: idf@idf dentalconfe-  
rence.com

### 1. Hamburger Zahnärztetag 36. Hamburger Zahnärzteball



**Termin:** 27. 01. 2007  
**Ort:** Dorint Sofitel Am Alten Wall  
Hamburg (ZÄT)  
Atlantic Hotel Hamburg (Ball)  
**Auskunft:** Pressestelle der Ham-  
burger Zahnärzte, Möllner Land-  
straße 31, 22111 Hamburg  
Tel.: 040/73 34 05-17  
Fax: 040/73 34 05 99 17  
e-mail: gerd.eisentraut@zaek-  
hh.de  
www.zahnaerzte-hh.de

## ■ Februar 2007

### Tagung der Westfälischen Gesell- schaft für Zahn-, Mund- und Kie- ferheilkunde e.V.

**Thema:** Parodontologie –  
state of the art  
**Termin:** 03. 02. 2007,  
9.00 – 13.30 Uhr  
**Ort:** Großer Hörsaal des Zen-  
trums für ZMK-Heilkunde,  
Ebene 05, Raum 300  
**Auskunft:** Westfälische Gesell-  
schaft für ZMK-Heilkunde e.V.,  
Univ.-Prof. Dr. L. Figgner,  
Poliklinik für Zahnärztliche Pro-  
thetik, Waldeyerstr. 30,  
48149 Münster  
Tel.: 0251/83 47 084  
Fax: 0251/83 47 182  
E-Mail: weersi@uni-muenster.de

Gemeinschaftstagung der ZÄK  
Sachsen-Anhalt und der Gesell-  
schaft für ZMK an der Martin-  
Luther-Universität Halle-Witten-  
berg  
**Termin:** 20. 01. 2007  
**Ort:** Magdeburg, Herrenkrug  
Parkhotel  
**Thema:** Hygiene in der Zahnarzt-  
praxis – das Medizinproduktege-  
setz und seine Auswirkung  
**Auskunft:** ZÄK Sachsen-Anhalt,  
Postfach 39 51,  
39014 Magdeburg,  
Tel.: 0391/7 39 39 14  
Fax: 0391/7 39 39 20  
E-Mail: einecke@zahnaerztekam-  
mer-sah.de

### 26. Int. Symposium für MKG-Chirurgen, Oralchirurgen und Zahnärzte

**Termin:** 10. – 16. 02. 2007  
**Ort:** St. Anton am Arlberg, Oesterreich  
**Auskunft:** Prof. Dr. Dr. Esser, Klinikum Osnabrück, Am Finkenhügel 1, 49076 Osnabrück  
 Tel.: 0541/405-46 00  
 Fax: 0541/405-46 99  
 e-mail: mkg-chirurgie@klinikum-os.de

### 39. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

**Termin:** 17. – 23. 02. 2007  
**Ort:** Davos  
**Auskunft:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V., Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn  
 Tel.: 0228/85 57-55  
 Fax: 0228/34 54 65  
 e-mail: rs@fvdz.de

### 8. Int. KFO-Praxisforum 2007

**Thema:** Praktische Kieferorthopädie – Interdisziplinäre Erfahrungen aus Klinik und Praxis sowie Prophylaxekonzepte für Patienten & Praxis-Team  
**Termin:** 24. 02. – 03. 03. 2007  
**Ort:** Hotel Zermatter Hof, Zermatt/Schweiz  
**Auskunft:** Dr. Anke Lentrodt, Eidelstedter Platz 1, 22523 Hamburg  
 Tel.: 040/570 30 36  
 Fax: 040/570 68 34  
 E-Mail: kfo-lentrodt@t-online.de  
 www.dr-lentrodt.de

## ■ März 2007

### 14. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag



**Thema:** Implantologie beim Praktiker – was geht?

**Veranstalter:** KZV S-H und ZÄK S-H

**Termin:** 03. 03. 2007  
**Ort:** Neumünster, Holstenhallen 3-5  
**Auskunft:** Frau Ludwig, Tel.: 0431/38 97-128  
 Fax: 0431/38 97-100  
 e-mail: martina.ludwig@kzv-sh.de  
 www.kzv-sh.de

### DDHV-Fortbildungstagung 2007

**Veranstalter:** Deutscher DentalhygienikerInnen Verband e.V.  
**Termin:** 03. 03. 2007  
**Ort:** ArabellaSheraton-Bogenhausen, Arabellastr. 5, 81925 München  
**Auskunft:** DDHV-Geschäftsstelle, Dänzergasse 8, 93047 Regensburg  
 Fax: 0941/56 38 61  
 e-mail: apostroph@t-online.de  
 www.ddhv.de

### Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

**Veranstalter:** Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie  
**Thema:** Neue Methoden, neue Horizonte, neue Grenzen  
**Termin:** 03. – 10. 03. 2007  
**Ort:** Kitzbühel – Kammer der gewerblichen Wirtschaft  
**Auskunft:** Ärztezentrale Med.Info Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien  
 Tel.: (+43/1)531 16-38  
 Fax: (+43/1)531 16-61  
 E-Mail: azmedinfo@media.co.at  
 www.oegkfo.at

### Karlsruher Konferenz 2007

**Termin:** 30./31. 03. 2007  
**Ort:** Karlsruhe  
**Auskunft:** Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, Sophienstraße 41, 76133 Karlsruhe  
 Tel.: 0721/91 81-101  
 Fax: 0721/91 81-299

## ■ April 2007

**Dental South China 2007**

**Termin:** 02. – 05. 04. 2007  
**Ort:** Guangzhou Chinese Export Commodities Fair Hall, Liu Hua Road, Guangzhou/Canton, P. R. China  
**Auskunft:** Ms. Maura Wu, Tel.: 0086-20-83 56 72 76 Fax: 0086-20-83 51 71 03 E-Mail: maurawu@ste.com.cn www.dentalsouthchina.com

**8th Int. Dental Exhibition DENTEXPO 2007**

**Termin:** 19. – 21. 04. 2007  
**Ort:** Warsaw, 2700 Poland, Palace of Culture and Science  
**Auskunft:** www.dentexpo.pl

**18. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZMF**

**Thema:** Mensch und Mundhöhle – eine besondere Beziehung  
**Termin:** 20. 04. 2006  
**Ort:** Schluchsee  
**Auskunft:** Tel.: 0761/45 06-314 Fax: 0761/45 06-450 e-mail: dori.mueller@bzw-freiburg.de

**32. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee**

**Thema:** Die Mundhöhle – mehr als eine Kiste voller Zähne  
**Termin:** 20./21. 04. 2006  
**Ort:** Titisee  
**Auskunft:** Tel.: 0761/45 06-314 Fax: 0761/45 06-450 e-mail: dori.mueller@bzw-freiburg.de

## ■ Mai 2007

**57. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie 28. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin**

**Termin:** 17. – 19. 05. 2007  
**Ort:** Wiesbaden  
**Auskunft:** Schriftführer der AGKi Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Kleinheinz Waldeyerstr. 30, 48149 Münster Tel.: 0251/834-70 05 e-mail: johannes.kleinheinz@uk-muenster.de www.ag-kiefer.de

**Wissenschaftliche Gesellschaften****GGMM****Einladung zum Sonderkurs für Zahnärzte u. Fachärzte für HNO**

**Veranstalter:** Gesamtdeutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V.; Medizinische Fort- und Weiterbildung Rostock GmbH  
**Termin:** 12. 01. 2007, 16.00 – 20.00 Uhr; 13. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr; 13. 04. 2007, 16.00 – 20.00 Uhr 14. 04. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Park Hotel Berlin, Schloß Kaulsdorf, Brodauer Straße 33/35, 12621 Berlin

**Thema:** Diagnostik und Therapieprinzipien des Orofazialen Syndroms aus der Sicht der Manuellen Medizin / Craniocervikale Dysfunktion (CCD) und Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

**Referenten:** MR Dr. med. Wolfgang Bartel, Halberstadt; Dr. med. Frank Bartel, Rostock; Sabine Bartel, Halberstadt  
**Teilnahmegebühren:**

pro Wochenende:  
 Ärzte:  
 Mitglieder GGMM: 205 EUR  
 Nichtmitglieder: 255 EUR  
 Physiotherapeuten:  
 Mitglieder GGMM: 105 EUR  
 Nichtmitglieder: 155 EUR

**Auskunft und Anmeldung:**  
 Geschäftsstelle der GGMM  
 Wismarsche Straße 43-45  
 18057 Rostock  
 Tel.: 0381/12 16 103  
 Fax: 0381/12 16 124  
 e-mail: ggmm@gmx.de  
 www.ggmm.de

**Freie Anbieter**

*In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt, 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:** 1,5 Tage-Kurs für Rückengeschädigte Zahnärzte  
**Veranstalter:** Dr. W. Neddermeyer  
**Termin:** Nach Vereinbarung  
**Ort:** Die jeweilige Anmeldepraxis  
**Sonstiges:** Sie lernen zahnärztliche Behandeln ohne Torsion der Wirbelsäule am Phantomkopf und Assistenz  
**Auskunft:** e-mail: wolfn@hotmail.com www.feelbased.com

**Thema:** Das Preisgespräch – mit Spaß, Sicherheit und Selbstvertrauen führen  
**Veranstalter:** Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining  
**Termin:** 11. 11. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Kassel  
**Sonstiges:** für ZÄ, MA und Teams; Teilnehmerzahl 16  
**Auskunft:** Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining, Mühlholz 6, 88260 Argenbühl Tel.: 07566/94 13 44 Fax: 07566/94 13 45 E-Mail: Namianowski.Beratung.Training@t-online.de

**Thema:** Zweiteiliges IstPlus-Gerät Arbeitskurs zur Herstellung eines Schnarch-Therapie-Gerätes  
**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne  
**Termin:** 01. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Haranni Akademie, Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Kathrin Paeske-Hinz; ZT Jens Höpner  
**Kursgebühr:** 400 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale  
**Auskunft:** Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

**Thema:** Vorplanung und Handson-Übungen sowie technische Handhabung

**Veranstalter:** Astra Tech GmbH

**Termin:** 02. 12. 2006

**Ort:** Stuttgart

**Sonstiges:** Kursleitung: ZTM Mensenkampff

**Auskunft:** Astra Tech GmbH, Claudia Weidenfeller, An der kleinen Seite 8, 65604 Elz

Tel.: 06431/98 69-213

Fax: 06431/98 69-700

**Thema:** Implantologie – Kurs mit Übungen am Humanpräparat

**Veranstalter:** Schütz Dental GmbH

**Termin:** auf Anfrage

**Ort:** Ludwig-Maximilians-Universität, Anatomische Anstalt, Pettenkoferstr. 11, 80336 München

**Sonstiges:** Seminarleiter:

Prof. Dr. med. K.-U. Benner

**Kursgebühr:** 716 EUR + MwSt.

**Auskunft:** Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach

Tel.: 06003/814-396

Fax: 06003/814-906

**Thema:** Satanische Verhandlungskunst – Rhetorik für das Tagesgeschäft in der Zahnarztpraxis

**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

**Termin:** 02. 12. 2006, 9.00 – 17.30 Uhr

**Ort:** Haranni Akademie, Herne

**Sonstiges:** Ref.: Friedrich W. Schmidt

**Kursgebühr:** 380 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:** FT I: Diagnosegerechte Therapie des funktionsgestörten Patienten

**Veranstalter:** Westerburger Kontakte

**Termin:** 07. – 09. 12. 2006

**Ort:** 56457 Westerburg

**Sonstiges:** Ref.: Dr. Diether Reusch, ZA Jochen Feyen

**Kursgebühr:** 1 300 EUR + MwSt.

**Auskunft:** Westerburger Kontakte Bilzstr. 5, 56457 Westerburg

Tel.: 02663/91 190-30

Fax: 02663/91 190-34

www.westerburgerkontakte.de

**Thema:** MSA II Manuelle Strukturanalyse

**Veranstalter:** Verein für Innovative Zahnheilkunde e.V.

**Termin:** 07. – 10. 12. 2006

**Ort:** Berlin – KaVo Präsentationszentrum

**Sonstiges:** Ref.: Prof. Dr. Axel Bumann

**Kursgebühr:** 999 EUR

**Auskunft:** VIZ – Verein für Innovative Zahnheilkunde e.V.,

Am Karlsbad 15, 10785 Berlin

Tel.: 030/27 89 09 30

Fax: 030/27 89 09 31

**Thema:** Die Extraktion von Zähnen im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie

**Veranstalter:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie

**Termin:** 08. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

**Ort:** 14469 Potsdam, Potsdamer Str. 176

**Sonstiges:** Ref.: Dr. W.-P. Uhde, Rostock

**Kursgebühr:** 250 EUR + MwSt.

**Auskunft:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie,

Frau B. Rumpf,

Tel.: 069/942 21-113

Fax: 069/942 21-201

**Thema:** Zahnersatz bei Kassentpatienten – Mehr als nur BEMA-Abrechnung

**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

**Termin:** 08. 12. 2006,

9.00 – 16.00 Uhr

**Ort:** Haranni Akademie, Herne

**Sonstiges:** Ref.: Angelika Doppel

**Kursgebühr:** 260 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:** Wurzelstifte  
**Veranstalter:** Henry Schein Dental Depot GmbH, Herr Sartor  
**Termin:** 08. 12. 2006  
**Ort:** Stuttgart  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. J. Manhart  
**Auskunft:** Ivoclar Vivadent GmbH, Andrea Barth, Dr. Adolf Schneider-Str. 2, 73479 Ellwangen  
 Tel.: 07961/889-193  
 Fax: 07961/63 26  
 E-Mail: info.fortbildung@ivoclar-vivadent.de

**Thema:** Der sichere Weg in die Implantologie  
**Veranstalter:** Schütz Dental GmbH  
**Termin:** auf Anfrage  
**Ort:** Praxis Dieter Bilk, Oberhörger Str. 7, 35516 Münzenberg  
**Sonstiges:** Seminarleiter: ZA Dieter Bilk  
**Kursgebühr:** 269 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach  
 Tel.: 06003/814-396  
 Fax: 06003/814-906

**Thema:** Neue Horizonte für die kieferorthopädisch tätige ZFA/ZA-Helferin  
 Fortgeschrittenen-Kurs  
**Veranstalter:** 3M Unitek GmbH  
**Termin:** 08./09. 12. 2006  
**Ort:** Hamburg  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Dagmar Ibe  
**Kursgebühr:** 520 EUR  
**Auskunft:** Ute Wagemann, ESPE Platz, 82229 Seefeld  
 Tel.: 08152/397-50 24  
 Fax: 08152/397-50 97  
 e-mail: uwagemann@mmm.com  
 www.3MUnitek.com

**Thema:** Orthopädische Zahnimplantate BOI Kurs VI Aufbau / Anwenderkurs  
**Veranstalter:** Dr. Ihde Dental GmbH  
**Termin:** 08./09. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr  
**Ort:** Frankfurt Airport, Steigenberger Hotel  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Stefan Ihde, Zusammenfassung des chirurgischen u. prothetischen Konzepts, Erweiterungen v. Implantatkonstruktionen usw.; 16 Fortbildungspunkte

**Kursgebühr:** 420 EUR inkl. MwSt.  
**Auskunft:** Dr. Ihde Dental GmbH, Erfurder Str. 19, 85386 Eching/München  
 Tel.: 089/319 761-0  
 Fax: 089/319 761-33

**Thema:** Effizientes Arbeiten mit dem Dentalmikroskop – Tipps und Tricks  
**Veranstalter:** Judent MTC® Aalen  
**Termin:** 09. 12. 2006  
**Ort:** Aalen, Wirtschaftszentrum  
**Sonstiges:** Einsatzmöglichkeiten des OP-Mikroskops in verschiedenen Bereichen der Zahnmedizin; Entscheidungsfindung, Ergonomie, Nutzung und Dokumentation mit dem OPM; Ref.: Dr. Hans-Willi Herrmann; 11 Punkte  
**Kursgebühr:** 550 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Judent MTC® Aalen, Frau Bayer, Ulmer Str. 124, 73431 Aalen  
 Tel.: 07361/37 98-0  
 Fax: 07361/37 98-11  
 e-mail: m.bayer@judent.de

**Thema:** Probleme in der feststehenden Behandlung und Ihre Lösungsmöglichkeiten  
**Veranstalter:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie  
**Termin:** 09. 12. 2006, 9.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** 14469 Potsdam, Potsdamer Str. 176  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. W.-P. Uhde, Rostock  
**Kursgebühr:** 250 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Collegium für praxisnahe Kieferorthopädie, Frau B. Rumpf, Tel.: 069/942 21-113  
 Fax: 069/942 21-201

**Thema:** Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen Einsteiger- und Aufbau-seminar  
**Veranstalter:** Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne  
**Termin:** 09. 12. 2006, 9.00 – 13.00/14.00 – 18.00 Uhr  
**Ort:** Haranni Akademie, Herne  
**Sonstiges:** Ref.: Dr. Markus Heise  
**Kursgebühr:** 130 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:** Implantologie in Theorie und Praxis – einfach und sicher mit dem IMPLA-System  
 Universitätskurs  
**Veranstalter:** Schütz Dental GmbH  
**Termin:** auf Anfrage  
**Ort:** Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin, Zentrum für Zahnmedizin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
**Sonstiges:** Seminarleiter: Dr. Frank Peter Strietzel  
**Kursgebühr:** 299 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Frau Lenz, Schütz Dental GmbH, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach  
 Tel.: 06003/814-396  
 Fax: 06003/814-906

**Thema:** Erfolgreiche Prophylaxe in der Implantologie; Prophylaxe bei Implantatpatienten  
**Veranstalter:** Al Dente, Marion Borchers, „Zahnärztliche Abrechnung mit Biss“  
**Termin:** 13. 12. 2006, 9.00 – 16.30 Uhr  
**Ort:** Oldenburg (Oldbg.)  
**Sonstiges:** Dieser Kurs ist ein komplettes Programm und bietet einen Überblick über dentale Implantologie. Es umfasst die Grundlagen sowie die Pflege und Erhaltung dentaler Implantate als auch wertvolle Tipps zur Problemlösung; Ref.: Tracey Lennemann, DH, International tätige Trainerin  
**Kursgebühr:** 240 EUR pro Person + MwSt. / 1 Team bei 2 Pers. 440 EUR + MwSt.  
**Auskunft:** Al Dente – Marion Borchers, Kamphof 10, 26180 Rastede  
 Tel.: 04402/97 29 77  
 Fax: 04402/97 29 78  
 e-mail: aldente@nwn.de  
 www.aldente-borchers.de

**Thema:** Erfolg von Anfang an: Die richtige Planung u. Strategie  
**Veranstalter:** Akademie der Ärztinnen  
**Termin:** 16. 12. 2006

**Ort:** Frankfurt

**Sonstiges:** Tagesseminar für Assistenzärztinnen; Organ. und Leitung: Dr. Kirstin Borchers und Dr. Susan Trittmacher

**Kursgebühr:** 145 EUR inkl. Tagesverpflegung, Seminarunterlagen

**Auskunft:** Akademie der Ärztinnen  
Tel.: 02323/98 71 480  
Fax: 02323/98 71 398  
e-mail: anfrage@aerztinnen-akademie.de

**Thema:** Einsteigerkurs Implantologie mit dem Aesthura®-System (inkl. Hands-on)

**Veranstalter:** Nemris GmbH & Co KG

**Termin:** 16. 12. 2006, 9.00 – 17.00 Uhr

**Ort:** Eschlkam

**Sonstiges:** Ref.: Dr. Stefan Neumeyer

**Kursgebühr:** 189 EUR + MwSt.

**Auskunft:** Nemris GmbH & Co.KG, Leninger Str. 10, 93458 Eschlkam  
Tel.: 09948/940 921  
Fax: 09948/940 939  
e-mail: info@nemris.de  
www.nemris.de

## Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

### BZK Pfalz



#### Vertreter-Versammlung

Die nächste Vertreter-Versammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz findet am Freitag, dem 01. Dezember 2006, 14.00 Uhr, in Ludwigshafen, Brunhildenstr. 1, „Zahnärztehaus“, statt.

Anträge zur Tagesordnung müssen gemäß § 1 der Geschäftsordnung schriftlich eingereicht werden und spätestens drei Wochen vor der VV bei der Geschäftsstelle der BZK Pfalz vorliegen.

gez. Dr. G. Ehmer  
Vorsitzender der  
Vertreter-Versammlung

## Verlust von Kammerausweisen

### ZÄK Niedersachsen



Sandra Meier,  
Alte Heerstraße 11,  
37130 Gleichen,  
geb. am 21. 06. 1971  
in Göttingen,  
Ausweis-Nr. 4109,  
ausgestellt am 23. 07. 2001

Dr. Konstanze Brocher,  
Fünfhausenstraße 17,  
31832 Springe,  
geb. 30. 07. 1970 in Laatzen,  
Ausweis ausgestellt am  
20. 08. 1997

Rudolf Linke,  
Burgwedeler Straße 25 E,  
30900 Wedemark,  
geb. am 26. 04. 1948  
in Neheim-Hüsten,  
Ausweis-Nr. 2116  
vom 14. 03. 1988

ZÄK Niedersachsen  
Zeißstraße 11 a  
30519 Hannover  
Tel.: 0511/833 91-0  
Fax: 0511/833 91-116

### BZK Freiburg



Ulrike Thissen,  
geb. am 31. 08. 1973  
in Freiburg,  
Ausweis-Nr. 04260,  
ausgestellt am 10. 04. 2000

BZK Freiburg  
Zahnärztehaus Freiburg  
Merzhauser Str. 114-116  
79100 Freiburg  
Tel.: 0761/45 06-0  
Fax: 0761/45 06-400

Personalengpässe meistern

## Flexibel bei Ebbe und Flut

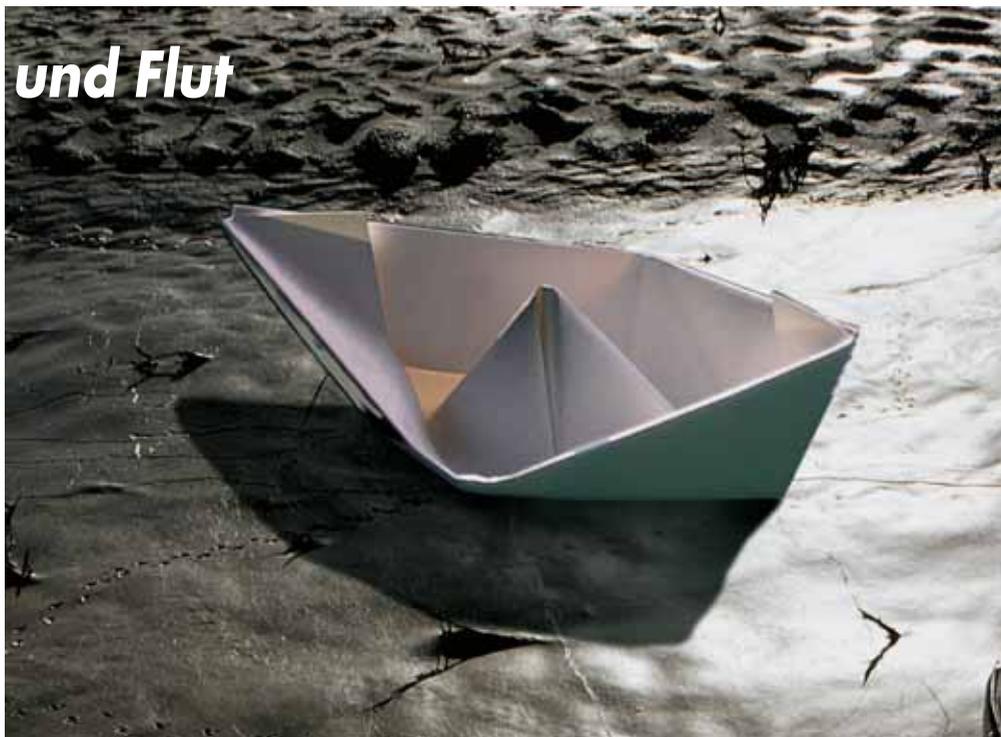
**Die Personalplanung und -entwicklung ist eine Welt für sich. Deshalb beschäftigen große Unternehmen hierfür nur Fachleute. Kleine Betriebe, wie Zahnarztpraxen, können sich solche Mitarbeiter nicht leisten. Trotzdem muss jeder Niedergelassene regelmäßig Personalausfälle oder Engpässe meistern, auch wenn die Patienten in die Praxis strömen.**

In den letzten Monaten mussten viele Zahnarztpraxen wegen rückläufiger Patientenzahlen Mitarbeiterinnen entlassen oder konnten Auszubildende nicht übernehmen. Einige Praxen behelfen sich damit, den Vollzeitkräften Teilzeitstellen anzubieten. Inzwischen hat sich die Situation entspannt. Die Praxen haben sich von Mitarbeiterinnen getrennt, die Arbeitsverteilung neu strukturiert. Zur vollsten Zufriedenheit aller Beteiligten?

### Mehr als nur improvisieren

Muss ein kleiner Betrieb, wie eine Zahnarztpraxis, eine Mitarbeiterin entlassen, führt dies zwangsläufig zu einer Umstrukturierung der Arbeitsverteilung: Die Aufgaben der Mitarbeiterin werden auf das restliche Praxisteam verteilt. Bei kurzfristigen Personalengpässen wird improvisiert, einfachere Arbeiten übernimmt stundenweise eine Hilfskraft oder die Familienangehörigen des Zahnarztes springen ein.

Dauert der Personalengpass länger, zum Beispiel durch Schwangerschaft oder eine längere Erkrankung, reicht dieses Improvisieren nicht aus. Mancher Zahnarzt überlegt, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Schließlich gibt es Zeitarbeitsfirmen, die Fachkräfte vermitteln. Und wie man im Wirtschaftsteil der Zeitungen nachlesen kann, boomt diese Branche: Die durchschnittliche Zahl der von Zeitarbeitsunternehmen überlassenen Arbeitnehmer hat sich in den letzten zehn Jahren fast ver-



*Welcher Chef kennt das nicht? Mal ist Ebbe, die Patienten sagen reihenweise ab, sind krank oder haben den Termin vergessen, und die Mannschaft hat mehr als genug Muße, um aufgeschobene Arbeiten bis hin zur Dekorierung des Empfangs zu erledigen.*

dreifacht. Da liegt die Vermutung nahe, eine Zeitarbeitsfirma sollte auch zahnmedizinische Fachangestellte vermitteln.

### Weißer Fleck auf der Palette

Die „Gelben Seiten“, das Branchenbuch der Deutschen Telekom, weisen diverse Zeitarbeitsfirmen aus. Einigen Anzeigen kann man entnehmen, dass sie nur in bestimmten Bereichen tätig sind; gut vertreten sind der gewerbliche und kaufmännische Bereich. Eine Schreibkraft fürs Büro zu bekommen, ist also kein Problem. Im medizinischem Bereich jedoch bieten nur wenige Firmen ihre Leistung an. Auf telefonische Anfrage hin vermitteln sie zwar eine Arzthelferin oder eine Pflegekraft, doch bei der Frage nach einer Zahnarthelferin oder zahnmedizinischen Fachangestellten müssen fast alle Zeitarbeitsfirmen passen: Diese Fachkräfte haben sie nicht unter Vertrag, sie sind der weiße Fleck in der bunten Angebotspalette.

Also ist Eigeninitiative angesagt. Glücklicherweise ist jener Zahnarzt, dem es gelingt, ein oder

zwei Mitarbeiterinnen abrufbereit und gegebenenfalls zeitlich begrenzt in der Rückhand zu haben. Hierbei sind Zahnärzte im Vorteil, denn sie beschäftigen überwiegend Frauen – und Teilzeitarbeit ist nun einmal Frauensache. Dies zeigt die Statistik der EU vom 1. Quartal 2005, die angibt, wie viel Prozent der Berufstätigen einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. EU-weit haben relativ mehr Frauen als Männer Teilzeitarbeitsplätze. In Deutschland sind gerade einmal 7,8 Prozent der Männer teilzeitbeschäftigt, aber 44,2 Prozent der Frauen.

So viele Vorteile diese Beschäftigungsverhältnisse auch bieten, für den Zahnarzt als Arbeitgeber droht mancher Unbill, wenn er einige Bestimmungen und gesetzliche Re-



#### Teilzeitarbeit

Nach dem Gesetz gilt als teilzeitbeschäftigt, wer regelmäßig weniger pro Woche arbeitet als ein vergleichbarer vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer. Dazu zählen also auch die geringfügig Beschäftigten, die Mini-Jobber. ■



Fotos: CC

*Dann wieder strömen so viele Stammpatienten mit Beschwerden oder für die obligatorische Vorsorgeuntersuchung vor Jahresende in die Praxis, dass für neue Patienten kaum noch ein Termin frei bleibt. Fallen dann noch Mitarbeiter aus, hilft nur eines: Kapazitäten von außen „einkaufen“.*

gelungen nicht beachtet, betont Rechtsanwalt Bernd Fröhlingdorf: Für diese Arbeitsverhältnisse gilt seit dem 1. Januar 2001 das Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG), dessen neue Bestimmungen jeder Chef kennen muss. Deshalb stellt Fröhlingdorf kurz die wichtigsten Regelungen des Teilzeitarbeit- und Befristungsgesetzes vor:

Ein Rechtsanspruch auf Teilzeitarbeit hat jeder Arbeitnehmer, sofern in einem Betrieb mehr als 15 Arbeitnehmer beschäftigt sind. Dabei zählen Auszubildende nicht, in Teilzeit und geringfügig Beschäftigte werden voll mitgezählt. Beschäftigt ein Zahnarzt in seiner Praxis also mehr als 15 Personen, und bittet eine Mitarbeiterin um Reduzierung ihrer Arbeitszeit, muss der Zahnarzt diesem Wunsch nachkommen. Auch bei der Verteilung der Arbeitszeit muss er sich nach den Wünschen der Mitarbeiterin richten, jedenfalls dann, wenn das Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate besteht. Nur, wenn betriebliche Gründe dem entgegenstehen, kann der Zahnarzt den Wunsch der Mitarbeiterin ablehnen. Ein betrieblicher Grund liegt insbesondere dann vor, wenn die Ver-

ringerung der Arbeitszeit die Organisation, den Arbeitsablauf oder die Sicherheit in der Praxis wesentlich beeinträchtigen oder unverhältnismäßige Kosten verursachen würde.

Teilzeitbeschäftigte haben die gleichen Rechte wie vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer. Lediglich sachliche Gründe rechtfertigen eine unterschiedliche Behandlung. Dieses Benachteiligungsverbot gilt auch für befristet beschäftigte Arbeitnehmer im Verhältnis zu unbefristet beschäftigten Arbeitnehmern.

### **Arbeit auf Zeit**

Ein befristetes Arbeitsverhältnis liegt vor, wenn ein Arbeitnehmer einen auf bestimmte Zeit geschlossenen Arbeitsvertrag hat. Dabei unterscheidet man zwischen einem kalendermäßig befristeten Arbeitsvertrag und einem zweckbefristeten Arbeitsvertrag. Kalendermäßig befristet ist ein Arbeitsverhältnis, wenn dieses zum Beispiel zum 31. November 2006 enden soll. Bei einem zweckbefristeten Arbeitsvertrag endet das Arbeitsverhältnis dann, wenn ein be-

stimmtes Ereignis eintritt. Wird zum Beispiel eine Mitarbeiterin in der Praxis längere Zeit krank und es ist nicht absehbar, wann sie die Arbeit wieder aufnehmen kann, wäre ein zweckbefristeter Arbeitsvertrag für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit jener Mitarbeiterin sinnvoll.

Ganz wichtig dabei: Die zeitliche Begrenzung muss ebenso wie jede Verlängerung der Befristung vor Beginn des verlängerten Arbeitsverhältnisses schriftlich vereinbart werden! An diese gesetzliche Vorgabe muss sich jeder Zahnarzt halten, wenn er verhindern will, dass die Befristung hinfällig wird

Arbeitsverhältnis nicht automatisch. Hier muss der Arbeitgeber den befristet eingestellten Arbeitnehmer mindestens zwei Wochen vorher – und zwar schriftlich – darüber informieren, dass der Zweck erreicht ist/wird. Kann der Arbeitgeber diese Frist nicht einhalten, weil zum Beispiel die Rückkehrerin ihn erst kurz vorher über ihre Arbeitsaufnahme informiert, dann endet das befristete Arbeitsverhältnis erst zwei Wochen nach seiner schriftlichen Mitteilung an die Ersatzkraft. Aber auch in diesem Fall muss er die Zweckerreichung unverzüglich mitteilen.

Die gesetzlichen Vorschriften regeln konkret die Bedingungen, unter denen ein befristeter Arbeitsvertrag abgeschlossen werden kann. Es bedarf zunächst einmal eines sachlichen Grundes, zum Beispiel wenn:

- der betriebliche Bedarf an der Arbeitsleistung nur vorübergehend besteht,
- der Betreffende einen anderen Arbeitnehmer vertritt,
- die Eigenart der Arbeitsleistung die Befristung rechtfertigt,
- die Befristung zur Erprobung erfolgt,
- die Befristung im Anschluss an eine Ausbildung oder ein Studium erfolgt,
- in der Person des Arbeitnehmers liegende Gründe die Befristung rechtfertigen,
- die Befristung auf einem gerichtlichen Vergleich beruht.

## Nahelos anschließen

Zudem dürfen Arbeitgeber einen befristeten Arbeitsvertrag auch ohne Sachgrund abschließen – zwei Punkte vorausgesetzt:

1. für maximal zwei Jahre,
2. mit einer Kraft, die in diesem Betrieb definitiv zum ersten Mal arbeitet.

Innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraumes darf die Befristung bis zu dreimal verlängert werden. Somit kann ein Zahnarzt eine Mitarbeiterin – ohne einen Sachgrund zu benennen – beispielsweise befristet für sechs Monate einstellen und den Vertrag dreimal um jeweils sechs Monate verlängern (Höchstgrenze zwei Jahre). Doch aufgepasst: Die Verlängerungen müssen sich unmittelbar an die vorangegangene Befristung anschließen! Liegt auch nur ein Tag dazwischen, ist ein befristeter Arbeitsvertrag ohne Sachgrund nicht mehr möglich. Die Mitarbeiterin kann dann nur noch mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag oder mit einem befristeten Vertrag, dem ein Sachgrund zugrunde liegt, weiter beschäftigt werden. Denn hier greift die Bedingung Nummer zwei: Ein befristeter Arbeitsvertrag ohne Sachgrund kann nur mit einem Mitarbeiter abgeschlossen werden, der nie zuvor bei diesem Arbeitgeber beschäftigt war. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis gehandelt hat. Es wäre sogar ein



Foto: stockdisc

*Krankheit oder Unfallfolgen haben die Kollegin auf längere Zeit aus dem Team gekickt? Darunter leiden auch die Arbeitsabläufe. Gut, wenn für solche Fälle vorgesorgt wurde, so dass ehemalige Mitarbeiter, Teilzeitkräfte oder „Neue auf Zeit“ deren Arbeit jetzt auffangen können.*

und er in Folge eine Mitarbeiterin nach dem abgesprochenen Beschäftigungsende ungewollt weiter beschäftigen muss. Denn bereits eine rein mündliche Absprache macht die Befristung des Arbeitsvertrages unwirksam.

Ein kalendermäßig befristeter Arbeitsvertrag endet automatisch mit dem vereinbarten Termin, ein zweckbestimmter Arbeitsvertrag mit dem Erreichen des Zweckes. Im angeführten Beispiel wäre das also die Rückkehr und Arbeitsaufnahme der genesenen Mitarbeiterin. Bei einem zweckbestimmten Arbeitsvertrag endet jedoch das

Zudem sollte der Zahnarzt den vereinbarten Beendigungszeitpunkt immer im Auge behalten, besonders wenn er diese Kraft über längere Zeit beschäftigt: Dauert das Arbeitsverhältnis über die Frist hinaus, wandelt es sich automatisch in ein unbefristetes um. Dies wird häufig vergessen. Es ist jedem Praxisinhaber daher zu empfehlen, die Mitarbeiterin rechtzeitig auf den Ablauf ihres Vertrages hinzuweisen. Steht sie auch nach dessen Beendigung in der Praxis, muss der Zahnarzt unverzüglich einer Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses widersprechen.

Arbeitsverhältnis von nur wenigen Tagen vor x Jahren schädlich.

Das Gesetz sieht eine Ausnahmeregelung für neu gegründete Firmen vor: Danach dürfen Zahnärzte in den ersten vier Jahren nach Gründung ihrer Praxis eine Mitarbeiterin ohne sachlichen Grund bis zu vier Jahre befristet einstellen.

Das Gesetz sah Sonderregelungen für Arbeitnehmer vor, die bei der Einstellung bereits das 52. Lebensjahr vollendet hatten. Hier konnten befristete Arbeitsverträge auch über zwei Jahre hinaus vereinbart beziehungsweise recht einfach immer wieder befristet verlängert werden, ohne dass hierfür ein sachlicher Grund vorliegen musste. Diese Regelung wurde jedoch vom Europäischen Gerichtshof und dem Bundesarbeitsgericht als rechtswidrig gekippt.

Die Regelungen bezüglich befristeter Arbeitsverträge gelten für alle Betriebe, unabhängig von der Betriebsgröße.

## Schöner Schein

Die komplizierten gesetzlichen Vorgaben hindern viele Zahnärzte daran, Teilzeitarbeitskräfte oder Mitarbeiterinnen mit einem befristeten Arbeitsvertrag einzustellen, berichtet Rechtsanwalt Fröhlingsdorf seine Erfahrungen. Besonders dann, wenn ein Personalengpass in bestimmten Bereichen eine weitere qualifizierte Mitarbeiterin erfordert, weichen deshalb viele Zahnärzte eher auf externe Mitarbeiterinnen aus. Dies bietet sich besonders im Verwaltungs- und Prophylaxebereich an. Aber hier droht die Gefahr einer Scheinselbständigkeit, warnt der Kölner Jurist.

Als scheinselbständig werden erwerbstätige Personen eingeordnet, die aufgrund der tatsächlichen Ausgestaltung eines Beschäftigungsverhältnisses zu den abhängigen Beschäftigten zählen, aber als Selbständige auftreten. Diese Personen sind rechtlich ge-

sehen Arbeitnehmer, so dass für sie Beiträge zur Sozialversicherung zu entrichten sind – vom Auftraggeber.

Wird eine Selbständige als Scheinselbständige eingestuft, drohen dem Zahnarzt daher hohe Nachzahlungen an die Sozialversicherung. Die freie Mitarbeiterin wird nun Angestellte bei dem Zahnarzt und unterliegt damit dem arbeitsrechtlichen Kündigungsschutz. Inklusive Urlaubsanspruch und Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Eine Scheinselbständigkeit liegt vor, wenn mindestens drei der fünf folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Die Person beschäftigt im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit regelmäßig keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer.
2. Die Person ist auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig.
3. Ihr Auftraggeber oder ein vergleichbarer Auftraggeber lässt entsprechende Tätig-

keiten regelmäßig durch von ihm beschäftigte Arbeitnehmer verrichten.

4. Ihre Tätigkeit lässt typische Merkmale unternehmerischen Handelns nicht erkennen.

5. Ihre Tätigkeit entspricht dem äußeren Erscheinungsbild nach der Tätigkeit, die sie für denselben Auftraggeber zuvor aufgrund eines Beschäftigungsverhältnisses ausgeübt hatte.



Foto: CC

*Geht eine HelferIn in die Elternzeit oder hat sich für immer verabschiedet, kann eine externe Kraft dazu beitragen, dass die Arbeit „im Fluss“ bleibt.*

Im Rahmen von Betriebsprüfungen werden die genannten Kriterien von den Sozialversicherern gecheckt. Dabei sind nicht nur die Verträge, sondern auch die tatsächlichen Verhältnisse für die Einordnung relevant.

Falls ein Zahnarzt mit einer neuen freien Mitarbeiterin zusammenarbeiten will, sollte er die Statusabfrage verbindlich klären: Die Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund (ehemals BfA) ist zuständig für das Anfrageverfahren. Die Anschrift: Deutsche Rentenversicherung Bund, Clearingstelle für sozialversicherungsrechtliche Statusfragen, 10704 Berlin, Service-Telefon: 0800 333 1919. Der hierfür benötigte Antragsvordruck ist im Internet abrufbar unter: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>. Ansonsten ist die Krankenkasse der freien Mitarbeiterin zuständig. Letztere kann

binnen eines Monats nach Beginn ihrer Tätigkeit einen Antrag bei der Rentenversicherung stellen, damit verbindlich festgestellt wird, dass keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorliegt.

## Gut vorgebeugt

Aber es gibt auch Alternativen. Schaut man in die entsprechenden Fachzeitschriften, bieten eine Reihe von Unternehmen und qualifizierte Fachkräfte ihre Dienste an. Da ist die DH oder ZMP, welche zeitweise die Prophylaxe in der Praxis übernehmen kann. Diese Damen arbeiten für mehrere Zahnarztpraxen und sind auch in der Lage, die Mitarbeiterinnen in der Praxis anzuleiten und in der Prophylaxe praktisch zu schulen. Belegt die Kraft durch einen objektiven Qualifikationsnachweis ein gutes theoretisches Grundlagenwissen, kann sie der Praxis helfen, ein professionelles Prophylaxezentrum aufzubauen.

Im Verwaltungsbereich sind die Angebote vielschichtiger. Hier finden sich bundesweit

tätige Firmen mit Abrechnungsservice, sei es online oder vor Ort.

Sie konzentrieren sich überwiegend auf die reine Abrechnung mit der Leistungsüberprüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität. Interessant als Unterstützung bei der ZE-Abwicklung.

## Flexibilität aus dem Ärmel

Umfassender ist das Leistungsspektrum, das zahnmedizinische Verwaltungsassistentinnen (ZMV) anbieten. Wie Christine Baumeister aus Haltern zum Beispiel. Die gestandene ZMV, Referentin und Autorin beschäftigt mehrere ZMVs. Das Team ist bundesweit bei der Unterstützung und Weiterentwicklung von Zahnarztpraxen in den Bereichen Verwaltung, Organisation und Abrechnung tätig.

Baumeister orientiert das Leistungsangebot ihrer Firma an den Bedürfnissen der Praxen. Sie bietet Unterstützung bei Engpässen in der Verwaltung an. Fällt in der Praxis die betreffende Mitarbeiterin zum Beispiel wegen Krankheit aus, springt ihr Team ein – auch kurzfristig. Ebenso können Arbeitsspitzen aufgefangen werden. Das ermöglicht dem Zahnarzt mehr Flexibilität, da er nicht unbedingt eine weitere Mitarbeiterin einstellen muss, um die kurzfristige Überlastung zu kompensieren, oder die Zeit bis zum Start einer festen neuen Verwaltungsassistentin zu überbrücken. Beginnt die neue Kraft, kann er sie dank der provisorischen Mitarbeiterin auf die Belange seiner Praxis einstimmen. Eine begleitende Beratung für Praxismitarbeiterinnen oder Zahnarzt-Ehepartner ist ebenfalls möglich. Denkbar wäre auch, spezielle, meist schwierige Abrechnungsfälle auf ein professionelles Team oder eine externe Fachkraft zu übertragen. Schulungen, externe wie praxisinterne, sind ebenfalls notwendig. Es zeigt sich immer wieder, dass der Verwaltungsaufwand in den meisten Praxen zu aufgebläht und zu wenig transparent ist. Doch überflüssige Verwaltungsarbeiten behindern die Produktivität. Ein externes Team kann sehenen Auges – statt betriebsblind – diesen Sektor regelmäßig durchforsten und gegebenenfalls verschlanken, damit der bestehende Personalstamm freie Kapazitäten für wichtige Aufgaben gewinnt. Gut, wenn ein solches Team „seiner“ Praxis mit einer kostenlosen Hotline permanent beisteht. Solch umfassende Leistungen kosten Geld, natürlich. Aber wie der Leistungsumfang, so sind auch die Preise Verhandlungssache. Zudem können Zahnärzte für Beratungsleistungen oft Zuschüsse von Vater Staat beanspruchen: Die Unternehmen sind teilweise autorisiert, öffentlich geförderte Beratungsprogramme durchzuführen. Gefördert werden, je nach Bedarf, bis zu zehn Beratertage, in einigen Bundesländern werden bis zu 50 Prozent des Beraterhonorars erstattet.

*Dr. Sigrid Olbertz  
Zahnärztin, Master of Business Administration  
Mittelstraße 11a  
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*

Weihnachtsgeld – schwer zu ändern

## Alle Jahre wieder

Wie immer vor Weihnachten blüht die „Gerüchteküche“ rund um das Weihnachtsgeld. Gibt es welches – oder gibt's keins? Dies liegt, so der Stuttgarter Fachanwalt für Arbeitsrecht Michael Henn von der Deutschen Anwalts- und Steuerberatervereinigung für die mittelständische Wirtschaft e. V., Brühl, allerdings nicht im „einseitigen Ermessen“ des Arbeitgebers.

sogenannte „Änderungskündigung“ zu ändern, doch zeige dieses Vorgehen wegen der praktischen Schwierigkeiten und juristischen Hindernisse wenig Aussicht auf Erfolg. Ähnliches gelte auch bei Bestehen von Betriebsvereinbarungen. Auch

diese müssten zunächst durch den Arbeitgeber unter Einhaltung entsprechender „Auslauffristen“ gekündigt werden.

Eine günstigere Rechtslage sieht Henn für Arbeitgeber, wenn der Arbeitsvertrag oder die Betriebsvereinbarung einen sogenannten „Freiwilligkeitsvorbehalt“ enthält: Derartige Vorbehalte seien juristisch zulässig und ließen dem Arbeitgeber jedes Jahr die Entscheidung offen, ob er ein

Betriebsausflüge

## Aber sicher

Auf geht's zur weihnachtlichen Stadtführung, zum Adventschmaus auf dem Dampfer, der Chef hat eingeladen. Auf einem Betriebsausflug sind alle Beschäftigten gesetzlich unfallversichert, solange die Exkursion offiziellen Charakter hat, betont die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg. Der Schutz besteht unabhängig von der Art des Ausfluges, ausgenommen bei Aktionen mit erhöhtem Unfallrisiko, wie beim Skaten, und bei alkoholbedingten Unfällen.



Foto: CC

Verträge mit dem Steuerberater

## Kein Recht auf Nachbesserung

Ein mit dem Steuerberater geschlossener Vertrag, der auch eine Beratung in Steuerangelegenheiten zum Gegenstand hat, ist in jedem Fall ein Dienstvertrag.

Ein Werkvertrag mit Geschäftsbesorgungs-Charakter ist ausnahmsweise bei Einzelaufträgen anzunehmen, die sich auf eine einmalige, in sich abgeschlossene Leistung beziehen – etwa die Anfertigung bestimmter Bilanzen, eines Gutachtens oder einer Rechtsauskunft.

Hinsichtlich einer Einzelleistung mit werkvertraglichem Charakter hat der Steuerberater nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 11. Mai 2006 kein Nachbesserungsrecht, wenn sein Auftraggeber das Mandat bereits beendet hatte und der Fehler erst von einem neu beauftragten Steuerberater entdeckt worden ist.

Weihnachtsgeld zahlt. Er müsse auf diesen „Freiwilligkeitsvorbehalt“ jedoch jedes Mal ausdrücklich hinweisen. Und er dürfe ihn später nicht abändern oder bestimmte Gruppen von Arbeitnehmern hierbei unterschiedlich behandeln, sofern dieses nicht sachlich gerechtfertigt sei. Vergisst der Chef, sich die Freiwilligkeit explizit vorzubehalten, kann für Arbeitnehmer ein (Rechts-)Anspruch auf Zahlung des Weihnachtsgeldes entstehen.

henn/pit

sth/pm



Foto: MEV

Er endet, wenn der Chef – oder sein Vertreter – sich verabschiedet: Um Unklarheiten auszuschließen, sollte der Chef die

Veranstaltung offiziell für beendet erklären oder das Ende von vorneherein zeitlich festlegen, rät die BGW.

pit/pm

**Trends**  
Praxis & Finanzen

Vielmehr, so der Stuttgarter Arbeitsrechtsexperte, sind bei derartigen Ansinnen die bestehenden Tarifverträge, etwaige Betriebsvereinbarungen, die Bedingungen des einzelnen Arbeitsvertrages sowie vorherige Zusagen des Arbeitgebers bei der Beurteilung der Rechtslage zu beachten. Selbst wenn die vorstehenden Kriterien nicht erfüllt seien, so Henn, könne sich ein Anspruch auf Weihnachtsgeld aus einer sogenannten „betrieblichen Übung“ oder aus „arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsätzen“ ergeben. Soweit der Anspruch auf das Weihnachtsgeld im Arbeitsvertrag geregelt sei, so der Arbeitsrechtler, habe der Arbeitgeber grundsätzlich nicht die Möglichkeit, dies einseitig zu ändern. Er könne allenfalls versuchen, eine Änderung mit dem Arbeitnehmer einvernehmlich zu regeln. Soweit das nicht möglich sei, könnte er zwar versuchen, die vertragliche Regelung durch eine

CD-ROM-Tipp

## Fachwortschatz Medizin Englisch

Zugriff auf unbekannte medizinische Fachbegriffe in englischer Sprache bietet die CD-ROM „Fachwortschatz Medizin Englisch“. Innerhalb weniger Sekunden haben Kollegen jede Formulierung parat. Das zweisprachige Nachschlagewerk ent-



hält 100 000 wichtige Fachbegriffe aus allen Bereichen der Medizin, Klinik und biomedizinischen Wissenschaft. Selbst neueste Verfahren, etwa Reproduktionsmedizin, und aktuelle Krankheiten wie die Vogelgrippe sind enthalten. Die CD-ROM kann außerdem als Sprachtrainer genutzt werden.

Voraussetzungen sind ein PC mit Pentium-III-Prozessor mit mindestens einem GHz Taktfrequenz. Es ist ein zehnfach CD-ROM-Laufwerk notwendig und das Betriebssystem sollte Windows 98 SE, ME, 2000 oder XP sein. sth/ÄZ

■ **Bestellungen:**  
**Thieme-Verlag**  
**ISBN: 3-13-140 681-X**

Vertretung für die Elternzeit

## Eindeutig auf Zeit

Geht eine Helferin in die Elternzeit, braucht der Chef Ersatz. Für die sogenannte Schwangerschaftsvertretung gelten allerdings besondere Regeln, betont die DAK in ihrem Magazin „Praxis + Recht“.

So muss das Arbeitsverhältnis immer eindeutig befristet sein – in der Regel auf das Ende der Elternzeit. Vor Ablauf dieser Frist kann die Vertretung nur kündigen, „wenn der Arbeitgeber damit einverstanden ist und einem Aufhebungsvertrag zustimmt“, erklärt Thomas Kuschel, DAK-Experte. Wer über die vereinbarte Frist hinaus bleiben will, hat schlechte Karten, wenn die frischgebackene Mutter oder der stolze Papa früher als angekündigt auf ihren Arbeitsplatz zurückkehren möchten. Dann



Foto: CC

haben Firmen das Recht, die Ersatzkraft mit dreiwöchiger Kündigungsfrist zum vorgezogenen Ende der Elternzeit zu entlassen. „Der Gesetzgeber hat entschieden, dass hier die Interessen des ursprünglichen Stelleninhabers vorgehen“, führt Kuschel fort.

pit/pm

Steuerpläne verschlechtern Investitionsklima

## Indizien für Investitionsrückgang

Die diskutierte Einbeziehung von Zinsen, Pachten und Leasing-Raten in die Bemessungsgrundlage der neu gestalteten Unternehmenssteuer belastet bereits jetzt das Investitionsklima in Deutschland. Das schätzt jedenfalls der Bundesverband Deutscher Leasing-Unternehmen (BDL) anhand seines gemeinsam mit dem Institut für

Prozent wuchsen, ließ im zweiten das Wachstum schon deutlich nach (2,7 Prozent) und wird sich voraussichtlich im dritten Quartal auf einem ähnlichen Niveau halten (2,8 Prozent). Für das vierte Quartal wird ein Investitionswachstum von nur noch 1,1 Prozent prognostiziert.

Die Leasing-Branche ist nach eigenen Angaben mit rund 50 Milliarden Euro im Jahr der größte Investor in Deutschland: Ein Viertel der Ausrüstungsinvestitionen werde über Leasing realisiert.

Horst-Günther Schulz, Präsident des BDL, kritisiert die Besteuerungs-Pläne der Koalition: „Deutschland braucht Investitionen. Die Investitionen von heute schaffen die Arbeitsplätze von morgen. Und wenn kräftig investiert wird und die Konjunktur läuft, profitiert davon auch die Staatskasse.“

pit/pm

Auslegungspflichtig

## Sammlung aktualisiert

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, erinnert anlässlich des Inkrafttretens des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) an die Auslegungspflicht bestimmter Gesetze. Jeder Arzt als Arbeitgeber muss eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen in seiner Praxis auslegen.

Hierzu gehören unter anderem natürlich das AGG, das Arbeitszeitgesetz, das Jugendschutzgesetz, das Mutterschutzgesetz und die Arbeitsstättenverordnung. Die Berufsgenossenschaften überprüfen die Auslage dieser Vorschriften bei Begehungen regelmäßig.

Der NAV hat diese umfangreiche Sammlung auslegungspflichtiger Gesetze aktualisiert und speziell für Arztpraxen aufbereitet. Die Zusammenstellung mit über 250 Seiten der derzeit gültigen Gesetze ist für 7,50 Euro (Mit-

glieder) beziehungsweise 20 Euro (Nichtmitglieder) unter dem Titel „Die wichtigsten Gesetze und Verordnungen für die Arztpraxis“ erhältlich beim:

**NAV-Virchow-Bund**

**Belfortstraße 9**

**50668 Köln**

**Fon: 02 21 / 97 30 05 – 0**

**Fax: 02 21 / 7 39 12 39**

**info@nav-virchowbund.de**

pit/pm

Fortbildung für Mitarbeiter

## Exklusives Wissen

Stetige Veränderungen des beruflichen Anforderungsprofils, besonders in medizinischen Berufen, machen Fortbildungen für Mitarbeiter in Arztpraxen notwendig.

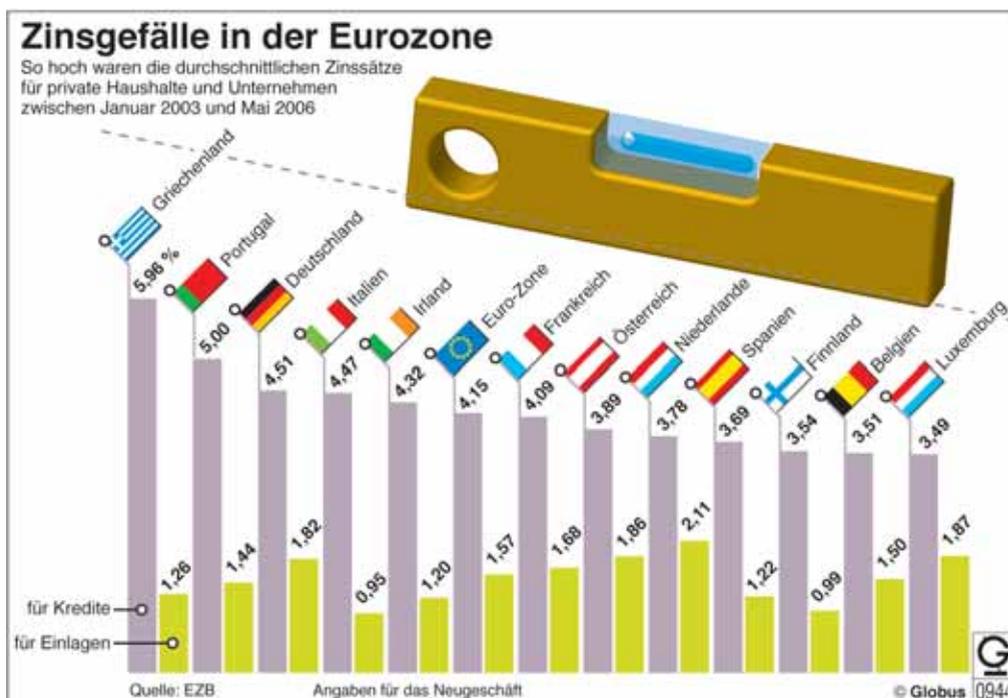
Weitsichtige Arbeitgeber stellen durch eine Fortbildungsvereinbarung mit Rückzahlungsklausel vertraglich sicher, dass die neu erworbenen Erkenntnisse ihrem Haus und nicht allzu bald der Konkurrenz zugute kommen. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat hierzu das Merkblatt „Fortbildungskosten und Rückzahlung“ herausgegeben. Der siebenseitige Folder enthält zudem auch einen Mustervertrag für eine Fortbildungsvereinbarung.

Das Merkblatt kann von Mitgliedern kostenlos und für Nichtmitglieder gegen eine Schutzgebühr von zwei Euro beim NAV-Virchow-Bund angefordert werden.

pit/pm



Wirtschaftsforschung (ifo) ermittelten Investitionsindikatoren. Dieser signalisiere einen Rückgang des Wachstums der Ausrüstungsinvestitionen in der zweiten Jahreshälfte; während im ersten Quartal 2006 die Ausrüstungsinvestitionen um 7,5



*Die neue Flexibilität der Lebensversicherung*

## Maßgeschneidert – mit kleinen Haken

**Die Branche der Assekuranz hat ihr größtes Tief – die Streichung des Steuervorteils – hinter sich. Jetzt umwirbt sie Kunden mit neuen Tarifen, die ein Höchstmaß an Flexibilität und Garantien versprechen. Umsonst gibt es diesen Service natürlich nicht. Der Kunde zahlt dafür.**

Totgesagte leben länger – dieser Spruch trifft für das Produkt Lebensversicherung auf jeden Fall zu. Nach der Streichung des Steuerprivilegs vor zwei Jahren hat niemand mehr so recht an ein Überleben des Finanzklassikers geglaubt. Andere Möglichkeiten der Geldanlage boten und bieten stärkere Reize. Doch die Branche hat sich aufgerafft und lockt jetzt mit fantasievollen Konditionen.

### Die Freiheit durch Besteuerung

Frei nach dem Motto „Steuern fallen sowieso an“ herrscht nun völlige Gestaltungsfreiheit. Die Gothaer Versicherung wollte ganz genau wissen, was ihre Kunden wünschen und gab eine Umfrage in Auftrag. Das Forsa-Institut ermittelte, dass die meisten potentiellen Kunden auf jeden Fall für ihr Alter sparen wollen, und das bei größtmöglicher Flexibilität. Heraus kam dabei ein Katalog von Wünschen, die einen gemeinsamen Nenner haben: Den Vertrag so individuell wie möglich gestalten zu können. So wollen Sparer ihrer finanziellen Stärke entsprechend die Beiträge variieren. Das bedeutet beispielsweise, dass sie in jungen Jahren wenig leisten, dafür aber ihre Sparquote mit steigendem Einkommen erhöhen. Ebenso flexibel möchten sie bei der Auszahlung verfahren.

Die Unternehmen haben sich diese Wünsche zu Herzen genommen. Heraus gekommen sind dabei so genannte Universal Life Policen. Viele Gesellschaften bieten jetzt Tarife an, bei denen

rife zu variieren. Denn die steuerlichen Vorgaben beschnitten die Kreativität der Tarifdesigner. Jetzt gilt das Alterseinkünftegesetz. Danach steht fest, dass jeder Steuern auf die Erträge aus Lebensversicherungen zahlen muss. Die Assekuranz ist demnach frei, auf die Wünsche ihrer Klientel einzugehen. Die Verträge passen sich an die sich ständig ändernden Lebensum-

der Filius ins Ausland, kann der Versicherte das Sparkonto anzapfen. Das funktioniert bis zu zehnmal. Flexibel gestaltet sich auch die Beitragszahlung. Wer im Laufe der Zeit mehr Geld zur Verfügung hat, kann die Einzahlungsphase einfach abkürzen, in dem er das Beitragskonto schneller auffüllt. Die Allianz wartet mit verschiedenen Produkten auf. Mit dem Schatzbrief



Fotos: pp

*Mit Versicherungen ist es wie mit Maßkleidung: wer sich ein Produkt auf Leib oder Leben schneiden lässt, braucht korrekte Ausgangsdaten ...*

die Sparer jederzeit selbst entscheiden können, wann sie wie viel für ihre Altersvorsorge einzahlen wollen. Die Idee stammt aus den USA.

### Die Zeit ist reif für Tarifdesigner

In Deutschland hatten die Versicherer bis Ende 2004 nur eingeschränkte Möglichkeiten, die Ta-

stände der Kunden an. Einschnitte wie Heirat, Geburt des Kindes oder auch Arbeitslosigkeit werden berücksichtigt.

Die Gothaer wirbt beispielsweise mit der VarioRent plus. Der monatliche Mindestbeitrag beläuft sich auf 25 Euro. Das Konstrukt erlaubt Teilauszahlungen während der Laufzeit. Steht beispielsweise die Anschaffung eines neuen Autos an, oder will

soll der Kunde fürs Alter vorsorgen und gleichzeitig das Wohl seiner Erben berücksichtigen. Denn während die Familie von den Restbeständen einer normalen Rentenversicherung nach dem Tod des Versicherten meist nur sehr wenig sieht, verspricht dieser Schatzbrief im Todesfall des Versicherten, den Erben den Rest der eingezahlten Beiträge inklusive der Überschüsse auszu-

zahlen. Die StartPolice verknüpft Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Sie soll junge Leute, die in den Beruf starten und/oder eine Familie gründen für alle Wechselfälle des Lebens absichern. Die Werbung der anderen Gesellschaften verspricht noch viele andere Varianten.

## Die Grenzen zerfließen

Der Kunde hat die Qual der Wahl. Doch bei den attraktiv gestalteten Angeboten entscheidet über die Güte des Vertrags letztendlich immer noch, was am Ende als Rendite wirklich für den Kunden herauskommt. Für Elke Weidenbach, Expertin für Versicherungen bei der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf, hat sich an ihrer bisherigen Einstellung auch jetzt nichts geändert: „Die neuen Angebote machen es dem Kunden



... damit's nie eng wird.

noch viel schwieriger, die verschiedenen Tarife miteinander zu vergleichen.“

Kein Wunder, lösen sich doch selbst die Grenzen zwischen einer Kapitallebensversicherung, bei der der Kunde am Ende der Laufzeit den angesparten Betrag inklusive Überschussbeteiligung auf einmal erhält, und einer Rentenversicherung allmählich auf. Inzwischen gibt es Kombinatio-

nen aus Hinterbliebenenschutz, Leibrente und Kapitalauszahlung.

Der Kunde profitiert von diesen Wahlmöglichkeiten. Ein Versicherungsvertrag läuft über Jahrzehnte. Kaum jemand kann bei Abschluss des Vertrages seinen Lebensverlauf abschätzen. Da ist es von Vorteil, wenn zwischendurch und am Ende finanzielle Transaktionen flexibel gehandhabt werden können. So kann der Versicherte grundsätzlich am Ende der Laufzeit zwischen einer lebenslangen Rente und der Auszahlung des gesamten Betrages wählen. Gefällt ihm dieser Modus nicht, fließt eben nur ein Teilbetrag auf einmal auf sein Konto, der Rest in regelmäßigen Monatsraten.

## Zugeknöpft und aufgestockt

Bei der Wahl der Beitragshöhe zeigen sich die Versicherer schon zugeknöpfter. Als Grund für die eingeschränkte Flexibilität nennen die Unternehmen Schwierigkeiten beim Abrechnen der Vermittler-Provisionen. Diese richten sich nach der Höhe der Beiträge. Manche erlauben aber beispielsweise während der Elternphase eine Reduzierung. Wird das Geld knapp oder fällt sogar ein Familieneinkommen aus, gewähren einige Gesellschaften eine Beitragspause oder eine Stundung, bei der die ausstehenden Summen später nachgezahlt werden müssen.

Manch einer stöhnt vielleicht über Geldprobleme ganz anderer Art. Er hat plötzlich eine größere Summe geerbt oder Aktien Gewinn bringend verkauft. Will er dieses Geld für die Alters-

vorsorge in eine Lebensversicherung anlegen, sollte er gut nachdenken, bevor er für diese Summe einen neuen Vertrag abschließt: Es werden erneut Provisionen und andere Kosten fällig, die seinen Sparanteil reduzieren! Besser ist es – wenn möglich – den alten Vertrag aufzustocken. Manche Gesellschaften, zum Beispiel die Allianz, die Condor oder Skandia, erlauben die Zahlung zu unterschiedlichen Konditionen.

## Das Risiko mit eingekauft

Ein weiterer Trend lässt sich im Assekuranzgeschäft beobachten: Die neu designten Produkte werden immer häufiger als fondsgebundene Lebensversicherung angeboten. Damit erreichen die Versicherer zweierlei: Zum einen bieten diese Policen Chancen auf höhere Erträge, zum anderen trägt der Versicherte das Risiko fast allein. Außerdem bieten Fondspolizen keinen Garantiezins. Dafür – so der Trost – sind die Aussichten auf eine attraktive Rendite höher als bei der her-

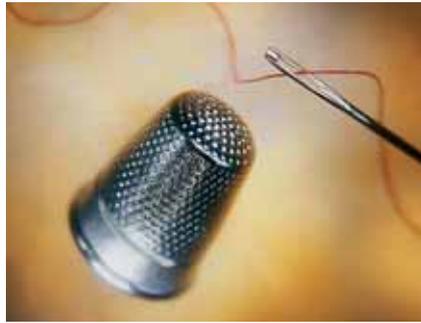
kömmlichen Kapitallebensversicherung, bei der die Beiträge in den Deckungsstock des Versicherers wandern. Ein weiterer Grund für die steigende Attraktivität der Fondspolice ist die Senkung des Garantiezinses für klassische Lebensversicherungen ab Januar 2007. Dann beträgt der Garantiezins nur noch 2,25 statt 2,75

Prozent. Die Kunden scheinen von dieser Anlagemöglichkeit überzeugt. Knapp 25 Prozent der Neuabschlüsse lauten auf eine fondsgebundene Lebensversicherung. Vor rund zehn Jahren waren es nur sechs Prozent. Der Grund für die wachsende Beliebtheit: Der Sparer darf bei der Anlage seiner Beiträge mitbestimmen. Sie fließen in Aktien, Immobilien- oder Rentenfonds. Meistens hat der Kunde verschiedene Fonds zur Auswahl. Je nach Temperament entscheidet er sich für risikoreichere Aktienanlagen, sicherere Renten- oder Immobilienfonds.

## Angehäuft und umgeschichtet

Bis zum Beginn der Rentenzahlung bleibt das angesparte Kapital in Fonds investiert.

Während der Ansparphase kann der Kunde sein Geld umschichten. Die meisten Gesellschaften erlauben mehrere Fondswechsel ohne Gebühren. Wichtig wird für den Sparer das Umschichten, wenn er das Rentenalter fast erreicht hat: Sind seine Fondsanteile im Wert gewachsen, handelt er klug,



*Gut eingefädelt haben die Tarifdesigner die neuen „Vario“-Verträge.*

wenn er sie rechtzeitig in risikoärmere Rentenfonds umschichtet.

Falls die Kurse ausgerechnet zum Zahlungstermin im Keller sind, muss der Anleger sich mit einem mageren Ergebnis abfinden. Allerdings erlauben manche Gesellschaften, die Fondsanteile stehen zu lassen, bis sie sich erholt haben. Im Normalfall aber darf sich der Sparer in guten Börsenzeiten über eine überdurchschnittliche Rendite freuen. Und in jedem Fall zahlt der Versicherte eine Rente, deren Höhe er lebenslang garantiert.

Verbraucherschützer wie Elke Weidenbach lehnen die fondsgebundene Lebensversicherung ab: „Dieses Produkt ist und bleibt undurchschaubar. Besser ist es, Risiken mit einer Risikolebensversicherung abzusichern



*Maß halten wollen Kunden vermehrt, zum Beispiel wenn Nachwuchs kommt.*

und für die Altersvorsorge einen Fondssparplan abzuschließen.“ Auf diese Weise können die Anleger unter einer sehr viel höheren Anzahl von Fonds wählen. Außerdem – ein Hauptkritikpunkt von Weidenbach – kann der Anleger die Kosten, wie Ausgabeaufschläge, Management- und Depotgebühren, viel besser überschauen. Bei der Fondspolice bleibt dem Laien der Einblick verwehrt.

Experten sprechen von bis zu 20 Prozent der Beiträge, die für Gebühren und Provisionen verwendet werden. Die Ablaufergebnisse von Fondssparplänen hingegen lassen sich zum Beispiel auf der Internetseite des Bundesverbandes Investment und Asset Management (BVI) nachlesen.

Zugegebenermaßen verschwindet auf diesem Weg viel Geld, es lässt sich mit der fondsgebundenen Rentenversicherung aber auch so mancher Euro sparen. Denn seit der Einführung des Alterseinkünftegesetzes sind zwar bei einer normalen Lebensversicherung auf die Hälfte der Erträge aus der Ansparphase Steuern fällig, wenn der Sparer mindestens 60 Jahre oder älter ist, nicht aber bei der fondsgebundenen Rentenversicherung: auf diese fallen keine Abgaben an, nur die Erträge aus der Verrentungsphase werden mit dem Ertragsanteil versteuert. Der beläuft sich bei einem 65-Jährigen auf 18 Prozent. Wer sich für den Fondssparplan entschieden hat, versteuert den Anteil der Zinsen und Dividenden, der den Sparerfreibetrag überschreitet. Diese Regelung gilt jedenfalls für dieses und nächstes Jahr.

Was passieren wird, wenn die Bundesregierung wie ge-

## zm-Info

### Nützliches aus dem Internet

Wer die Angaben über Fondssparpläne und das Rating von Franke & Bornberg noch einmal nachlesen will, findet die Informationen auf diesen Internet-Seiten:

Bundesverband Investment und Asset-Management BVI: <http://www.bvi.de>  
Ratingagentur Franke & Bornberg, Hannover: <http://www.fb-portal.de>



Bei durchschnittlichen Eckdaten kann auch mal Konfektionsware passen.

plant eine Abgeltungssteuer in Höhe von anfangs 30 Prozent (später 25 Prozent) auf Zinsen und Dividenden einführen wird, ist jetzt noch nicht klar.

## Der Haken im Kleingedruckten

Um den Kunden in Sicherheit zu wiegen, geben die Versicherer schon bei Abschluss einer fondsgebundenen Rentenversicherung eine Prognose über die spätere Höhe der Rente ab. Im Kleingedruckten des Vertragstextes aber lassen sie sich eine Hintertür offen, nämlich die Möglichkeit, den Rentenfaktor zu senken.

Nur wenige Versicherer garantieren ihren Kunden bei Vertragsabschluss die Höhe der Umwandlungsquote. Sie gibt an, wie viel Euro Monatsrente ein Versicherter zu Beginn der Auszahlungsphase pro 10 000 Euro Fondsguthaben bekommt. Die Hannoveraner Ratingagentur hat bei ihren Untersuchungen die Erfahrung gemacht, dass im-

mer mehr Gesellschaften sich nicht festlegen wollen, sondern auf eine mögliche Anpassung während der Vertragslaufzeit bestehen. Der Grund hierfür liegt in der steigenden Lebenserwartung der Deutschen. Die Gesellschaften befürchten einfach, immer länger Renten zahlen zu müssen. Vor diesem Risiko wollen sie sich schützen.

## Treue bis zum bitteren Ende

Diese Kennzahl hält die Ratingagentur Franke & Bornberg in Hannover für aussagekräftiger in Bezug auf die Rendite als die Kosten. Wie gut oder wie schlecht der Rentenfaktor ist, erweist sich erst am Ende der Laufzeit, wenn das angesparte Fondsguthaben in eine Rente umgewandelt wird. Dann nützt es nichts, wenn der Kunde zu Beginn und während der

## zm-Index

### Stichwort: Ertragsanteil

Werden Geldbeträge angespart und verzinst, so besteht das Guthaben aus einem Spar- und einem Ertragsanteil (Zinsen, Dividenden). Wird aus diesem Kapital eine Rente gezahlt, zieht man den Sparanteil von der Rente ab. Nur der Ertragsanteil wird versteuert. Das gilt für die gesetzliche Rente und auch für private Renten. Der Ertragsanteil wird nach einer amtlichen Altersrenten-Tabelle ermittelt. Dabei bemisst sich der Ertragsanteil nach dem Alter bei Rentenbeginn.

Laufzeit darauf achtet, dass sein Geld nur in gute Fonds investiert wird. Versteckt sich im Kleingedruckten der Hinweis, dass der Rentenfaktor abgesenkt werden kann, hat er unter Umständen einfach Pech gehabt.

Tritt der Ernstfall ein und die Gesellschaft senkt den Rentenfaktor, macht es keinen Sinn, die Versicherung zu wechseln. Dann verliert der Kunde seinen Steuervorteil der fondsgebundenen Rentenversicherung, wonach nur der Ertragsanteil versteuert werden muss. Auch eine Auszahlung der gesamten Summe bringt nur Nachteile, wenn der Vertrag nach dem 1. Januar 2005 abgeschlossen wurde. Dann ist die Hälfte des Ertragszuwachses steuerpflichtig, sofern der Vertrag mindestens zwölf Jahre gelaufen und der Versicherte mindestens 60 Jahre alt ist! Ansonsten beteiligt sich der Fiskus nämlich an dem gesamten Wertzuwachs. Einen Ausweg gibt es nicht, wer sich einmal für



Foto: MEV

*Vieles ändert sich im Leben, außer dem Leibes- auch der Leistungsumfang.*

eine Rentenversicherung entschieden hat, muss ihr bis zum Ende treu bleiben.

## Zwischen Garantie und Anpassung

Sparer, die ihre Rente oder Pension mit einer Fondspolice aufstocken wollen, tun gut daran, sich vor Vertragsabschluss gründlich über die Konditionen und insbesondere über den Rentenfaktor zu informieren. Franke & Bornberg haben 35 Versicherer geprüft, die besonders gute Vertragsbedingungen vorweisen können. 20 von ihnen garantieren den Rentenfaktor, vier schränken den Rentenfaktor ein, vier weitere behalten sich eine Anpassung vor und die restlichen sieben legen sich gar

nicht fest. Den höchsten garantierten Rentenfaktor bietet die Neue Bayerische Beamtenversicherung. Danach bekommt ein 35-jähriger Mann für je 10 000 Euro Fondsguthaben 36,67 Euro Monatsrente. Damit sich sein Einsatz gelohnt hat, muss er im Alter von 60 Jahren in Rente gehen und darf erst mit knapp 83 Jahren das Zeitliche segnen.

Neben dem Rentenfaktor entscheidet aber auch die Fondsauswahl über die spätere Höhe der Rente. So verspricht die Nürnberger Versicherung einen Faktor von 34,24 für den 35-jährigen Musterkunden. Dafür kann er aber sein Geld in fünf verschiedenen Fonds anlegen, die er unter 22 möglichen ausgewählt hat. Die Wahl wird ihm nicht leicht fallen.

Denn auf der Liste stehen so erfolgreiche Fonds wie Templeton Growth (Euro), DWS

Vermögensbildungsfonds I oder der Threadneedle European Select. Trifft der 35-jährige Anleger die richtige Wahl, kann er einen niedrigeren Rentenfaktor mit einem höheren Guthaben zu Beginn der Rente ausgleichen. Das Gleiche trifft für die Dialog-Versicherung zu. Mit einem Rentenfaktor von 33,99 und 19 verschiedenen Fonds bietet sie ähnlich gute Chancen wie die Nürnberger.

Die Swiss Life schränkt zwar den Rentenfaktor ein und gibt dem jungen Sparer nur eine 85-Prozent-Garantie auf den genannten Rentenfaktor. Aber weil dieser mit 37,90 ziemlich hoch ist und die Fondsliste 40 Produkte umfasst – darunter viele gute Namen – hält sich das Risiko durchaus in Grenzen.

| Alter*  | Ertragsanteil in % |
|---------|--------------------|
| 60 – 61 | 22                 |
| 62      | 21                 |
| 63      | 20                 |
| 64      | 19                 |
| 65 – 66 | 18                 |
| 67      | 17                 |
| 68      | 16                 |
| 69 – 70 | 15                 |
| 71      | 14                 |
| 72 – 73 | 13                 |
| 74      | 12                 |
| 75      | 11                 |
| 76 – 77 | 10                 |
| 78 – 79 | 9                  |
| 80      | 8                  |
| 81 – 82 | 7                  |
| 83 – 84 | 6                  |
| 85 – 87 | 5                  |
| 88 – 91 | 4                  |
| 92 – 93 | 3                  |
| 94 – 96 | 2                  |
| ab 97   | 1                  |

\*Bei Beginn der Rente vollendetes Lebensjahr des Rentenempfängers  
Quelle:  
[www.steuerlexikon-online.de](http://www.steuerlexikon-online.de)

## Für Fans von Fonds

Einen Tipp hält Elke Weidenbach für Fondspolice-Fans noch bereit: „Normalerweise ist es vorteilhafter, wegen der Kosten Versicherungsbeiträge jährlich zu bezahlen. Die Fondsbeiträge aber zahlt man besser monatlich. Dann erzielt man einen cost-average-Effekt: Bei günstigen Kursen gibt es mehr Anteile pro Monatsbeitrag, bei hohen Kursen weniger. Auf diese Weise zahlt der Versicherte einen akzeptablen Durchschnittspreis für die Anteile.“

Marlene Endruweit

[zm@zm-online.de](mailto:zm@zm-online.de)



Foto: CC

*Weg von der Stange wollen die Lebensversicherer.*

Private Krankenversicherung zahlt Lasik-Chirurgie

## Korrektur geht vor Kompensation

**Eine Oralchirurgin, bei der eine Kontaktlinsenunverträglichkeit festgestellt worden war, unterzog sich einer Korrektur ihrer Fehlsichtigkeit durch refraktive Hornhautchirurgie. Entgegen der Beurteilung der Privaten Krankenversicherung handelte es sich nach Auffassung des Berufungsgerichts dabei um eine medizinisch notwendige Behandlung gemäß § 1 Abs. 2 der Versicherungsbedingungen MB/KK 94, deren Kosten an die Patientin zu erstatten waren.**

Nach den Hersteller-Angaben der Firma Bausch&Lomb, Berlin, werden jährlich alleine in der Bundesrepublik Deutschland mindestens 80 000 Lasik-Behandlungen (Lasik: Laser-in-situ-Keratomileusis) durchgeführt. Weltweit sollen sich danach bereits sechs Millionen Menschen einer Lasik-Operation unterzogen haben. Um Kurzsichtigkeit zu korrigieren, wird dabei ein Hornhautscheibchen weggeklappt, darunter gelasert und das Hornhautscheibchen wieder auf das Auge geklappt. Bei der Operation der Weitsichtigkeit muss der Arzt zusätzlich eine Krümmung modellieren. Als Nebenwirkungen werden von Kritikern eine erhöhte Blendeempfindlichkeit, ein Fremdkörpergefühl und ein schlechtes Dämmerungssehen angegeben. Bei Wahrung der medizinischen Behandlungsstandards durch die zertifizierten Anwender kann nicht von einem erhöhten Komplikationsrisiko ausgegangen werden. Die seitens der privaten Krankenversicherung (PKV) zur Ablehnung der Kostenerstattung angeführten diesbezüglichen Entscheidungen sind Einzelfalljuridikate ohne generalisierungsfähigen Inhalt (Oberlandesgericht



Die Lasertechnik geht ihren Weg in der Medizin: 80 000 Eingriffe in Deutschland, sechs Millionen Patienten weltweit

(OLG) Düsseldorf, Urteil vom 11. 11. 1999, 8 U 184/98, Neue Kurische Wochenschrift 2001, 900; OLG Karlsruhe, Urteil vom 11. 9. 2002, 7 U 102/01, Versicherungsrecht 2004, 244). Bisher haben die privaten Krankenversicherer die Kostenerstattung regelmäßig mit der Begründung abgelehnt, die Verweisung des Patienten auf Brille und Kontaktlinse sei stets zumutbar, sie kompensierten die Fehl-

sichtigkeit sicherer und risikoärmer. Ergo sei der Wunsch nach einer augenchirurgischen Korrektur letztlich rein kosmetisch bedingt und stelle daher keine Krankheit im Sinne der Versicherungsbedingungen dar, die hierauf gerichteten augenärztlichen Bemühungen seien folglich nicht medizinisch notwendig gemäß § 1 Abs. 2 MB/KK 94. Das Landgericht (LG) hat nun als Berufungsgericht klargestellt, dass es das Verfahren als hinreichend erprobt und sicher an-

begründet werden könne, dass diese möglicherweise kostengünstiger seien. Zum einen bestehe auch bei Brillen ein Korrektur- und Erneuerungsaufwand, vor allem aber sei eine solche Verweisung aufgrund Kostenvergleiches entsprechend der Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 12. März 2003, die auch für die ambulante Behandlung gelte (Vgl. LG Köln, Urteil vom 29.03.06, 23 O 269/06 für BOI-Zahnimplantate) ohnehin nicht mehr zulässig.

### Analogie beim Fiskus

Diese gerichtliche Entscheidung korrespondiert mit dem Erlass der Oberfinanzdirektion Koblenz vom 22. Juni 2006 (Az. S 2284 – St323), wonach die Kosten einer Lasik-Behandlung als außergewöhnliche Belastung im Sinne des Einkommensteuerrecht abzugsfähig sind, weil es sich hierbei um einen medizinisch und nicht bloß kosmetisch veranlassten Heileingriff handele (anders noch: FG Düsseldorf, Urteil vom 16. 2. 2006, 15 K 6677/04). Ob die Versicherungswirtschaft wegen der hierdurch zu erwartenden Kostenfolgen eine revisionsgerichtliche Abänderung versuchen wird, bleibt abzuwarten. Bislang beendeten Richter die Erstattungsfrage stets per Vergleich (siehe auch Arbeitsgerichts (AG) München, Urteil vom 11. 12. 2003, 223 C 5047/03, und LG München vom 4. 11. 2004, 31 S 951/04).

Rechtsanwalt Michael Zach  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Eickener Straße 83  
41061 Mönchengladbach

■ Die Entscheidung ist im Volltext abgelegt bei: <http://www.rechtsanwalt-zach.de>



**„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.**

Schwerbehinderte haben Anspruch auf Zusatzurlaub

## **Stärker belastet, mehr Zeit zum Erholen**

**Die aktuelle Regelung im Sozialgesetzbuch (SGB) sieht für schwerbehinderte Arbeitnehmer einen erhöhten Urlaubsanspruch vor, um deren stärkere Belastung abzufedern.**

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat der Klage eines Krankenpflegers aus Baden-Württemberg statt gegeben. Danach haben schwerbehinderte Arbeitnehmer Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage (9 AZR 669/05).

Das Gericht in Erfurt verwies auf eine entsprechende Neuregelung im Sozialgesetzbuch. Diese beruhe unverändert auf dem Gedanken, dass schwerbehinderte Menschen stärker belastet sind

und deshalb eine längere Zeit benötigen, um sich von der Arbeit zu erholen. Der frühere Arbeitgeber des Klägers hatte sich geweigert, dem Schwerbehinderten zu dem vereinbarten Urlaub von 29 Tagen zusätzlich fünf weitere Urlaubstage zu gewähren. (Details im Internet unter: <http://www.bundesarbeitsgericht.de>) pit/dpa

BAG, Urteil vom 24. Oktober 2006 9 AZR 669/05

Arzt haftet nicht ohne Weiteres für eine falsche Diagnose

## **Regeln der ärztlichen Kunst**

**Beim Diagnosefehler eines Arztes hat ein Patient nicht zwangsläufig Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz in einem Ende Oktober bekannt gewordenen Urteil.**

Das OLG hob mit seinem Urteil eine Entscheidung des Landgerichts Koblenz auf. Dieses hatte einer Patientin 12000 Euro Schmerzensgeld zugesprochen, da der Arzt ihren entzündeten Blinddarm nicht erkannt hatte. Er war zunächst von Magen- und

Darmstörungen sowie später von einem fieberhaften Harnwegsinfekt ausgegangen.

Doch die Oberlandesrichter bestätigten jetzt, die Symptome einer Erkrankung seien oft mehrdeutig und ließen auf verschiedene Ursachen schließen. So-

lange ein Arzt die erforderlichen Untersuchungen nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“ vornehme, könne ihm daher eine objektiv falsche Diagnose rechtlich nicht zum Vorwurf gemacht werden (Az.: 5 U 1494/05).

Das OLG stellte nun fest, dass nach dem Gutachten eines Sachverständigen der behandelnde Arzt alle erforderlichen diagnostischen Maßnahmen ergriffen

habe. Die Befundlage sei schwierig gewesen und von dem Mediziner plausibel gedeutet worden. Das Urteil des Oberlandesgerichts ist noch nicht rechtskräftig. Die Sache liegt wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung dem Bundesgerichtshof in Karlsruhe vor (Az.: VI ZR 155/06). pit/dpa

OLG Koblenz  
Urteil am 26. Oktober 2006 veröffentlicht, Az.: 5 U 1494/05

Berufsgenossenschaft muss Dirigenten Hörgerät zahlen

## **Von gesellschaftlicher Relevanz**

**Eine Berufsgenossenschaft (BG) muss einem ehrenamtlichen Dirigenten auch ein teures Hörgerät bezahlen. Das entschied das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz in Mainz in einem jetzt veröffentlichten Urteil.**



Foto: Forum Besser Hören

Die Landessozialrichter entschieden: Bei einer berufsbedingten Schwerhörigkeit muss die BG für einen dirigierenden Schreiner die Kosten für ein aufwendiges Hörgerät übernehmen. Denn bei seiner Tätigkeit handele es sich um eine Aufgabe von einer allgemeinen gesellschaftlichen Relevanz, die über ein persönliches Hobby hinausgehe. Die für die gesetzliche Krankenversiche-

rung geltende Beschränkung auf Festbeträge greife daher nicht.

Das Gericht gab mit seinem Urteil der Klage eines ehrenamtlichen Dirigenten gegen eine Berufsgenossenschaft statt. Bei dem Schreinermeister war eine berufsbedingte Schwerhörigkeit festgestellt worden. Da er ehrenamtlich in einem Musikverein dirigiert und junge Musiker ausbildet, beantragte er die Kostenübernahme für besonders hochwertige Hörgeräte. Die Berufsgenossenschaft lehnte das mit der Begründung ab, die Tätigkeit des Klägers als Musiker sei ein privates Hobby. Dem folgte das LSG nicht. pit/dpa

LSG Rheinland-Pfalz  
Urteil am 26. Oktober 2006 veröffentlicht, Az.: L 3 U 73/06

*Ariadnefaden durch den Bewerberdschungel*

## Damit die Absage zusagt

**Bewerbungsunterlagen durchzuarbeiten ist beileibe nicht jedermanns Sache. Da die rechtlichen Bestimmungen die Stellenausschreibung erschweren, reagieren jetzt zudem vermehrt auch Bewerber, die für die Stelle nicht in Frage kommen. Der folgende Ariadnefaden zeichnet für den Zahnarzt mögliche Fallstricke auf und erleichtert Auswahlverfahren und Absagen.**

Zahnarzt Z freut sich. In Susanne A. hat er die passende neue Helferin für seine Praxis gefunden. Endlich! Auf seine Anzeige: „Zahnarzthelferin gesucht, bis 30 Jahre alt“ hatte er rund hundert Bewerbungen erhalten. Auch die von Peter K., dem er jetzt eine Absage schickt.

Wenig später verklagt ihn Peter K. und verlangt Gehaltszahlung und Schmerzensgeld von 30 000 Euro. Seine Begründung: Er fühle sich diskriminiert, weil mit der Stellenanzeige explizit eine weibliche Kraft gesucht wurde. Dieser Lapsus kostet Geld: Bis zu drei Monatsgehälter können als Schmerzensgeld anfallen. Dabei wird es nicht bleiben, sofern der Zahnarzt beweist, dass er die richtige, da qualifiziertere Kraft eingestellt hat. Dafür braucht er die kompletten Bewerbungsunterlagen aller Bewerber, und er muss nachweisen, nach welchen sachlichen Kriterien er entschieden hat.

### Wer die Wahl hat

Auswahltests und -verfahren machen durchaus Sinn, vorausgesetzt, sie diskriminieren in keiner Weise. Tests sind nur mit Zustimmung des Bewerbers zulässig. Es sollten nur sachlich gerechtfertigte Fragen gestellt

werden, die niemanden benachteiligen, zum Beispiel, weil er im Ausland aufgewachsen ist.

Ein anderes Beispiel dazu: Zwei Praxisinhaber suchen neue Auszubildende. Um sich von der Allgemeinbildung der Aspiranten zu überzeugen, laden sie die Bewerber zum schriftlichen Test an



Foto: Ingram

*Ein klares „Nein“ ist erforderlich, wenn Bewerber abgelehnt werden. Der Kluge hütet sich angesichts diffiziler arbeitsrechtlicher Fallen mittlerweile vor weiteren Erklärungen.*

einem Freitag gegen 18.00 Uhr ein, in dem sie unter anderem folgende Fragen zur Allgemeinbildung stellen: „Wer war Torhüter der Fußballnationalmannschaft der Männer beim letzten Spiel?“, „Wer war der erste Bundeskanzler der Bundesrepublik

Deutschland?“ und „Wann erfolgte die Wiedervereinigung?“. So harmlos dieser Test auf den ersten Blick scheint, er benachteiligt möglicherweise einige Bewerber, weil Fußball Frauen in der Regel weniger interessiert als Männer und weil die drei deutschlandspezifischen Fragen für Ein- oder Zuwanderer schwieriger sind als für Hiesige. Zudem bereitet der Termin Juden und Moslems Probleme, da er mit dem Sabbat beziehungsweise der Freitagsruhe kollidiert. Ergo weichen die beiden Zahnärzte mit ihrem Termin besser auf einen anderen Tag aus und wählen ausschließlich Fragen, für die sie sachliche Gründe haben.

Und: Auch wenn sie gekaufte Tests verwenden, haften sie für etwaige Fehler im Prozedere. Ebenso, wenn sie das gesamte Auswahlverfahren Dritten übertragen, wie bereits in den letzten zm aufgezeigt (Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 5. Februar 2004 – 8 AZR 112/03). Zwar können die Arbeitgeber den Dritten vertraglich zur diskriminierungsfreien Auswahl verpflichten, doch tragen sie dann immer noch das Risiko. Hierzu eine – zugegeben hypothetische – Beispielrechnung: Von den 99 abgelehnten Bewerbern auf die eingangs erwähnte Ausschreibung („Zahnarzthelferin“ gesucht, bis 30 Jahre alt) klagen zehn, nach Erhalt der Absage. Sie erhalten im Durchschnitt zwei Monatsgehälter Schadensersatz, der Gesamtschaden beträgt also 20 Monatsgehälter zuzüglich Ge-



Die zm erläutern in loser Folge die Grundlagen des AGG sowie die

wichtigsten Maßnahmen, insbesondere für

- Einstellungen und Absagen,
- Durchführung des Arbeitsverhältnisses (Vertragsklauseln, Gleichbehandlungsrichtlinie),
- Beendigung des Arbeitsvertrages (Fallen bei der Kündigung).

Grundsätzliches zum Thema unter <http://www.dadv.de>

richts- und Anwaltsgebühren. So „billig“ bleibt es allerdings nur, falls Zahnarzt Z nachweislich den besten Bewerber eingestellt hat; andernfalls zahlt er Peter K. auch den entgangenen Lohn.

Die Auslagerung der Personalauswahl ist also kein Allheilmittel für die Schwierigkeiten des Diskriminierungsrechts. Im Gegenteil: Auftraggeber verlieren den direkten Zugriff auf die Ausschreibung und müssen sich – blind – auf die Fähigkeiten Dritter verlassen.

Eine Einstellungsuntersuchung vor Abschluss des Arbeitsvertrages kann man nur verlangen, wenn das gesetzlich vorgeschrieben ist. Sonst gibt's Konflikte mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Eine nachträgliche Gesundheitsuntersuchung im (zunächst befristeten) Arbeitsvertrag zu vereinbaren, wie in der letzten Folge ausführlich geschildert, kann auch ein Ausweg sein.

Hat ein Arbeitgeber bei der Ausschreibung oder dem Vorstellungsgespräch Fehler gemacht, kann er den Schaden nur noch klein halten. Weist er nach, dass der eingestellte Bewerber tatsächlich der Beste war, fallen zu dem erwähnten Schadensersatz nicht noch weitere Ansprüche auf entgangenen Lohn an. Um Diskriminierungsvorwürfe ab-

wehren zu können, muss er die Entscheidung soweit wie möglich gerichtsverwertbar objektivieren.

Dazu bietet sich für die ausgeschriebene Stelle ein Katalog mit sachgerechten Mindestkriterien an, die jegliche, auch mittelbare Diskriminierung vermeiden. Ein ganz einfaches Beispiel: „Zahnarzt (m/w) gesucht“: fehlt der fachliche Abschluss, ist der Bewerber nun einmal tatsächlich ungeeignet. Fehlen diese Kriterien, lehnen Richter die Bewerbung sofort als ungeeignet ab. Darüber hinaus objektiviert ein Punktesystem die Bewertung. Dabei sind Kriterien zusammenzustellen, die für die Position von Bedeutung sind, zum Beispiel: Abschlüsse und deren Noten, Berufserfahrung, Auslandserfahrung, Zeugnisse der früheren Arbeitgeber, gegebenenfalls Einstellungstest, Fremdsprachen, Weiterbildung. Für die Kriterien werden Punkte für die jeweilige Leistung vorgesehen und deren Vergabe geregelt.

## **Die Ziellinie vor dem Start festlegen**

Die sozialen Fähigkeiten sollten nach entsprechenden Tests oder Vorstellungsgesprächen analog eingeschätzt werden, zum Beispiel Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Redegewandtheit, Teamgeist, Auftreten, Selbstsicherheit, Lösungsfähigkeit. Werden beispielsweise 30 Prozent der Gesamtpunktzahl für diese Fähigkeiten vergeben, die letztlich sehr subjektiv beurteilt werden, ist dieses ein erheblicher persönlicher Spielraum.

Die Punktevergabe bedeutet oft erheblich mehr Arbeit, hebt aber auch ungerechtfertigte Klagen aus. Bei Aufbereitung und

Sammlung der Punkte können entsprechende Programme wie Excell nutzen. Automatisieren lässt sie sich wohl kaum, da die Anforderungen für jede Stelle anders sind, je nach Aufgaben und Zuschnitt der Praxis.

Die jeweiligen Kriterien müssen nachweislich bereits vor der Entscheidung festgelegt werden. Andernfalls vermutet ein Arbeitsrichter schnell, der beklagte Chef hätte die Anforderungen nachträglich auf den ausgewählten Bewerber zugeschnitten. Um sich im Fall einer Klage optimal entlasten zu können, heben Personalprofis die eingereichten Unterlagen auf, sei es im Original, als Kopie oder als Datei. Wenn sie die Originalunterlagen behalten wollen, gehört in die Stellenanzeige folgende Formulierung: „Die Bewerbungsunterlagen können aus rechtlichen und organisatorischen Gründen nicht zurückgesandt werden. Bitte übersenden Sie uns keine Originale.“

(Einstellungs-)Gespräche, auch fernmündliche, führt man am besten zu zweit und protokolliert sie gleich anschließend. Auskünfte über Auswahlentscheidungen sind heikel und daher zu vermeiden: Jede Auskunft kann später gegen den Arbeitgeber verwandt werden.

Auf Initiativbewerbungen müssen Chefs übrigens nicht reagieren. Sie sollten allenfalls mit der ebenso knappen wie neutralen Formulierung „vielen Dank für Ihre Bewerbung, die wir leider nicht berücksichtigen können.“ antworten. Auch diese Bewerbungsunterlagen sollten sie behalten, ablichten oder einscannen.

*Dr. Klaus Michael Alenfelder  
Wolfsgasse 8, 53225 Bonn  
kanzlei@alenfelder.de*

## Industrie und Handel

Servicekupon  
auf Seite 138

*Instrumentarium Dental*

### Noch bessere Röntgenbilder

Instrumentarium Dental hat neue Modelle des Orthopantomograph auf den Markt gebracht. Der Orthopantomograph OP200 und der Orthoceph OC200 treten damit in die Fußstapfen des OP100 und bieten dem Zahnarzt unter anderem eine zukunftsorientierte Bildqualität und Benutzerfreundlichkeit. Das Bedienpanel „SmartPad“ des OP200 D beinhaltet einen intelligenten, interaktiven Navigator, einen hochauflösenden Vollfarbentouchscreen-Monitor und eine jederzeit verfügbare kontextsensitive Hilfe. Zusätzlich stehen animierte Leitfäden für die verschiedenen Programme zur Verfü-



gung, um die korrekte Positionierung des Patienten sicherzustellen. Der Orthoceph OC200 verwendet das patentierte AFC-Verfahren für die automatische Weichteilanpassung und verbesserte Darstellung der Weichteile bei Lateraltaufnahmen.

*Instrumentarium Dental GmbH  
Siemensstraße 12  
77694 Kehl am Rhein  
Tel.: 0 78 51 / 93 29 - 0  
Fax: 0 78 51 / 93 29 - 30  
<http://www.instrumentarium.de>  
E-Mail:  
[kontakt@instrumentarium.de](mailto:kontakt@instrumentarium.de)*

*Dürr Dental*

### Sehtest für Intraoralkameras



Ein ästhetisches Design sieht der Messebesucher einer Intraoralkamera auf den ersten Blick an, doch wie lässt sich die Qualität der Optik erkennen? Antwort auf diese Frage gibt jetzt ein einfach durchführbarer Sehtest. Dafür bedarf es lediglich einer der intelligenten Streichholzschachteln, die am Messestand von Dürr Dental erhältlich sind. Anhand eines Millimeterrasters auf der Rückseite ist beispiels-

weise die Verzeichnung messbar. Im Inneren der Schachtel ist die Tiefenschärfe der Intraoralkamera sofort auf der Millimeterskala ablesbar. Dank der roten Streichholzköpfe lässt sich auch rasch ermitteln, wie farbgetreu ein Bild wiedergegeben wird. Feine Poren simulieren die Größenverhältnisse bei Schmelzrisen erstaunlich gut, und auch die einheitlich helle Ausleuchtung ist bei dem Sehtest einzuschätzen.

*Dürr Dental GmbH & Co. KG  
Höpfigheimer Straße 17  
74321 Bietigheim-Bissingen  
Tel.: 0 71 42 / 705 - 440  
Fax: 0 71 42 / 705 - 441  
<http://www.duerr.de>  
E-Mail: [kaiserauer.d@duerr.de](mailto:kaiserauer.d@duerr.de)*

VOCO

## Überzeugende Nachwuchsforscher

Es war keine leichte Aufgabe für die Juroren des Voco Dental Challenge 2006, aus 13 Beiträgen die drei besten zu nominieren. Denn alle Ausarbeitungen überzeugten durch ein hohes wissenschaftliches Niveau und wurden vorbildlich präsentiert. Dr. Jan Müller vom Charité Campus Benjamin Franklin Berlin erhielt den mit 3 000 Euro dotierten ersten Preis. Die Arbeit hieß: „Untersuchung zum Einfluss von Penetrationsvermögen, Schichtdicke und Applikationsart verschiedener Adhäsive auf die Zugfestigkeit und den Bruchmodus des Dentin-Komposit-Verbundes“. Dr. Anne-Katrin Lührs, Medizinische Hochschule Hannover, erhielt für ihre Präsentation zum „Einfluss einer zusätzlichen



Phosphorsäurekonditionierung auf die Schwerkraft selbstkonditionierender Adhäsivsysteme an humanem Schmelz“ den zweiten Preis mit 2 000 Euro. Für die Ausarbeitung zur „Erfolgsrate farbiger Milchzahnfüllungen hinsichtlich Retention und Mundhygieneverhalten“ bekam Dr. Azu Tuna-Meyer, Universität Köln, den dritten Preis mit 1 000 Euro.

VOCO GmbH  
Anton-Flettner-Straße 1 - 3  
27472 Cuxhaven  
Tel.: 0 47 21 / 719 - 109  
Fax: 0 47 21 / 719 - 140  
<http://www.voco.de>  
E-Mail: [info@voco.de](mailto:info@voco.de)

Dotzauer Dental

## Weiterbildung einmal anders

Am 11. und 12. Juli nahm eine kleine Gruppe Chemnitzer Zahnärzte die Einladung der Dotzauer Dental GmbH an und startete zu den High-Tech-Tagen in Stuttgart. Dort wurden zunächst bei einer Werksführung die Porschehallen inspiziert. Der schwierige Weg aus der Krise, die Porsche in den Jahren 1988 bis 1993 durchlief, war ebenfalls ein Thema und wurde eindrucksvoll beschrieben. Dabei konnten die Teilnehmer wertvolle Tipps sammeln, erleben doch auch Zahnärzte und Zahntechniker momentan schwere Zeiten. „Mit Spitzenqualität zu Spitzenleistung“ hieß es am zweiten Tag der Weiterbildung. Eine Besichtigung des



Camlog-Werks in Wimsheim und ein Fachseminar standen auf dem Programm, bei denen die Gruppe über das Camlog-System und den Wachstumsmarkt Implantologie informiert wurde.

Dotzauer Dental GmbH  
F.-O.-Schimmel-Straße 7  
09120 Chemnitz  
Tel.: 03 71 / 52 86 - 12  
Fax: 03 71 / 52 86 - 20  
<http://www.dotzauer-dental.de>  
E-Mail: [info@dotzauer-dental.de](mailto:info@dotzauer-dental.de)

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

DCI Dental

## Federleichtes Sehen



Die federleichte Lupenbrille Merident-Ultralight von DCI wiegt nur elf Gramm und bringt dem Behandler eine sichtbare Erhöhung der Produktivität, eine bessere Arbeitsqualität und ergonomischen Nutzen. Die einfache Montage ist mithilfe eines Mini-Adapters an nahezu jedes Brillengestell möglich. Die Brille ist in allen Achsen auf die optischen Eigenschaften des Benutzers justierbar. Der Arbeitsabstand ist von 25 bis 60 Zentimeter frei einstellbar. Ergänzt wird das federleichte Sehen durch das innovative LED DeLight zur schattenfreien Ausleuchtung der Mundhöhle. Das Mini-OP-Licht wiegt nur sechs Gramm und

bietet Power-Licht mit etwa 15 000 Lux, 5500° Kelvin koaxialem Weißlicht, 50000 Betriebsstunden und einer Aufladezeit von 30 Minuten. Für viele Lupenbrillen bekannter Anbieter wie Zeiss, Orasoptic, Heine, Surgitel und mehr bietet DCI verschiedene LED Power-Spotlights mit nur 15 Gramm als Clip oder Adapter. Das bruch- und stoßresistente eloxierte Alugehäuse ist desinfizierbar und somit OP-tauglich.

DCI Dental Consulting GmbH  
Kämpenstraße 6 B  
24106 Kiel  
Tel.: 04 31 / 350 38  
Fax: 04 31 / 352 80  
<http://www.dci-dental.com>  
E-Mail: [info@dci-dental.com](mailto:info@dci-dental.com)

DENTSPLY deTrey

## Hochleistungsbonding leicht gemacht

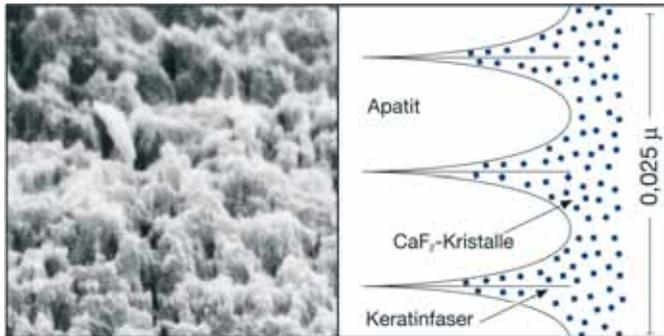
Das selbstätzende Adhäsiv Xeno III hat sich seit Jahren in der zahnärztlichen Praxis bewährt; dies bestätigen über 20 wissenschaftliche Studien und mehr als 41 Millionen klinische Anwendungen weltweit. Um den Verarbeitungskomfort und die Anwendungssicherheit zu steigern, ist das Adhäsiv jetzt in der praktischen Einmal-Applikation Xeno III Unit Dose erhältlich. Es bietet ein Höchstmaß an Sicherheit, Schnelligkeit und Hygiene. Die anwenderfreundliche Handhabung geschieht dabei in drei einfachen Schritten: pressen, eröffnen und kontrolliert mischen,



dann applizieren. Für die beiden letzten Schritte wird ein spezieller Applikator eingesetzt. Besonders vorteilhaft ist Xeno III Unit Dose wegen der visuellen Kontrollmöglichkeit des Mischvorgangs sowie der hygienischen Applikation.

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](mailto:info@dentsply.de)

Humanchemie

**Remineralisation durch Tiefenfluoridierung**

Submikroskopisches Calciumfluorid von 5 nm Größe hat die Trichterporen der Auflockerungszone homogen aufgefüllt.

Mit der Tiefenfluoridierung bietet Humanchemie ein Verfahren an, das eine intensive, lang anhaltende Remineralisation ermöglicht. Die im Vergleich zu üblichen Fluoriden etwa 100-fach stärkere Remineralisation wird durch eine Fällungsreaktion in der Tiefe der Zahnporen des oberflächlich aufgelockerten Zahnminerals erreicht. Der relativ trockengelegte Zahn wird mit Hilfe eines Wattlepells mit der Touchierlösung behandelt. Ohne Zwischenspülung erfolgt die Weiterbehandlung mit der Nachtouchierlösung, anschließend wird mit Wasser ausgespült. Es kann sofort gegessen werden. Die Vorteile der Tiefenfluoridierung basieren auf der geringen Größe der entstehen-

den Kristalle sowie auf der Kupfer-Dotierung. Die extrem kleinen Kristalle liegen in der Tiefe des Schmelzes, bleiben dort gut ein Jahr und verbreiten ein zur Remineralisation optimales Fluoridenmilieu. Die zusätzlich enthaltene Kupfer-Dotierung hemmt die Besiedelung unter anderem der Fissuren mit Keimen. Das Verfahren hat sich sowohl in der Zahnhalsdesensibilisierung, als auch in der Kariesprophylaxe – auch bei Brackets – bewährt.

Humanchemie GmbH  
Hinter dem Krüge 5  
31061 Alfeld/Leine  
Tel.: 0 51 81 / 246 33  
Fax: 0 51 81 / 812 26  
<http://www.humanchemie.de>  
E-Mail: [info@humanchemie.de](mailto:info@humanchemie.de)

DeguDent

## Fortbildung mit Hightech und Handwerk



Die beliebten Live-Vorfürungen von DeguDent bieten regelmäßig Gelegenheit, sich an einem Abend oder Wochenende mit den neuesten Entwicklungen der Prothetik vertraut zu machen. So nahmen dieses Jahr bereits über 1 200 Zahntechniker und Zahnärzte an ProthetikLive teil. Am 12. Juli 2006 fand die Veranstaltung im Sulzbacher Filmpalast „Kinopolis“ statt: Carsten Fischer (Foto), Jochen Peters und Jürgen

Braunwarth, drei Meister ihres Faches, frästen und schichteten live und gaben dem Publikum wertvolle Anregungen und Tipps für den zahntechnischen Alltag. Ferner schärfte die Veranstaltung den Blick für wichtige technische Entwicklungen mit ökonomischem Potenzial: die Überprestechnik „Cercon press & smile“, die exakte digitale Bestimmung der Zahnfarbe und die Konstruktion weitspanniger Zirkonoxid-Arbeiten am Bildschirm.

*DeguDent GmbH  
Postfach 1364  
63403 Hanau  
Tel.: 0 61 81 / 59 - 57 03  
Fax: 0 61 81 / 59 - 57 50  
<http://www.degudent.de>  
E-Mail:  
[andreas.maier@degudent.de](mailto:andreas.maier@degudent.de)*

KaVo

## Starkes Team im Produktmanagement

Mit dem neuen Mitarbeiter Stephan Domschke (Foto) konnte KaVo die Position des Internationalen Senior Produktmanagers CAD/CAM kompetent besetzen und damit das Everest CAD/CAM Team weiter verstärken. Der gelernte Zahntechniker greift auf langjährige Erfahrung in Vertrieb, Anwendungstechnik und Produktmanagement von CAD/CAM Systemen zurück und will vor allem die Weiterentwicklung des Everest CAD/CAM Systems vorantreiben sowie den Ausbau der Marktposition verfolgen. Gemeinsam mit der Junior Pro-



duktmanagerin und Diplombetriebswirtin (BA) Hana Rambosek ist er das Bindeglied zwischen Marketing, Entwicklung, Vertrieb und internationalen Märkten. Erste Kenntnisse des Dentalmarktes erwarb Rambosek während ihres Werksstudiums bei KaVo, in dessen Rahmen sie bereits Aufgaben im CAD/CAM Bereich übernehmen konnte.

*KaVo Dental GmbH  
Bismarckring 39  
88400 Biberach / Riss  
Tel.: 0 73 51 / 56 - 0  
Fax: 0 73 51 / 56 - 14 88  
<http://www.kavo.com/de>  
E-Mail: [info@kavo.de](mailto:info@kavo.de)*

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

DMG

## Academy of Esthetics vermittelt Wissen

Was kann moderne Zahnmedizin heute? Wie lassen sich innovative, ästhetische Techniken und Therapien in die Praxis integrieren? Die von DMG ins Leben gerufene „Academy of Esthetics“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, in Seminaren und Workshops Antworten auf diese Fragen zu geben. Ein wichtiger Aspekt der Schulungs-Veranstaltungen ist der direkte Praxisbezug. Sämtliche vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen direkt umsetzbar sein und dem Zahnarzt konkrete Vorteile eröffnen. Die Referenten sind deshalb durchweg praktizierende Zahnärzte, Experten auf dem Gebiet hochwertiger

Restaurationen, die wissen, welche Anforderungen der reale Arbeitsalltag stellt. Näheres zur Academy of Esthetics und der aktuellen Veranstaltungsreihe „State-of-the-Art ästhetischer Füllungsrestaurationen“ sind unter dem kostenfreie DMG Service-Telefon 0800 / 364 42 62 oder unter [www.academy-of-esthetics.com](http://www.academy-of-esthetics.com) erhältlich.

*DMG  
Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH  
Elbgaustraße 248  
22547 Hamburg  
Tel.: 0 40 / 8 40 06 - 0  
Fax: 0 40 / 8 40 06 - 222  
<http://www.academy-of-esthetics.com>  
E-Mail: [info@dmg-dental.com](mailto:info@dmg-dental.com)*

BEGO

## Bremer Zukunftstechnologien in München

Das Münchner Dentallabor für Angewandte Dental Technik von Karl Adt und Bego luden Mitte September in das Münchener Traditionslokal Pschorr ein. Thomas Riehl, Zahntechnikermeister und Leiter der Bego-Anwendungstechnik, stellte den neuen zahnfarbenen Bego-CAD/CAM-Gerüstwerkstoff BeCe CAD Zirkon für ästhetische Restaurationen vor. Karl Adt (Foto) zeigte bewährte und neue Beispiele Implantatgetragener Suprakonstruktionen aus Zirkoniumdioxid und Volker Scharl aus Amberg demonstrierte deren Weg von der digitalen Konstruktion bis zur präzise passenden Hardware. Nachdem Kirsten Penning und Kerstin Mayer einen Eindruck von der Sicherheit und Wirtschaftlichkeit des Bego Implantat Systems vermittelten, das ohne komplizierte

Zwischenaufbauten und unnötige Komponentenvielfalt auskommt, komplettierte Dr.-Ing. Klaus Metzclaff die Vortragsreihe mit werkstoffkundlichen Informationen über die Vorzüge von Zirkoniumdioxid. Informationen zum nächsten Seminar „Zukunftsorientierte Systemlösungen für Zahnarzt und Patient“ sind bei Bego erhältlich.



*BEGO Bremer Goldschlägerei  
Wilhelm Herbst GmbH & Co. KG  
Wilhelm-Herbst-Straße 1  
28359 Bremen  
Tel.: 04 21 / 20 28 - 261  
Fax: 04 21 / 20 28 44 - 261  
<http://www.bego.com>  
E-Mail: [koenecke@bego.com](mailto:koenecke@bego.com)*

Kettenbach

## **Futar feiert Jubiläum**

Futar, Futar D und Futar D Fast von Kettenbach haben sich als Spitzenprodukte im Dentalbereich weltweit einen Namen gemacht. In diesem Jahr begeht Futar sein zehnjähriges Marktführer-Jubiläum im Segment der Bissregistriermaterialien, das mit entsprechenden Angeboten gefeiert wird: Zehn Kartuschen Futar, Futar D oder Futar D Fast und je 50 Mischkanülen gibt es im Jubiläumsjahr zum Paketpreis von 120 Euro. 1994 wurde Futar, damals noch mit dem Zusatz Occlusion, eingeführt. Auf ein A-Silikon mit dieser Härte hatte der Markt ge-

wartet: Shore-A-Härte 90 für präzise Ergebnisse bei einem Höchstmaß an Komfort; bequem fräsbar, gut mit dem Skalpell zu beschneiden. Bereits 1996 war Futar Marktführer bei den Bissregistriermaterialien in Deutschland mit über 30 Prozent Marktanteil – eine Position, die es nicht mehr abgegeben hat.

*Kettenbach GmbH & Co. KG  
Postfach 11 61  
35709 Eschenburg  
Tel.: 0 27 74 / 7 05 - 99  
Fax: 0 27 74 / 7 05 - 33  
<http://www.kettenbach.de>  
E-Mail:  
[kettenbach.info@kettenbach.de](mailto:kettenbach.info@kettenbach.de)*

GlaxoSmithKline

## **Zahnfreundliche Schultüten für I-Dötzchen**



Dass Schultüten und der Schulbeginn auch zahnfreundlich gestaltet werden können, zeigten Bühler Zahnärzte der Initiative der Zahnärzte aus Bühl und Umgebung (IZB) mit Unterstützung des Gesundheitsunternehmens GlaxoSmithKline Consumer Healthcare. Am 16. September gratulierte die IZB gemeinsam mit

den Mundgesundheitsmarken Odol-med3 und Dr. Best den neuen ABC-Schützen aus dem Landkreis Rastatt zum Schulbeginn. Es gab bunte Schultüten, die neben Spielzeug und Stundenplänen auch Dr. Best Zahnbürsten, Odol-med3 Milchzahn Zahncremes und Odol-med3 Mundspül-Lösungen enthielten, um Karies und Bakterien mit viel Spaß den Garaus machen zu können. Mehrere Hundert „I-Dötzchen“ kamen gemeinsam mit ihren Eltern und Großeltern.

*GlaxoSmithKline  
Consumer Healthcare  
GmbH & Co. KG  
Bußmatten 1  
77815 Bühl  
Tel.: 0 72 23 / 76 25 16  
Fax: 0 72 23 / 76 35 16  
<http://www.gsk-consumer.de>  
E-Mail: [juergen.berger@gsk.com](mailto:juergen.berger@gsk.com)*

*Heraeus Kulzer*

## Beste Ergebnisse für iBond

Die Luther-Universität Halle hat die auf dem Markt gängigsten selbstkonditionierenden Adhäsive in vitro auf den Prüfstand gestellt und auf ihre Dentinhaftvermittlung getestet. Das selbstätzende All-in-One Adhäsivsystem iBond von Heraeus Kulzer schnitt dabei mit höchsten Mikrozughaftwerten am besten ab. Mit einem Mittelwert von 46,34 MPa zeigte das selbstätzende All-in-One Adhäsivsystem in dem Perfusionsmedium Humanplasma die höchsten Haftkräfte. Das innovative Produkt

im Bereich der Adhäsivsysteme ergänzt eine Reihe von Heraeus Kulzer Bonding-Generationen wie Gluma Solid Bond und Gluma Comfort Bond + Desensitizer. Es ermöglicht Ätzen, Primern, Bonden und Desensibilisieren in einem einzigen Schritt ohne Anmischen.

*Heraeus Kulzer GmbH  
Grüner Weg 11  
63450 Hanau  
Tel.: 0 61 81 / 35 31 82  
Fax: 0 61 81 / 35 41 80  
<http://www.heraeus-kulzer.de>  
E-Mail:  
[susanne.muecke@heraeus.com](mailto:susanne.muecke@heraeus.com)*

*Sirona*

## Neue Version der inLab-Software

Mit der neuen inLab 3D-Version 2.90 lassen sich Brückenkonstruktionen mit vollanatomischer Kaufläche bis zu einer Größe von zehn Gliedern herstellen. Außerdem kann der Zahntechniker damit reduzierte oder teilreduzierte Kronen und Brückengerüste anfertigen. Dadurch ist das inLab-System für noch mehr Indikationen einsetzbar. Die Geräte sind besser ausgelastet und arbeiten somit wirtschaftlicher. Zahntechniker profitieren zudem von einem erweiterten Scan-Modus für noch größere

Detailgenauigkeit im Präparationsbereich, von einer besseren Berechnung der Innenpassung und einem anwenderfreundlicheren Schleifdialog. Die von dem jüngsten Update der Cerec-Software bekannten Features sind ebenfalls in die Version 2.90 übernommen worden.

*Sirona Dental Systems GmbH  
Fabrikstraße 31  
64625 Bensheim  
Tel.: 0 62 51 / 16 - 25 54  
Fax: 0 62 51 / 16 - 28 83  
<http://www.sirona.de>  
E-Mail: [iris.hauer@sirona.de](mailto:iris.hauer@sirona.de)*



**Nr. 22/2006**

**Absender (in Druckbuchstaben):**

---



---



---

**Kupon bis zum 18. 12. 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** – Bremer Zukunftstechnologien in München (S. 136)
- DCI Dental** – Federleichtes Sehen (S. 134)
- DeguDent** – Fortbildung mit High-tech und Handwerk (S. 136)
- Dentsply deTrey** – Hochleistungsbonding leicht gemacht (S. 134)
- DMG** – Academy of Esthetics vermittelt Wissen (S. 136)
- Dotzauer Dental** – Weiterbildung einmal anders (S. 134)
- Dürr Dental** – Sehtest für Intraoralkameras (S. 133)
- GABA** – Medienpreis für Gesundheitsjournalisten (S. 139)
- GlaxoSmithKline** – Zahnfreundliche Schultüten für I-Dötzchen (S. 137)
- Heraeus Kulzer** – Beste Ergebnisse für iBond (S. 138)
- Humanchemie** – Remineralisation durch Tiefenfluoridierung (S. 135)
- Instrumentarium Dental** – Noch bessere Röntgenbilder (S. 133)
- Ivoclar Vivadent** – Marktwachstum mit Kundenfokus (S. 139)
- KaVo** – Starkes Team im Produktmanagement (S. 136)
- Kettenbach** – Futar feiert Jubiläum (S. 137)
- Sirona** – Neue Version der inLab-Software (S. 138)
- VOCO** – Überzeugende Nachwuchsforscher (S. 134)

*Ivoclar Vivadent*

## Marktwachstum mit Kundenfokus

„Exploring the limits...“ hieß es Ende September 2006 für knapp 80 Vollkeramikspezialisten aus der ganzen Welt. Sie waren zum Scientific Kongress von Ivoclar Vivadent nach Schaan gereist, um sich über Vollkeramik und CAD/CAM auszutauschen. Ivoclar Vivadent informierte die Anwesenden über Produktneuheiten, firmenstrategische Entwicklungen und Trends in der Dentalbranche. Neben den Implantaten ist die Vollkeramik der am schnellsten wachsende Bereich in der Zahnheilkunde. Mit dem Vollkeramikblock IPS Empress CAD können Zahnarzt und Zahntechniker auf moderne Weise die ästhetischen Empress-Restaurationen mit dem Cerec-Gerät oder inLab selbst fertigen. Die Blocks sind in sechs Größen erhältlich, die auf die jeweiligen Indikationen abgestimmt sind.

Mit IPS Empress CAD können Inlays, Onlays, Voll- und Teilkronen sowie Veneers hergestellt werden. Als besonderes High-



light ist ein mehrfarbiger Block im Programm. Durch seinen natürlichen Farbverlauf von Dentin zu Schneide kann er ohne individuelle Charakterisierung für Voll- und Teilkronen sowie Veneers eingesetzt werden.

*Ivoclar Vivadent AG  
Bendererstraße 2  
FL-9494 Schaan  
Tel.: +423 235 35 35  
Fax: +423 235 33 60  
<http://www.ivoclarvivadent.com>  
E-Mail: [info@ivoclarvivadent.com](mailto:info@ivoclarvivadent.com)*

*GABA*

## Medienpreis für Gesundheitsjournalisten

Mit der Verleihung des „Medienpreises Zahnprophylaxe“ von Gaba beginnt die Bewerbungsfrist für die nächste Preisvergabe 2007. Der Hersteller von aronal, elmex und meridol will damit „Wissen und Akzeptanz der Zahnprophylaxe in Deutschland fördern“, erklärt Pressesprecher Dr. Stefan Hartwig. Bis 31. März 2007 können sich Journalisten mit Beiträgen zum Thema Zahnprophylaxe aus Fach- beziehungsweise Publikumspresse, Hörfunk, Fernsehen oder Internet bewerben. Die Beiträge müssen 2006 veröffentlicht worden sein. Der zu prämierende Beitrag soll sich durch sorgfältige Recherche, professionelle Aufarbei-

tung des Themas sowie eine allgemeinverständliche Vermittlung auch komplexer Zusammenhänge auszeichnen. Bewerben kann sich jeder Journalist mit einem oder mehreren deutschsprachigen Beiträgen, für die er namentlich verantwortlich zeichnet. Auch Dritte können Vorschläge machen. Der Text kann in jeder journalistischen Stilform eingereicht werden; nur Interviews und Buchbeiträge sind ausgeschlossen.

*GABA GmbH  
Berner Weg 7  
79539 Lörrach  
Tel.: 0 76 21 / 907 120  
Fax: 0 76 21 / 907 124  
<http://www.gaba-dent.de>  
E-Mail: [presse@gaba.com](mailto:presse@gaba.com)*

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

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



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

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

**Lt. IVW 3. Quartal 2006:**  
**Druckauflage: 80 983 Ex.**  
**Verbreitete Auflage: 79 809 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 77
- Aera EDV-Programm GmbH**  
Seite 111
- Amann Gierbach GmbH**  
Seite 103
- APW Akademie Praxis  
und Wissenschaft**  
Seite 17
- Arsline SA Implantology  
Instruments**  
Seite 107
- BAI-Edelmetall AG**  
Seite 137
- Bego Bremer Goldschlägerei –  
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG**  
Seite 125
- Bego Implant Systems  
GmbH & Co. KG**  
Seite 123
- Beycodent-Verlag**  
Seite 113
- Busch & Co. KG**  
Seite 95
- Chemische Fabrik Kreussler &  
Co. GmbH**  
Seite 75
- Coltène/Whaledent  
GmbH & Co. KG**  
Seite 9, 71 und 106
- CompuDENT Praxiscomputer  
GmbH & Co. KG**  
Seite 119
- computer konkret AG**  
Seite 109
- Cumdente GmbH**  
Seite 7
- DampSoft Software-Vertriebs  
GmbH**  
Seite 23
- Datext-IT-Beratung**  
Seite 135
- DeguDent GmbH**  
Seite 45
- Dental Magazin**  
Seite 132 und 164
- Dentsply DeTrey GmbH**  
4. Umschlagseite
- Deutscher Ärzte-Verlag  
GmbH/Formularverlag u.  
Praxis-Organisationsdienst**  
Seite 139
- Deutscher Ärzte-Verlag  
GmbH/Versandbuchhandlung**  
Seite 26 und 141
- Deutsches Institut für Psycho-  
somatische Zahnmedizin**  
Seite 109
- DGI e.V.**  
Seite 11
- Discus Dental Europe B.V.**  
Seite 87
- DMG Chem.-Pharm. Fabrik  
GmbH**  
Seite 21
- doctoreyes GmbH**  
Seite 110
- Dr. Rudolf Liebe Nachf.  
GmbH & Co. KG**  
Seite 127
- Dürr Dental GmbH & Co. KG**  
2. Umschlagseite
- Euronda Deutschland GmbH**  
Seite 117
- Evident GmbH**  
Seite 105
- F1-Dentalsysteme Deutschland  
GmbH**  
Seite 133
- Gaba GmbH**  
Seite 13 und 69
- GC Germany GmbH**  
Seite 121
- Gendex Dental Systems GmbH**  
Seite 25
- GlaxoSmithKline Consumer  
Healthcare GmbH & Co. KG**  
Seite 57
- Heraeus Kulzer GmbH**  
Seite 81
- InteraDent Zahntechnik AG**  
Seite 59
- Ivoclar Vivadent GmbH**  
Seite 33
- KaVo Dental GmbH**  
Seite 31
- Lindopharm GmbH**  
Seite 65
- Nobel Biocare Deutschland  
GmbH**  
3. Umschlagseite
- NSK Europe GmbH**  
Seite 43
- Pharmatechnik  
GmbH & Co. KG**  
Seite 99
- Philips Oral Healthcare  
Deutschland GmbH**  
Seite 37
- Planmecca GmbH**  
Seite 4 und 5
- proDentum Dentaltechnik**  
Seite 110
- Rabidentall GmbH**  
Seite 108
- Sanofi-Aventis Deutschland  
GmbH**  
Seite 55
- Semperdent GmbH**  
Seite 51
- Sirona Dental Systems GmbH**  
Seite 19
- Southern Dental Industr. GmbH**  
Seite 39
- Spectator Dentistry**  
Seite 84 und 85
- SS White Burs, Inc.**  
Seite 131
- TePe Mundhygieneprodukte  
Vertriebs-GmbH**  
Seite 101
- Trinon Titanium GmbH**  
Seite 53
- Ultradent Products USA**  
Seite 93
- Universität Witten/Herdecke,  
Abt. für Konservierende Zahn-  
heilkunde**  
Seite 115
- Voco GmbH**  
Seite 89
- W&H Deutschland  
GmbH & Co. KG**  
Seite 91 und 109
- Wieland Dental + Technik  
GmbH & Co. KG**  
Seite 15
- Zahnersatz-Müller**  
Seite 129
- Einhefter, 2seitig**  
J. Morita Europe GmbH  
zwischen Seite 96 und 97  
Kettenbach GmbH & Co. KG  
zwischen Seite 48 und 49
- Vollbellage**  
Henry Schein Dental Depot  
GmbH  
Implantis GmbH & Co. KG  
Rothacker Verlagsbuchhand-  
lung GmbH & Co.  
Wrigley GmbH
- Teilbellagen**  
Advato Hüls Hildebrandt Finanz-  
gesellschaft mbH in PLZ 4  
Curadent Praxisbedarfs GmbH  
in PLZ 5 bis 8  
Mediserv GmbH in PLZ 1 bis 9

Zahntechniker

**Radio-Spots gegen Billigprodukte**

Mit einem Radio-Spot für Qualitätszahnersatz aus Deutschland gehen die Zahntechniker-Innungen aus Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen gegen Billigprodukte aus dem Ausland vor.

„Die irreführenden Darstellungen von McZahn über angeblich kostenlosen Zahnersatz aus dem Ausland in den Medien machen die Information wichtiger denn je“, sagt Zahntechnikermeister Sven Davidsmeyer. „Trittbrettfahrer wie Dentaltrade und andere Prothesenhändler versuchen den Patienten zweifelhaften asiatischen Zahnersatz als gleichwertig zu verkaufen. Solcher Zahnersatz ist immer das Ergebnis niedrigster Lohnkosten und in der Regel ungerechter, ausbeuterischer Strukturen in ausländischen Dentallaboren.“

Mittlerweile warne auch die größte deutsche Dentallabor-Gruppe vor McZahn und Auslandszahnersatz, da die versprochenen Qualitätsprüfungen durch den TÜV, die Hygiene-richtlinien des Robert Koch-Institutes und eine ISO-Norm nicht belegt seien. Eine Studie der Universität Mainz hat nach An-



Foto: stockdisc

gaben der Zahntechniker rund die Hälfte des Zahnersatzes aus dem Ausland als mangelhaft eingestuft. sth/pm

Schätzerkreis der Krankenkassen

**Rekordbeiträge für 2007 erwartet**

GKV-Versicherte und Arbeitgeber müssen sich nach Einschätzung der Krankenkassen 2007 auf einen Rekordbeitrag von fast 15,1 Prozent einstellen. Mit einer Anhebung um 0,8 Prozentpunkte erwarteten die Kassen einen um mindestens 0,3 Punkte höheren Anstieg als die Bundesregierung, berichtete das „Handelsblatt“. Der GKV-Schätzerkreis habe sich deshalb nicht auf eine Prognose für die Finanzentwicklung verständigen können. Im September lag der durchschnittliche Beitragssatz bei 14,25 Prozent. Darin enthalten ist ein Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten. Die Bundesregierung rechnet mit 1,8 Milliarden Euro jährlichen Einsparungen durch die Gesundheitsreform. Die Kassen sahen dies in einem der dpa vorliegenden Brief als „nicht zutreffend“ an.

sth/dpa

Anhörungen zur Reform

**Beratungen im Bundestag**

Im Bundestag starteten am 6. November umfassende Anhörungen zur umstrittenen Gesundheitsreform. Rund hundert Verbände konnten in mehreren öffentlichen Sitzungen zu Wort kommen. Zur ersten Veranstaltung im Gesundheitsausschuss waren 54 Verbände gela-



Foto: MEV

den. Dabei ging es zunächst um die Krankenkassen und Versicherten und die rechtliche Umgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung sowie um die Organisationsreform. Der Streitpunkt private Krankenversicherung wurde am 8. November beraten. Weitere Anhörungen waren für den 13. und 14. November geplant. Ergebnisse lagen zum zm-Redaktionsschluss noch nicht vor. pr/dpa

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 Leserservice**

**Nr. 22  
2006**

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- Deutscher Zahnärztetag Erfurt (S. 27/104) Programm
- Sehenswertes in Erfurt (S. 32) Tipps und Infos
- C. Walter: Gemischtes Angiom (S. 54) Literaturliste

**Fortbildungsteil 2/2006: Psychosomatik:**

- R. Nickel: Gesprächsführung (S. 66) Literaturliste
- Evers: Gesichtsschmerz (S. 72) Literaturliste
- R. Brehler: Materialunverträglichkeit (S. 78) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Resolution der Spitzenorganisationen

## Gegen Verstaatlichung

Vor Verstaatlichung und Vereinheitlichung der Gesundheitsversorgung als Folge der geplanten Reform warnen Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker sowie gesetzliche und private



Foto: imageshop

Krankenkassen in einer gemeinsamen Resolution. „Diese Reform würde das Gesundheitswesen in die Sackgasse einer Zentralverwaltungswirtschaft führen“, heißt es in dem Papier. Die Versorgung der Menschen im Land würde schlechter und wegen des höheren Bürokratieaufwandes teurer. Die Unterzeichner, zu denen auch KZBV und

BZÄK gehören, fordern von der Bundesregierung einen „wirklichen Neuanfang“ bei der Gesundheitsreform. Das deutsche Gesundheitswesen zeichne sich bislang durch Vielfalt und einen sich entwickelnden Wettbewerb aus. Die Spitzenorganisationen sind deshalb der Auffassung, dass die Pluralität der Krankenversicherungssysteme erhalten bleiben soll. Sie fordern, „an der Selbstverwaltung als drittem Weg zwischen Markt und Staat“ festzuhalten.

Gefahren sehen die Unterzeichner auch für die Finanzierung des Gesundheitswesens. Sie kritisieren, dass die Beziehungen zwischen Patienten, Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und Krankenkassen durch die Reform staatsdirigistisch vorgeschrieben würden. sth/pm

■ **Die Resolution im Wortlaut findet sich unter**  
<http://www.bzaek.de> und  
<http://www.kzbv.de>

Steuermehreinnahmen

## Zuschüsse für GKV angestrebt

Die erwarteten Milliarden-Mehreinnahmen in den Steuer- und Sozialkassen wollen Union und SPD verwenden, um die Neuverschuldung sowie die Lohnzusatzkosten stärker zu reduzieren. Die Nettokreditaufnahme des Bundes soll im nächsten Jahr auf 19,6 Milliarden Euro und damit den niedrigsten Stand seit der Wiedervereinigung gedrückt werden.

Der Arbeitslosenbeitrag soll 2007 von 6,5 auf 4,2 Prozent gesenkt werden. Angestrebt wird

auch, den Beitragsanstieg zur gesetzlichen Krankenversicherung zu dämpfen. Bundesbank-Präsident Axel Weber forderte, die Staatsfinanzen noch stärker zu sanieren. „Die günstige Entwicklung muss genutzt werden, um die dringende Sanierung der Staatsfinanzen noch stärker voranzutreiben“, sagte er der „Westdeutschen Allgemeinen Zeitung“. Anderenfalls drohten beim nächsten Abschwung sofort wieder übermäßige Defizite. sth/dpa

Vertragsarztrecht

## Reform beschlossen

Der Bundestag hat die Reform des Vertragsarztrechts beschlossen. Mit den Stimmen von CDU und SPD verabschiedete das Parlament am 27. Oktober einen Regierungsentwurf, der dem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenwirken soll. Nach dem Entwurf darf ein niedergelassener Arzt künftig Praxen in mehreren Zulassungsbezirken führen.

Krankenhausärzte können ab dem kommenden Jahr zusätzlich in Praxen tätig sein. In Regionen mit zu wenigen Ärzten werden

geltende Altersgrenzen aufgehoben. Außerdem dürfen niedergelassene Ärzte künftig beliebig viele weitere Ärzte auch anderer Fachrichtungen mit flexibler Arbeitszeit beschäftigen. Bisher war nur die Anstellung eines in Vollzeit arbeitenden Arztes erlaubt.

Das Gesetz soll Anfang 2007 in Kraft treten. Der Bundesrat wird sich voraussichtlich Ende November mit der Vorlage befassen. Das Gesetz bedarf allerdings nicht der Zustimmung der Länderkammer. pr/DÄB

Ärzte-Tarifkonflikt

## Ausgestanden

Nach mehr als einem Jahr ist der Tarifstreit um die Bezahlung der rund 22 000 Uniklinik-Ärzte endgültig beendet. Nach dem Ausräumen letzter Streitpunkte schlossen die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) die Redaktionsverhandlungen zu dem neuen Tarifvertrag ab. Der MB-Vorsitzende Frank Ulrich Montgomery zeigte sich „erleichtert“. Der Tarifvertrag für die Ärzte könne zum 1. November 2006 in Kraft treten. Nach dem neuen Tarifvertrag sollen Klinikärzte besser bezahlt werden, im Osten sind die Gehälter geringer. Die Ärzte sollen nach MB-Angaben fortan wöchentlich 42 Stunden statt 38,5 Stunden arbeiten. Die Gewerkschaft hatte der

TdL bis zuletzt vorgeworfen, diese Arbeitszeiterhöhung nicht zusätzlich vergüten zu wollen. Der Erfolg dürfe nicht darüber hinwegtäuschen, dass nicht alle Ziele erreicht wurden, sagte Montgomery.

Der erste eigene Tarifvertrag der Länder mit den Ärzten sieht im Westen ein Gehalt von 3 600 Euro im ersten und 3 800 im zweiten Jahr vor, im Osten 3 200 und 3 400 Euro. pr/dpa



Foto: CC

EU-Kommissar Spidla

## Vorwürfe an Deutschland

EU-Sozialkommissar Vladimir Spidla hat sich in die Debatte um Armut in Deutschland eingeschaltet und die Sozialpolitik der Bundesregierung kritisiert. „Wenn man die sehr hohen Sozialleistungen in Deutschland sieht, muss man sich tatsächlich fragen, ob staatliche Leistungen nicht zielgerichteter eingesetzt werden könnten – vor allem in Bildung“, sagte Spidla der „Bild am Sonntag“. Zu wenig Ausbildungsplätze und eine wachsende Zahl von Schulabbrechern führten dazu, dass „viele Menschen in prekären Lebenssituationen bleiben“. Der tschechische EU-Kommissar empfahl Deutschland eine Korrektur der Arbeitsmarktpolitik und riet zur Einführung von Mindestlöhnen.

pr/DÄB

AOK-Lager

## Streit über Entschuldung

Nach der Bundestags-Entscheidung zur Entschuldung der Krankenkassen ist im AOK-Lager offener Streit ausgebrochen. Die wohlhabenden Ortskrankenkassen fordern ihre Länder zum Widerstand gegen die beschlossene Haftungsregelung auf.

„Das widerspricht dem Gedanken von mehr Wettbewerb“, sagte Rolf Steinbronn, der Vorstand der AOK Sachsen, dem „Handelsblatt“. Dies dürfe der Bundesrat so nicht akzeptieren.

Rolf Hoberg, der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, übte ebenfalls scharfe Kritik: „Eigentlich müssten die Länder

## Kommentar

### Der Kommissar hat Recht

So weit ist es mit dem EU-Pionier Deutschland also gekommen, dass er sich von einem Kommissar aus den neuen Beitrittsländern die Leviten lesen lassen muss. Recht hat er, der Kommissar aus Tschechien. Denn neu ist das ja nicht, dass es sich auszahlt, in Zeiten des Überflusses – wie es die 80-er allemal noch waren – Rücklagen für die Zeit der Not anzusparen. Angeboten hätten sich da die Bereiche Wissen, Innovationen und die Wirtschaft, von deren Gedeih nun einmal die Zahl der Arbeitenden abhängt und damit die Zahl derer, die in die sozialen Säulen einzahlen. Recht hat er.

Marion Pitzken

EU-Arbeitszeitgesetz

## Neuer Kompromiss aus Finnland

Die finnische EU-Ratspräsidentin hat einen neuen Kompromiss für die seit Jahren umstrittene EU-Richtlinie zur Arbeitszeit vorgelegt. Ausnahmen von der wöchentlichen Höchst-arbeitszeit von 48 Stunden sollen weiter eingeschränkt werden. Der Vorschlag stelle sicher, dass Arbeitnehmer nicht zu längeren Arbeitszeiten gezwungen werden können oder Nachteile

erleiden, wenn sie entsprechende Vereinbarungen aufkündigen.

Vor allem wegen der Bereitschaftsdienste von Ärzten in Krankenhäusern verstießen nach Schätzungen der EU-Kommission derzeit 23 von 25 Mitgliedstaaten gegen gültiges EU-Recht, erklärte die finnische Arbeitsministerin Tarja Filatov.

pit/dpa

EuGH-Urteil zur OTC-Regelung

## Anpassungsbedarf

Die gesetzlichen Verfahrensregelungen zur Verordnungsfähigkeit von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (sogenannte OTC-Arzneimittel) zu Lasten der GKV verstoßen gegen Europarecht. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in einem jetzt verkündeten Urteil festgestellt. „Die inhaltlichen Entscheidungen des G-BA bleiben allerdings von diesem Urteil völlig unberührt, die Rechtmäßigkeit der OTC-Liste ist durch das Urteil nicht in Frage gestellt“, sagte der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess dazu. „Dieses Urteil richtet sich nicht gegen den G-BA, sondern stellt vielmehr eine bestehende Gesetzeslücke fest, die jetzt schnellstmöglich vom Gesetzgeber geschlossen werden muss.“ Der müsse jetzt das Verfahren entsprechend dem EuGH-Urteil regeln.

Der EuGH hatte zu prüfen, ob das gesetzliche Verfahren über

die vom G-BA zu erstellende Ausnahmeliste für nicht verschreibungspflichtige Medikamente gegen die EU-Transparenz-Richtlinie verstößt. Diese sogenannte OTC-Liste verzeichnet Präparate, die die GKV ausnahmsweise erstattet.



Foto: wikipedia

Die EU-Transparenz-Richtlinie schreibt vor, dass eine Entscheidung über die Erstattungs-fähigkeit von Arzneimitteln auf Antrag gegenüber dem betroffenen Arzneimittelhersteller begründet werden muss. Dem wird die gesetzliche Regelung in § 34 Abs.1 SGB V nicht gerecht, urteilte der EuGH. Das Gesetz enthält keine Regelung im Sinne der Transparenz-Richtlinie.

pit/pm

## zm-Zitate

### Aufgabe los

„Ist es Aufgabe der GKV, die Innere Sicherheit herzustellen?“

(CDU-MdB Annette Widmann-Mauz zur Debatte „Heroin vom Arzt kontra Beschaffungskriminalität“, Parteitag der Südwest-CDU in Pforzheim, Oktober 2006)

### Klaglos

„Jeder hat das Recht zu klagen.“

(Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zu der angedrohten Klagewelle der PKV gegen die Reform, Oktober 2006)

### Steuerlos

„Das Problem in Deutschland ist, dass niemand den Riesentanker Gesundheitswesen steuert. Die Kanzlerin lässt Ulla Schmidt zwar ab und zu an Deck, um zu putzen – ans Steuer aber nicht.“

(Dr. Manfred Lütz, Landeszahnärztetag Baden-Württemberg, 20. Oktober 2006)

### Niete statt Los

„Sie nennen dieses Gesetz Wettbewerbsstärkungsgesetz. Dabei hat das Gesetz so viel mit Wettbewerb zu tun, wie ein Zitronenfalter Zitronen faltet.“

(FDP-Gesundheitsexperte Daniel Bahr)



„Dieses ist eine Reformattrappe.“

(Grünen-Fraktionschefin Renate Künast)



„Die Illusion unbegrenzter Ressourcen gehört einer anderen, einer heileren Welt an.“

(Hans Georg Faust, Arzt und CDU-Gesundheitspolitiker im Bundestag Oktober 2006 zu Ärzte-Forderungen nach stark höheren Honoraren.)



„Ihre Reform wird leider dazu führen, dass der Grundsatz 'Arm stirbt früher' zur Realität wird.“

(Der Vorsitzende der Linksfraction, Gregor Gysi)

(Zitate aus der ersten Lesung der Gesundheitsreform im Bundestag am 27. Oktober.)



Illu.: Wiedenroth

Hals- und Beinbruch!

### Plastik für die Liebe



Foto: dpa

Für den Trauerschwan vom Aasee in Münster, der mit seiner abgöttischen Liebe zu einem Tretboot für Schlagzeilen sorgte, naht mit dem Winterquartier nun doch nicht die schmerzliche Trennung. Der Allwetter-Zoo in Münster ist bereit, sowohl den schwarzen Schwan als auch die angebetete Plastikdame aufzunehmen.

Bonner Generalanzeiger, 25. 10. 2006

### Kälter gleich älter?

Der Winter kommt. Also, ich würde mich da ja am liebsten bis zum nächsten Frühjahr in meinem gut beheizten Mausloch verkriechen. A propos Mäuse: Eine Studie hat herausgefunden, dass Mäuse, denen so richtig kalt wird, älter werden als andere. Senkung der Körpertemperatur um ein halbes Grad Celsius bringt eine sieben bis acht Jahre längere Lebenserwartung, heißt es da. Doch Hand aufs Herz: Ist das Lebensqualität!? Die Heizung runterzudrehen, ständig im Winter bibbernd durch die Gegend zu laufen und das acht Jahre länger als vorgesehen? Ja ja, man täte damit zwar ein gutes Werk, auch wegen Kyoto und Klimaschutz und so, aber ... Moment, was lese ich da weiter ... die frierenden Mäuse durften mehr essen als sonst. Hey, toll! Aber ein Horror-Ergebnis: Sie nahmen zu und verloren damit wieder ihre Langlebigkeit.

So ein Quatsch! Da drehe ich doch lieber die Heizung auf, futtere noch ein wenig Adventsgebäck, und wenn mir das alles auf den Keks geht, fahre ich ans sonnige, warme Mittelmeer: Da gibt's dann herrliche mediterrane Küche, so mit viel Wein, Olivenöl, Knofi und und und ... Die Leute dort werden damit ja auch älter – und frieren nicht. ■



Foto: CC