

Deutscher Zahnärztetag 2006

Die autogene
Zahntransplantation

Das Leben
von Robert Koch

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

gut ein Jahr ist es her, dass Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ihre ersten Versuche startete, der großen Koalition in Sachen Gesundheitswesen den eigenen Stempel aufzudrücken. Was CDU und CSU damals angesichts ihrer eigenwilligen Vorgehensweise – meist ohne vorherige Absprache mit den Koalitionspartnern – noch entristete, wird inzwischen durch die von Kanzlerin Merkel verordnete Regierungsräson weitestgehend akzeptiert. Zu tief sitzt bei den Regierungsvertretern augenscheinlich die Sorge vor etwaigen Konsequenzen, zu groß ist die Angst, die Koalition könnte einen Rückzieher in dieser Sache nicht überleben. Ulla Schmidts Reformansätze gehen deshalb weiterhin unbeirrt ihren Weg.

Folglich halten auch die Proteste der Heilberufler an, geben Leistungsträger in symbolischen Aktionen ihre Weißkittel ab, will man mit immer wieder anderen Aktionen Nachdenklichkeit und Unterstützung innerhalb der Bevölkerung wecken. Und die Gegenseite unterstellt – so hart werden die Register inzwischen gezogen – schlichte Raffgier. Dabei muss doch inzwischen jeder erkennen, dass diese Proteste alles andere als haltlos sind. Denn trotz Widerstand gegen die aktuellen Gesetzesvorhaben zeigen die Leistungsträger immer wieder ihre konstruktiven Gegenentwürfe auf.

Dieses Gemisch aus scharfer, aber fundierter Kritik und einer bedingungslosen Bereitschaft, die Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens anzunehmen,



Foto: LZK Brandenburg

■ Am 4. Dezember haben viele Heilberufler symbolisch „ihren Kittel abgegeben“. Aber es gibt, wie der Zahnärztetag in Erfurt zeigte, nicht nur den Widerstand, sondern auch konstruktive Vorschläge.

bestimmte auch den deutschen Zahnärztetag in Erfurt. Klare Stellungnahmen gegen die Reformvorhaben und ehrliche, offene Diskussionen um die – manchmal eigenen – Wege der Zahnärzteschaft zeigten alles andere als eine vom Gesetzgeber immer wieder als schlecht funktionierend bekrittelte Selbstverwaltung. Die zahnärztlichen Interessensvertretungen BZÄK, DGZMK und KZBV haben auf ihren jeweiligen Versammlungen und gemeinsam auf der Zentralveranstaltung erneut bewiesen, dass die Entscheidungsgewalt in den eigenen Reihen auch aus gesamtgesellschaftlicher Sicht besser aufgehoben ist als in einem aufgestülpten, staatskontrollierten System.

Denn letztlich war es auch in den zurückliegenden Jahren exakt diese Zahnärzteschaft, die den international hoch anerkannten Status in der Versorgung Deutschlands erreicht hat. Hier funktionierte Fortbildung lange, bevor sie der Gesetzgeber mit zusätzlichem Zwang versah. Hier sind Zahnmedizinischer

Versorgungsgrad und Qualität exzellent. Und Prophylaxe, die in anderen Heilberufen keineswegs selbstverständlich zum Programm des Behandlers, sondern eher in Verantwortung des jeweiligen Patienten gesehen wird – ist ein längst nicht mehr wegzudenkender Teil deutscher Zahnmedizin. Das – und vieles andere mehr – haben die vier Tage, an denen sich Deutschlands zahnärztliche Vertreter in Erfurt trafen, erneut bestätigt.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



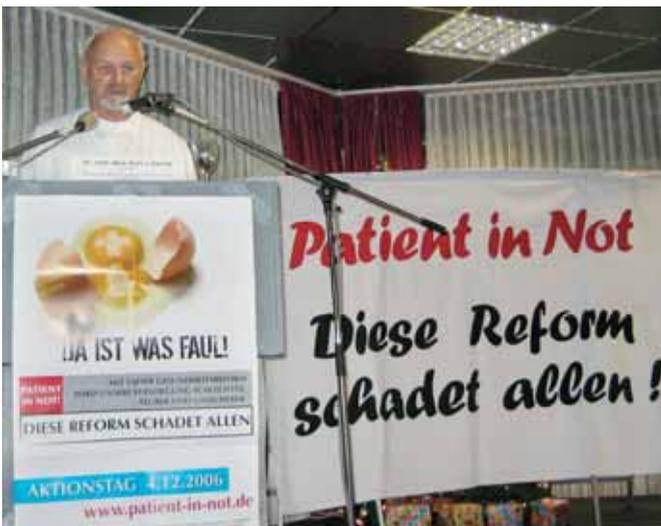
Titelfoto und Foto: Lopata

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG
Erfurt 2006

Zum Titel

Der Deutsche Zahnärztag in Erfurt stellt das zentrale zahnärztliche Ereignis dieses Jahres dar. BZÄK, KZBV und DGZMK trugen die Großveranstaltung gemeinsam. Feierlicher Höhepunkt war der Festakt im Kaisersaal.

Seite 26



Fotos: Geritz/artvertise

Am 4. Dezember übten die Heilberufler bundesweit den Schulterchluss gegen die Gesundheitspolitik. vielerorts engagierten sich auch Zahnärzte, wie hier Dr. Kurt Geritz, KZV Nordrhein.

Seite 20



Edelsteine – die funkelnden Kostbarkeiten

Seite 88

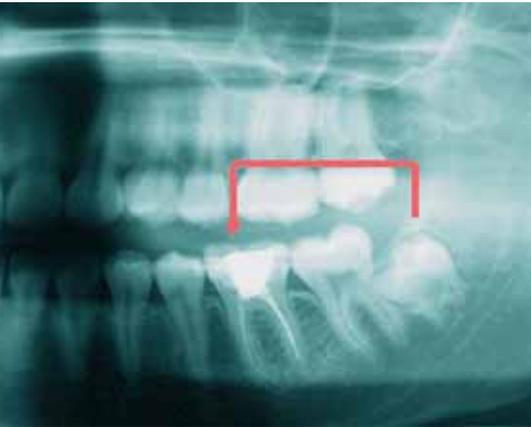


Foto: Nolte

Aus Achter mach Sechser – eine Literatur gestützte Übersicht zum Thema Zahntransplantation

Seite 44



Foto: K. Lütze

Robert Koch war ein Pionier der modernen Infektionsprävention. Ein Portrait.

Seite 98



Editorial	1	CAD/CAM-gefertigter Zahnersatz: Eine aktuelle Standortbestimmung	52
Leitartikel			
Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK, mit einem kompromisslosen Plädoyer für die Freiberuflichkeit	4	Der aktuelle klinische Fall: (Zemento-) Ossifizierendes Fibrom im Unterkiefer	56
Nachrichten	6, 10	Medizin	
Gastkommentar			
Hartwig Broll, gesundheitspolitischer Fachjournalist aus Berlin, zum Aktionstag gegen die Gesundheitsreform am 4.12.	8	Pädiatrie: Gezielte Behandlung für Kinder mit Rheuma	60
Politik und Beruf			
Pressekonferenz DMS IV-Studie: Eine Bilanz, die sich sehen lassen kann	16	Psychiatrie: Atypische Neuroleptika und Alzheimer-Patienten	62
Finanzielle Anreize im Gesundheitswesen: Bonusregelung auf dem Prüfstand	18	Lebensqualität in der Tumorthherapie: Patientenzentriertes Vorgehen	63
Aktionstag 4. 12.: Ungeahnter Schulterschluss oder die wahre Koalition	20	Tagungen	
Aus den Ländern			
Weißbuch zur Gesundheitsreform: Ein Beitrag für den „Souverän“ Patient	22	Oral-B Symposium: Alterszahnmedizin ist mehr als Zahnmedizin für alte Menschen	64
Fachforum			
Europäisches Forum Zahnmedizin: Erfolg in der Behandlung – aber sicher	24	Neues aus der „Kons“	68
16. Brandenburgischer Zahnärztetag: Humanmedizin in der Zahnarztpraxis	25	Veranstaltungen	
Titelstory			
Deutscher Zahnärztetag			
Freiberuflichkeit – das Fundament der Zahnärzte	26	Nebenwirkungsformular	79
KZBV-Vertreterversammlung in Erfurt: Freiräume schaffen und Grenzen ziehen	32	Praxismanagement	
BZÄK-Bundesversammlung: Bahn frei für eine neue Honorarordnung	36	Schadenersatz nach Einbruch: Voll versichert, voll verschätzt	82
Finanzen			
Wissenschaftlicher Kongress: Eröffnung der 130. Jahrestagung der DGZMK.	40	Trends	86
Wissenschaftliches Programm: Parodontologie	42	Recht	
Problemlösungen für heute und morgen: Ein ganzer Tag für die Studenten	43	Aktuelle Rechtsprobleme in der KFO: Nutzen vor Kosten	94
Zahnmedizin			
Evidenzbasierte Daten für die Praxis: Die autogene Zahntransplantation	44	Urteile	96
Historisches			
Robert Koch: Pionier der Medizin			
Persönliches			
Neuheiten			
Impressum			
Leserservice Kupon			
Letzte Nachrichten			
Zu guter Letzt			



Foto: Lopata

Freier Beruf ohne Wenn und Aber

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

nicht umsonst haben wir unser Streben nach Freiberuflichkeit in den Mittelpunkt des diesjährigen Deutschen Zahnärztetages in Erfurt gestellt. Sie ist eine der wenigen Alleinstellungsmerkmale, die unseren Beruf von anderen unterscheidet. Freiberufler zeichnen sich durch ihre besondere Rolle in der Gesellschaft aus. Sie erbringen ihre Dienstleistung, indem sie sich am Gemeinwohl ausrichten, haben eine besondere berufliche Qualifikation und Professionalität auf der Basis ihrer akademischen Ausbildung und verrichten ihre Tätigkeit persönlich und eigenverantwortlich. In klarer fachlicher Unabhängigkeit, mit einem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten und unter umfangreicher berufsrechtlich unterlegter Selbstkontrolle üben sie ihren Beruf aus.

Umso destruktiver erscheinen die Pläne der Koalition zum sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Hinter dem Etikettenschwindel der Wettbewerbsstärkung versteckt sich die reine Machtfrage. Hinzu kommt, dass nicht nur die Freiberuflichkeit massiv bedroht ist, sondern dass der Weg geradezu in die Staatsmedizin führt. Davor kann man nicht eindringlich genug warnen. Deshalb haben wir in den Botschaften der Zentralveranstaltung im Kaisersaal, aber

auch in allen Versammlungen ganz dezidiert auf die künftigen Gefahren im Gesundheitswesen hingewiesen und auch entsprechende Beschlüsse gefasst. Die Selbstverwaltung wird immer mehr verstaatlicht. An die Stelle von Konsensbildung treten staatsmonopolistische Entscheidungen. Wir erleben es immer deutlicher: Bismarck ist tot – es lebe Beveridge. Und dessen Plan führte bekanntlich 1945 zum Nationalen Gesundheitsdienst in Großbritannien.

Freiberuflichkeit ist ein hoher Wert – doch das öffentliche Ansehen der Freien Berufe verfällt in dem gleichen Maße, in dem ein Teil

unseres Berufsstandes sich in seiner Praxis von diesen Grundsätzen zu entfernen droht. Der Gesetzgeber drängt die Heilberufler in abhängige Beschäftigungsverhältnisse. Da ist dann davon die Rede, dass Medizinische Versorgungszentren viel wirtschaftlicher seien, auch für den Zahnarzt, der sich dann nicht mehr um seine Praxisorganisation und -einrichtung und um sein Personal kümmern müsse. Fern von wirtschaftlichen Zwängen könne er fachlich arbeiten. Er bekäme ein regelmäßiges Gehalt, und familienfreundlich sei das Ganze allemal.

Aber: Ist es nicht Kennzeichen des Freiberuflers, dass er seine Leistungen in wirt-

schaftlicher Selbständigkeit erbringt? Dass er gerade aus dieser Selbstverantwortung seine Fähigkeit und Kraft schöpft? Zwar kann man als abhängig Beschäftigter auch im Sinne der Freiberuflichkeit arbeiten. Aber die ganzen Zielvorgaben in einem solchen Beschäftigungsverhältnis führen oft zur wirtschaftlichen und damit letztlich zur fachlichen Abhängigkeit. Doch es gibt Alternativen. Suchen wir eher nach Gestaltungsmöglichkeiten in der freiberuflichen Praxis! Mit etwas Kreativität können Sozietäten, Kooperationen, Vertretungen und viele Formen mehr flexible Arbeitsbedingungen schaffen. Die Selbstständigkeit bleibt dadurch erhalten.

Wehren wir uns gegen die Zangenbewegungen, in die die Freien Berufe genommen werden und stemmen wir uns gegen Regulierung und Vergewerblichung. Freiberuflichkeit im eigenen Berufsstand ist nichts für Sonntagsreden, sondern muss gelebt werden, jeden Tag in der Praxis und mit den Patienten. Nur so wird ihr Nutzen offenbar und auch wirksam für die Versorgung der Bevölkerung.

Zahnärztliche Leistungen werden am wirtschaftlichsten und qualitativvollsten in freier Berufsausübung erbracht. Bis heute gibt es keinen Beweis, der das Gegenteil zeigt.

Darauf sollten wir mit Selbstbewusstsein hinweisen, das sollte auch die Politik beachten.

Unsere Aufgabe ist es, die Freiberuflichkeit unseres Berufsstandes ohne Wenn

und Aber aufrechtzuerhalten, gerade auch in widrigen Zeiten. Und um diese Botschaften in die Öffentlichkeit zu bringen und in den Köpfen zu verstetigen, hat der Deutsche Zahnärztetag in Erfurt einen wichtigen Beitrag geleistet.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Weitkamp

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Keine Ruhe im Karton

Wäre dieser Aktionstag der erste „Aufstand der Szene“ gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung im Allgemeinen und nunmehr den Entwurf des GKV-WSG gewesen, die Mehrzahl der Beobachter aus Politik und Öffentlichkeit hätte ihn sicherlich als eine machtvolle Demonstration des Widerstandes gegen die aktuellen Reformpläne der Bundesregierung gewertet. Allerdings steht diese jüngste Aktion in einer – rückblickend gesehen beinahe fatalen – Kontinuität ähnlicher und teilweise sogar eindrucksvollerer Veranstaltungen seit Beginn des Jahres, die dem Aktionstag eher den Charakter eines sinnentleerten, ja beinahe schon hilflosen Rituals verlieh. Schon der „nationale Protesttag“ im September, der dritte seiner Art innerhalb von wenigen Monaten, von denen die ersten noch mit äußerst diffusen Zielen durchgeführt wurden, zeigte durch deutlich nachlassende Teilnahmebereitschaft, dass dieses Instrument ganz offensichtlich an seine Grenzen gestoßen ist – und dies schon seinerzeit ausgerechnet zu einem Zeitpunkt, an dem die Gesetzgebung zu den doch weitgehend verfehlten Eckpunkten der bevorstehenden Gesundheitsreform überhaupt erst in ihre heiße Phase getreten war.

Nach den Ausführungen des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, vor der Berliner Presse geht es ihm mit derartigen Aktionen - zu denen etwa Plakataktionen wie die von KBV und DKG, aber eben auch der „Sonderärztetag“ Ende Oktober zu rechnen sind - vor allem darum, den einzelnen Abgeordneten zu beeindrucken. Jeder Koalitionsparlamentarier solle bei der entscheidenden Abstimmung wissen, was er da tue. Und nach Hoppes Ein-

schätzung wissen dies noch viel zu wenige der Abgeordneten.

So ehrenwert dieses Ziel auch sein mag, was nützt es gegen die Fraktionsdisziplin, die von den Spitzen der Bundesregierung und der Koalitionsfraktionen gegenüber den in der Tat ab und an erschreckt wirkenden Abgeordneten mit eiserner Konsequenz durchgesetzt wird? So lange die maßgeblichen Vertreter der Spit-



Foto: zfm-Archiv

Mehr als 40 Verbände haben am 4. Dezember einen „bundesweiten Aktionstag“ gegen die Gesundheitsreform durchgeführt. Mittlerweile stellt sich verschärft die Frage nach dem tieferen Sinn solcher Aktionen, meint

Hartwig Broll
Gesundheitspolitischer
Fachjournalist in Berlin

zenorganisationen des deutschen Gesundheitswesens Angela Merkel, Franz Müntefering, Volker Kauder oder Peter Struck nicht verunsichern können, dürfte jede auf den einzelnen Abgeordneten zielende Aktion nur ausgesprochen wenig Sinn haben.

Um wie viel zielführender erscheinen da doch jene unentwegten Bemühungen der Lobbyisten und Interessenvertreter auf der Ebene der Landesregierungen, die über die Stellungnahme des Bundesrates zum Regierungsentwurf des Reformgesetzes sehr viel mehr Bewegung in die erstarrten Fronten gebracht hatten, als dies jede noch so ein-

drucksvolle Großdemonstration in der gegenwärtigen Situation wohl vermocht hätte? Ob sich dieser Weg, an dem mühsam ausgeheckten Kompromiss noch deutliche

Verbesserungen erreichen zu können, als sehr viel erfolgreicher erweisen wird, dürfte wohl erst der weitere Gesetzgebungsprozess zeigen. Und zwischen dem erforderlichen Interessenausgleich zwischen Bundesregierung und Bundesländern erscheint der einzelne Abgeordnete, auf den die Aktionen doch zielen sollen, schon fast so hilflos wie diese selbst.

Nach der jetzigen Gefechtslage wird sich das Reformgesetz letztlich nicht mehr verhindern lassen. Auch die Länder werden höchstens noch kosmetische Korrekturen durchsetzen können – zu groß wäre bei substantiellen Änderungen der Gesichtverlust für die Kanzlerin und ihre sozialdemokratischen Mitstreiter. Und so ist der Einschätzung des Marburger-Bund-Vorsitzenden Frank-Ulrich Montgomery wohl beizupflichten, dass es noch in dieser Legislatur weitere Gesetze zum Nachbessern der Reform geben wird. „Ruhe im Karton“ wird es wohl auch nach dem 1. April 2007 nicht geben.



Foto: STOCK 48/zfm

Kosten-Nutzen-Studie zur eGK

Auch für Ärzte ein Zuschussgeschäft

Die Ärzte werden in den ersten Jahren nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) draufzahlen. Das ist das Ergebnis einer Kosten-Nutzen-Analyse der Unternehmensberater Booz Allen Hamilton im Auftrag der Betreibergesellschaft gematik. Damit kommt man aus ärztlicher Sicht zu einer ähnlichen Bewertung in Sachen eGK

wie die Zahnärzte, die ihre eigene Kosten-Nutzen-Analyse bereits vor einigen Monaten vorgelegt hatten.

Das Gutachten ist bislang unter Verschluss gehalten worden. Der Chaos Computer Club ist jetzt aber an das Dokument gekommen und hat es ins Netz gestellt (www.ccc.de). Danach wird auf die Vertragsärzte in den ersten fünf Jahren ein Nettoverlust von rund 1,4 Milliarden Euro zukommen, die Karte kostet also mehr, als sie an Einsparungen bringt. Umgekehrt ist es allerdings bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Auch zehn Jahre nach Einführung der Karte bleiben sie die Hauptgewinner des Telematik-Projekts. Für die Krankenhäuser beginnt es dann, sich langsam zu rechnen. Für alle anderen Beteiligten im System ist die eGK auch nach zehn Jahren noch eine finanzielle Belastung. ck/ÄZ



Foto: Siemens

Gesundheitsreform

Kassenentschuldung beschlossen

Mit Regeln zur Entschuldung der GKV tritt der erste Teil der umstrittenen Gesundheitsreform am 1. Januar 2007 in Kraft. Bayern, Sachsen und Baden-Württemberg hatten sich erfolglos gegen die Entschuldungsregeln gewehrt und vor einem deutlichen Anstieg der Versicherungsbeiträge gewarnt.

Den Antrag Sachsens auf Anrufung des Vermittlungsaus-

schusses lehnte die Ländermehrheit ab. Bayerns Sozialministerin Christa Stewens (CSU) und ihre sächsische Kollegin Helma Orosz (CDU) warnten vor Beitragssatzsteigerungen bei finanziell gut dastehenden Kassen 2007 durch Entschuldungshilfe für Minuskassen.

Die Kassen sollen ohne Schulden in den für 2009 geplanten Gesundheitsfonds starten. ck/dpa

Kliniken widersprechen AOK-Report

Einsparpotenzial

Die deutschen Krankenhäuser könnten laut einer Studie bis zu 3,7 Milliarden Euro bei den Verwaltungskosten sparen, ohne dass die Patienten medizinische Nachteile in Kauf nehmen müssten. Das behauptet das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) mit seinem Krankenhaus-Report 2006.

Allein auf die öffentlichen Häuser entfalle ein Einsparpotenzial von 2,9 Milliarden Euro. Freigemeinnützige und private Kliniken stünden besser da als öffentliche. Die Autoren der Studie hatten die Sach- und Personalkosten der nicht medizinischen Bereiche wie Verwaltung, Instandhaltung, Technik, Nahrung und Versicherungen untersucht.

Die Klinikträger wiesen die Berechnungen zurück. „Die Bürokratie hat durch gesetzliche Vorgaben eher noch zugenommen“, sagte Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der dpa. In den Ballungsräumen seien die von den Kliniken zu leistenden Prüfungen weit verbreiteter, als in den von der Studie als effizient dargestellten Klinikregionen. So verlange die AOK per Computerprogramm regelmäßig nach weiteren Auskünften zu einzelnen Behandlungen. Die Ärzte müssten dies dann für jeden Einzelfall individuell beantworten. Auch das neue Arbeitszeitgesetz erhöhe durch ein stärkeres Ineinandergreifen der Schichten den Verwaltungsaufwand. pit/dpa

PKV legt Geschäftsergebnis vor

Zahlenbericht 2005/2006

Die PKV legte ihren Geschäftsbericht jetzt vor. Danach hatten am 30. Juni 2006 8,420 Millionen Personen eine private Krankheitsvollversicherung, am 31. Dezember 2005 8,373 Millionen Personen. 17,088 Millionen zusatzversicherte Personen zählte die PKV Ende 2005, 17,86 Millionen Mitte dieses Jahres.

Drei Zusatzversicherungsarten werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen: ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahntarife – zusammengefasst unter dem Begriff „Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz“. 11,693 Millionen hatten dafür Ende 2005 mindestens eine Police unterschrieben. Von besonderer Attraktivität seien

Zahnzusatzversicherungen, wie der Bestand von 7,794 Mio. Personen Ende 2005 zeige. Die außerordentlich große Nachfrage nach Zahntarifen hielt bis Juni 2006 mit einem Nettoneuzugang von 943 600 Personen, an. In den ambulanten Zusatztarifen verzeichnete die PKV Ende 2005 5,038 Millionen Versicherte, im Juni 2006 5,255 Millionen. Den geringsten Zugang und Bestand hatten Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus mit 59 000 Personen Ende Juni.

Der vollständige „Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/2006“ steht im Internet unter www.pkv.de > Wir über uns > Zahlenbericht.

pit/pm

Ministerium spricht von Geiselnahme

Protest gegen Protest

Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) warf im Deutschlandfunk den Ärzten vor, dass „Patienten oder kranke Menschen in Geiselnahme genommen werden für Forderungen nach mehr Geld“. Ein Recht zum Widerstand oder zum Boykott wegen der geplanten Honorarreform stehe Kassenärzten nicht zu und könne von der Regierung nicht hingenommen werden.

Aus Protest gegen die geplante Gesundheitsreform hatten über 40 Organisationen aus dem Gesundheitswesen zum Aktionstag am 4. Dezember 2006 aufgerufen (siehe Seite 20). Bundesweit blieb ein Drittel der 120 000 Praxen zu, denn Tausende Ärzte

und andere Heilberufler gingen statt zu arbeiten auf die Straße, um über geplante Missstände aufzuklären. Ihre Hauptkritikpunkte: Verschärfung der Unterfinanzierung und ergo Rationierung, irrealer Zeitplan für die Umsetzung der Honorarstruktur, ein verfassungswidriger Sparbeitrag für die Krankenhäuser.

Schmidt warnte vor einer Eskalation. Wenn Patienten wegen der Aktionen nicht „wohnortnah“ versorgt werden könnten, sei das eine Pflichtverletzung, die von der Selbstverwaltung sanktioniert werden müsse, sagte ihr Sprecher Klaus Vater in Berlin; eine bloße Notfallversorgung reiche nicht aus. pit/dpa

Kommentar

Vergriffen

Schlicht vergriffen hat sich Ministerin Schmidt, als sie von einer „Geiselnahme“ von Patienten und Kranken sprach. Bei der Wahl der Worte ebenso wie bei der der Mittel. Ein Vorwurf also, den BÄK-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe zu recht zurückwies. Das Bild ist eh schief, waren die Patienten doch – wenn überhaupt – aus- statt eingesperrt.

Warum aber Diffamierung statt Dissens? Offensichtlich fehlen der Koalition die Argumente, um ihren Gesundheitskompromiss offensiv zu verteidigen, auch nach der harschen Kritik der Wirtschaftsweisen. Die haben den Entwurf also verstanden. Der Wähler vertraut lieber seinem Arzt. So mancher Abge-

ordnete wohl auch. Steht die Ministerin also so dicht mit dem Rücken zur Wand, dass sie ihren politischen Gegner, die Selbstverwaltung, diskreditieren will – statt jenes Credo umzusetzen, das ihre Sprecher zu verkünden nicht müde werden: „Gemeinsam erreichen wir mehr!“? Nur zu, denn dieser Leitsatz impliziert, dass auch die große Koalition sich auf den anderen Part, nämlich die real agierenden Leistungserbringer, zubewegen möge. Und sie einbindet in die Lösungsfindung. Es sei denn, sie will hierbei die Schmidt'sche Definition von „Geiselnahme“ praktizieren, indem sie die Selbstverwaltung von der Heilung des kranken Entwurfs aussperrt?!
Marion Pitzken

Psychosomatik-Leitfaden der BZÄK

Ab sofort bei den Kammern zu beziehen

Ein „Leitfaden für Zahnärzte zur Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ soll dem Zahnarzt in Zukunft einen wissenschaftlich begründeten und gleichzeitig praxisnahen Problemaufriss liefern, psychische Probleme frühzeitig zu erkennen und bei der Lösung zu helfen. Er wird von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) herausgegeben und ist von Vertretern des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) erarbeitet worden. Anlässlich des Deutschen Zahnärztetages 2006 in Erfurt wurde er auf der BZÄK-Bundesversammlung (siehe Bericht Seite 36 bis 38) der Öffentlich-



keit vorgestellt. Der Leitfaden stellt die wesentlichen psychosomatischen Störungen, Krankheitsbilder und therapeutischen Ansätze im zahnärztlichen Versorgungsalltag dar und führt darüber hinaus in die professionsübergreifende Zusammenarbeit ein und soll die zahnärztliche Diagnostik und Therapie um den psychosomatischen Blickwinkel erweitern. Mit dieser Praxishilfe soll der Zahnarzt künftig besser klären können, wann ein Patient weiterreichende Hilfe benötigt.

Den Leitfaden „Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ können interessierte Zahnärzte bei ihren zuständigen (Landes-)Zahnärztekammern anfordern. sp/BZÄK

proDente

Journalistenpreis „Abdruck 2007“

Die Initiative proDente vergibt in 2007 erneut den Preis „Abdruck“ an Journalisten für ihr besonderes Engagement im Bereich Zahnmedizin, beziehungsweise Zahntechnik. Ausgezeichnet werden herausragende Arbeiten, die in 2006 zahnmedizinische und zahntechnische Themen einer breiten Öffentlichkeit allgemein verständlich zugänglich machen. Der Preis wird in den Kategorien Print und Elektronische Medien (Online, Hörfunk, Internet, TV) ausgeschrieben. Der 1. Preis der jeweiligen Kategorie ist mit 2 500 Euro, der 2. Preis mit 1 500 Euro dotiert. An der Ausschreibung können beruflich tätige Journalisten aller Sparten, sowie freie Journalisten und Redaktionsteams teilnehmen. Die Artikel und Beiträge müssen nachweislich in 2006 veröffentlicht worden sein. Zu-

gelassen sind alle journalistischen Stilformen wie Reportage, Feature oder Hintergrundbericht. Einsendeschluss ist der 15. Januar 2007. pr/pm

■ Mehr unter <http://www.proDente.de> oder unter Tel: 0221 – 170 99 740.

Implantologie

DGI mit neuem Vorstand

Auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie am 1. Dezember 2006 in Dresden übernahm der Ludwigshafener Zahnmediziner



Foto: DGI

und Oralchirurg Prof. Dr. Günther Dhom das Amt des DGI-Präsidenten von seinem Vorgänger Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Göttingen, der sich als Pastpräsident im Vorstand zukünftig um die Belange der Landesverbände kümmern wird. Zum Vizepräsident gewählt wurde der bisherige Schriftführer Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kiel. Als Schriftführer wird Prof. Dr. Daniel Edelhoff, München, tätig werden. In ihren Ämtern bestätigt wurden der Fortbildungsreferent, Dr. Gerhard Iglhaut, Memmingen, Schatzmeister Dr. Karl-Ludwig-Ackermann, Filderstadt, sowie der Pressesprecher Prof. Dr. Manfred Wichemann, Erlangen. sp/pm



Foto: BZÄK

BZÄK-Ausschuss Zahnärztinnen

Arbeitstreffen in Erfurt

Am Rande des Deutschen Zahnärztetages in Erfurt kam der BZÄK-Ausschuss für die Belange der Zahnärztinnen zusammen, um aktuelle Probleme zu erörtern.

Im Vordergrund stand dabei die Frage nach den Ausfallszeiten für Kindererziehung sowie die da-

mit verbundene Rentenproblematik. Ebenso wurden weiter steigende Übergriffe im Nachtdienst diskutiert und Vorschläge gemacht, wie damit umzugehen sei.

Fazit der Sitzung: Ein Arbeitstreffen dieser Art ist viel zu kurz, um umfangreich allen Themen

gerecht zu werden. Die Zahnärztinnen haben sich daher vorgenommen, noch im Jahr 2007 einen zweitägigen Kongress zu planen, der möglichst in Kooperation mit dem Deutschen Ärztinnenbund stattfinden soll, da bei den Medizinerinnen ähnliche Themen auf dem Plan stünden, so die Vorsitzende Dr. Brita Petersen, Kammerpräsidentin aus Bremen. sp



Foto: CED

Council of European Dentists

Neuer Präsident



Der Council of European Dentists in Brüssel hat einen neuen Präsidenten gewählt: Dr. Orlando Monteiro da Silva, Präsident des Portugiesischen Zahnärzteverbandes.

Das Foto zeigt die jetzige Zusammensetzung des Gremiums (v.l.n.r.): Dr. Francisco Rodriguez-Lozano (Spanien), Dr. Roland Svensson (Schweden), den

neuen Präsidenten da Silva, Dr. Tom Feeney, Treasurer (Irland), Dr. Piret Väli (Estland), Dr. Jirí Pekárek (Tschechien) Dr. Matti Pöyry (Finnland), Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Vizepräsident (Deutschland) und Dr. Susie Sanderson (Großbritannien) als Gast des CED-Gastgeberlandes 2007.

pr/CED

DAZ fordert

Lückenlose Reihenuntersuchungen

Baldige und wirksame Maßnahmen zur Unterstützung der Kinder, die trotz aller Präventionserfolge nach wie vor massive Zahnschäden haben, fordert der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) anlässlich der Vorstellung der bundesweiten Studie zur Mundgesundheit in Deutschland (DMS IV). In einer Pressemeldung heißt es: „Wir brauchen lückenlose Reihenuntersuchungen und Prophylaxeerziehung. Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen müssen erfasst und notwendige Behandlungen durchgeführt werden. Um diese Behandlungen auch für vernachlässigte Kinder sicherzustellen, müssen organisatorische Abläufe geschaffen werden, die eine Behandlung zur automatischen Folge eines festgestellten Schadens machen. Darüber hinaus sollten Anreiz-

systeme etabliert werden, die sich an die Kinder richten.“

pr/pm

BLZK hat gewählt

Michael Schwarz erneut Präsident

Michael Schwarz ist von der Bayerischen Landes Zahnärztekammer im Amt des Präsidenten bestätigt worden und steht damit weiter an der Spitze der Berufsvertretung der bayerischen Zahnärzteschaft. Als Vizepräsident wurde Christian Berger wiedergewählt. Dr. Michael Rottner, Dr. Christian Öttl und Dr. Heinz Nobis gehören ebenfalls erneut dem Vorstand an. Erstmals in den Vorstand wurde Dr. Silvia Morneburg gewählt. Die Amtsperiode läuft von 2006 bis 2010.

ck/pm

Bundeszahnärztekammer

Zahnärzte engagieren sich weltweit in Notgebieten

Die Spannweite sozialen Engagements der deutschen Zahnärzte umfasst Hilfsaktionen vor der eigenen Haustür wie auch große internationale Projekte. All diese Initiativen verfolgen das gleiche Ziel: Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Darauf wiesen die BZÄK und das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) anlässlich des Welttages des Ehrenamtes am 5. Dezember hin.



rufsstand besteht ein festes humanitäres Leitbild, das der Menschlichkeit verpflichtet ist.“

Mit dem HDZ hat die BZÄK in diesem Jahr einen Kooperationsvertrag geschlossen, um die Not in der Welt weiter zu lindern.

Dr. Klaus Winter, Vorsitzender des HDZ, hebt hervor: „Das HDZ hat seit seines fast 20-jährigen Bestehens immer einen besonderen Akzent auf die Unterstützung von Kindern und Jugend-



Unabhängig ob es sich um finanzielle, (zahn-)medizinische oder ganz einfach menschliche Unterstützung handelt – die Zahnärzte sind aktiv dabei. „Der Berufsstand der Zahnärzte ist eine Wertegemeinschaft, für die es gilt, so hohe Werte wie Gesundheit und Leben, besonders jedoch auch die Menschenwürde, zu bewahren. Gerade die Freiberuflichkeit verpflichtet dazu, auch soziale Verantwortung zu übernehmen“, betonte BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. „Im zahnärztlichen Be-

stehen immer einen besonderen Akzent auf die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen gelegt.“ Zahlreiche Waisenhäuser, Kindergärten und Ausbildungsstätten seien durch die Spenden der deutschen Zahnärzte und Patienten an das HDZ finanziert worden. Im Jahr 2006 gab die Stiftung über 970 000 Euro für Hilfsaktionen in aller Welt aus. ck/pm

■ **Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete**
Bankkonten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank BLZ 250 906 08
Konto 000 4444 000
Sparkasse Göttingen
BLZ 260 500 01
Konto 5405

Zahnärzte ohne Grenzen

Aufruf zur Unterstützung



Die gemeinnützige Stiftung „Zahnärzte ohne Grenzen“ ruft zur Unterstützung auf. Sie arbeitet seit einem Jahr in mehreren Ländern weltweit, vermittelt Tätigkeiten für Zahnärzte an Zahnstationen, Famulaturen, sammelt Altgold für zweckgebundene Projekte und kümmert sich um Sammlung und Transport von Kleinmaterialien.

Dringend gebraucht werden ein Röntgengerät in der Zahnstation eines Urwaldkrankenhauses in Nepal und Unterstützung für die Ausbildung von Personal und für eine Schule. In Sri Lanka soll eine

Zahnstation bezahlt werden. Kleinmaterialien sind willkommen und werden vor Ort gebracht, Großgeräte werden von Spendengeldern bezahlt und vor Ort erworben. Aktuell benötigt werden Mitarbeiter, die als Übersetzer für Englisch, Französisch, Spanisch und Russisch Entlastung leisten. pr/pm

■ Mehr dazu unter:
<http://www.d-w-l.org>
Spendenkonto:
Zahnärzte ohne Grenzen,
Ev. Kreditgenossenschaft eG, Kassel, BLZ: 520 604 10,
Konto-Nr.: 5 302 471
IBAN: DES20604100005302471
BIC: GENODEF1EK1

Hilfsprojekt Brasilien

Zehn Jahre erfolgreich

Das Zahnärztliche Hilfsprojekt Brasilien e.V. (ZHB) feiert dieses Jahr sein zehnjähriges Bestehen. Anlässlich des Bayerischen Zahnärztetages am 27. Oktober wurde die erfolgreiche Arbeit des Vereins mit einer großen Tombola für die Besucher entsprechend gewürdigt. Durch die kontinuierliche Unterstützung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer konnte das ZHB seine Aktivitäten im Laufe der Jahre

kontinuierlich ausdehnen. Ziel ist es, den Straßenkindern aus brasilianischen Favelas unbürokratische humanitäre Hilfe zu leisten. Seit der Gründung sind schon über 450 Behandler vor Ort gewesen und haben rund 7 000 Kinder mit einem Prophylaxe-Programm sowie konservierend und oralchirurgisch betreut. pr/pm

■ Mehr unter
<http://www.zhb/blzk.de>

Problempatienten**Frauen oft depressiv**

Epidemiologische Studien haben ergeben, dass Depressionen bei Frauen etwa zweimal häufiger auftreten als bei Männern. Nicht selten erlaubt erst die Behandlung mit modernen Antidepressiva, wie den selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI), eine erfolgreiche Psychotherapie. Frauen sind häufiger sogenannten „life events“ ausgesetzt, die den Beginn einer depressiven Störung triggern können. Zu diesen „life events“ gehören zum Beispiel Menstruationszyklus, Schwangerschaft, Entbindung und die Wechseljahre.

So treten nach zehn bis 15 Prozent aller Entbindungen postpartale depressive Symptome auf; schwere prämenstruelle Syndrome mit Reizbarkeit, Depressivität und mehr werden bei drei bis fünf Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter beobachtet; etwa ein Drittel aller Frauen leidet im Klimakterium an ausgeprägten Beschwerden, wozu häufig auch depressive Verstimmungen zählen. Zusätzlich können bestimmte Krisensituationen, wie eine Fehlgeburt oder der sonstige Verlust des Kindes, Krebserkrankungen, traumatische Erlebnisse und Gewalterfahrungen psychische Probleme, und hier vor allem reaktive Depressionen, nach sich ziehen. „Die Behandlung richtete sich nach Art und Ausmaß der Symptome. Psychotherapeutische und psychopharmakologische Maßnahmen haben unterschiedliche Indikationsbereiche und werden häufig kombiniert eingesetzt“, so Prof. Dr. A. Rohde, Bonn. Nicht selten wird der Beginn einer erfolgreichen



Foto: DAK

Psychotherapie erst durch Gabe von Antidepressiva ermöglicht. Hier werden immer häufiger die modernen SNRI eingesetzt, zu denen auch Venlafaxin retard gehört. Es ist nicht nur zur Behandlung der akuten Depression zugelassen, sondern auch für die Erhaltungstherapie und die Rezidivprophylaxe, und wirkt auf die somatischen Symptome wie Hitzewallungen im Klimakterium, so die Praxis-Depesche 16/2006. sp

Neuentdeckung**Spezielle Form der Ösophagitis**

In Stockholm wurde erstmals eine bisher unbekannte Form der Ösophagitis beschrieben. Bei 20 Patienten wurden mikroskopische Veränderungen in der Speiseröhre beobachtet: eine intraepitheliale Ansammlung von CD3-, CD4- und CD8-positiven Lymphozyten. Die meisten Patienten waren jung. Fünf Betroffene hatten keine Beschwerden. Zwei Patienten litten an Zöliakie, acht an Morbus Crohn. Möglicherweise wird die Erkrankung durch Reflux von Magensäure getriggert. Besonders auffällig ist, dass bei knapp der Hälfte der Patienten auch ein Crohn vorlag. In weiteren Untersuchungen muss geklärt werden, ob diese Assoziation zufällig ist oder ob zwischen den beiden Erkrankungen ein Zusammenhang besteht, wie die Praxis-Depesche 17/2006 schreibt. sp/pd

Brustkrebs**Ascorbinsäure wirkt tumortoxisch**

Erstmals hat eine kontrollierte Studie Hinweise darauf ergeben, dass eine Infusionstherapie mit hoch dosiertem Vitamin C bei Frauen mit Brustkrebs das tumorfreie Intervall verlängern kann. Dies wird auf die antioxidative Kapazität von Ascorbinsäure und direkte tumortoxische Wirkungen zurückgeführt. Professor Josef Beuth: Brustkrebs-Patientinnen, die Vitamin C erhalten, bleiben lange tumorfrei. In der deutschen multi-zentrischen Kohortenstudie wa-

Chemo- oder Strahlentherapien verabreicht worden.

Primärer Studienparameter war die Lebensqualität innerhalb der Nachbeobachtungszeit von mindestens drei Jahren. Nach Angaben von Beuth wurden unerwünschte Wirkungen der Antikrebs-therapie wie Übelkeit und Erbrechen, Schlafstörungen, Antriebsmangel und Depressionen oder auch Schleimhaut- und Hautreaktionen im Vergleich zur Ausgangslage gelindert.

Auch im Vergleich zur Kontrollgruppe gingen diese Symptome signifikant zurück. Zugleich beobachtete man in der Vitamin-C-Gruppe ein signifikant verlängertes tumorfreies Intervall.

So war zehn Jahre nach Behandlungsbeginn bei etwa 70 Prozent der Frauen in der Vitamin-C-Gruppe kein neues Tumorereignis mehr aufgetreten, jedoch nur bei 50 Prozent in der Kontrollgruppe. „Dies ist ein interessanter Hinweis, der allerdings prospektiv kontrolliert werden muss“, betonte Beuth. Mit Vitamin-C-Tabletten seien solche Effekte nicht zu erreichen, hieß es in Frankfurt. Denn Vitamin C wird rasch enteral und renal ausgeschieden. Bei intravenöser Applikation von 7,5 g Vitamin C kommt es für etwa sechs Stunden zu erhöhten Plasmaspiegeln. Ungefähr zwei Gramm Vitamin C werden vom Gewebe aufgenommen.

sp/ÄZ

Ein Massenphänomen**Viele Deutsche medikamentensüchtig**

Bis zu 1,9 Millionen Deutsche sind von Pillen und anderen Medikamenten abhängig. Allein eine Million Deutsche seien von Schlaf- und Beruhigungsmitteln abhängig, wie aus einer jetzt in Dresden veröffentlichten Studie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hervorgeht. Medikamentenmissbrauch sei ähnlich wie Alkoholabusus ein Massenphänomen, sagte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing (SPD). „Zunehmend wollen Menschen Lebensprobleme chemisch regeln“, sagte Renate Walter-Hamann vom Caritasverband, großen Anteil an der Entwicklung hätten unter anderem die Ärzte. DHS-Vize-Geschäftsführer Raphael Gaßmann forderte eine „verantwortungsvollere Verschreibungspraxis und mehr Aufklärung“ der Patienten durch Ärzte. Die Drogenbeauftragte verwies auf einen Leitfaden, den die Bundesärztekammer voraussichtlich Ende des Jahres veröffentlichten wird. Das Papier solle Ärzten Hinweise zur Verschreibung von Medikamenten mit Missbrauchspotenzial an die Hand geben. Zudem würden gemeinsam mit der Bundesärztekammer und den Apotheken weitere Schritte geplant. Außer den Verschreibungen trügen auch so genannte Lifestyle-Produkte und frei verkäufliche Medikamente zu der Suchtproblematik bei, hieß es. Die Selbstmedikation bereite den Boden für die Einnahme chemischer Mittel am medizinischen System vorbei. Sachsens Gesundheitsministerin Helma Orosz (CDU) forderte, auch gegen klassische Suchtmittel mehr zu tun.

pit/dpa



Foto: DAK

Schonendes OP-Verfahren**Schwangerschaft trotz Zervixkrebs**

Eine schonende Operation bei Gebärmutterhalskrebs erhält manchen Frauen die Möglichkeit, schwanger zu werden, wie eine Studie der Berliner Charité gezeigt hat. Die Gebärmutter von Frauen mit Zervixkrebs im frühen Stadium könne erfolgreich erhalten werden, so die Forscher um Achim Schneider im Fachjournal „Gynecologic Oncology“ (Bd. 103, S. 506). Für die Studie wurden 108 Frauen mit frühem Gebärmutterhalskrebs operiert. Dabei wurden ihnen jedoch nur Teile des Gebärmutterhalses und des Halteapparats entfernt. Der Gebärmutterkörper und der innere Muttermund blieben erhalten – mit Erfolg: Nach der Operation wurden 20 Frauen schwanger, nur bei vier der Probandinnen trat wieder ein Tumor auf. Damit sei das schonende Verfahren onkologisch genauso sicher wie die komplette Entfernung der Gebärmutter, betonte die Charité. Die Kinder müssen nach der teilweisen Entfernung des Gebärmutterhalses per Kaiserschnitt entbunden werden.

sth/dpa



Foto: Mammazentrum München

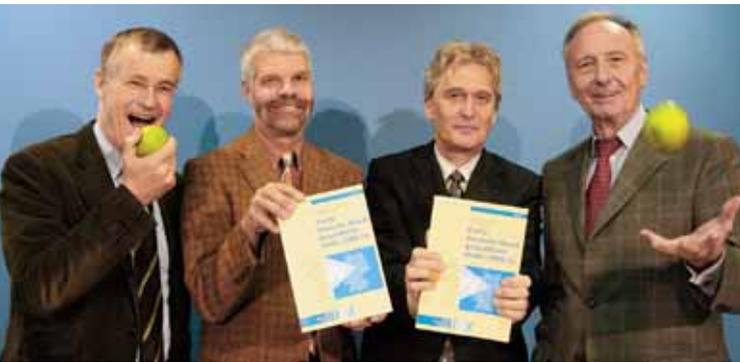
ren Daten von 788 Brustkrebspatientinnen ausgewertet worden. Deren Behandlung hatte in den Jahren 1992 bis 2002 begonnen. Das hat Professor Josef Beuth vom Institut für Naturheilkunde an der Uni Köln bei einer Pressekonferenz des Unternehmens Pascoe in Frankfurt am Main berichtet.

Alle Frauen waren operiert und adjuvant behandelt worden. Etwa die Hälfte der Patientinnen hatte hoch dosierte Vitamin-C-Infusionen (Vitamin-C-Injektionslösung, ab September als Pascorbin angeboten) von meist zweimal täglich 7,5 g für durchschnittlich 4,5 Monate erhalten, die andere Hälfte nicht. Die Infusionen waren zwischen den

Pressekonferenz zur DMS IV-Studie in Berlin

Eine Bilanz, die sich sehen lassen kann

Die Mundgesundheit in Deutschland wird immer besser – dennoch besteht gesundheitspolitischer Handlungsbedarf. Mit dieser Kernaussage stellten BZÄK und KZBV die neue vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) auf einer Pressekonferenz in Berlin vor (siehe dazu auch den Titelbericht in zm 22/2006). Die Journalisten kamen zahlreich und das positive Medienecho zeigte, dass die Botschaften der Zahnärzte in der Öffentlichkeit gut ankamen.



Präsentierten mit der DMS IV eine Erfolgsbilanz der Zahnärzte: Dr. Jürgen Fedderwitz, Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Dr. Wolfgang Micheelis und Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (v.l.n.r.)

■ Eine Kurzfassung der Studie steht zum Download unter www.kzbv.de oder www.bzaek.de zur Verfügung.

Die Karies ist in Deutschland dank intensiver Prophylaxe und guter zahnärztlicher Versorgung weiter auf dem Rückzug. 12-Jährige haben heute im Schnitt nur 0,7 kariöse, gefüllte oder wegen Karies fehlende Zähne. 1997 lag der Wert noch bei 1,7. Deutschland hat sich damit eine internationale Spitzenposition bei der Mundgesundheit von Kindern erobert. Auch bei Erwachsenen und Senioren sind Zahnverluste deutlich rückläufig. Das sind die Kernergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV), die das Institut der Deutschen Zahnärzte im Auftrag von BZÄK und KZBV durchgeführt hat. Doch die Erfolgsstory der Kariesbekämpfung hat auch eine andere Seite, wie Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg, vor der Presse erläuterte. Parodontalerkrankungen seien auf dem Vormarsch. Etwa 20 Prozent der Erwachsenen und 40 Prozent der Senioren litten in Deutschland unter einer schweren Parodontitis. Schiffner legte ausführlich weitere Ergebnisse der Studie vor.

IDZ-Leiter Dr. Wolfgang Micheelis, der das DMS IV-Projekt zusammen mit einem zahnmedizinischen Expertenkreis rund um Schiffner geleitet und bearbeitet hat, legte

den Journalisten den wissenschaftlichen Aufbau der Studie dar. Es handele sich um eine repräsentative Querschnittsuntersuchung, für die das IDZ zwischen Februar und September 2005 in neunzig Städten und Gemeinden insgesamt 4 631 deutsche Staatsangehörige aus vier Altersgruppen (12-jährige Kinder, 15-jährige Jugendliche, 35- bis 44-jährige Erwachsene und 65- bis 74-jährige Senioren) befragt und zahnmedizinisch untersucht habe. Die DMS IV verstehe sich auch als umfassender Beitrag zu einer soliden Gesundheitsberichterstattung für Deutschland auf dem Gebiet der Zahnmedizin.

Klassenprimus

„Die Deutschen haben sich im internationalen Vergleich in den letzten 20 Jahren vom Schmuttelkind zum Klassenprimus bei der Zahngesundheit entwickelt“, betonte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Diese Erfolge seien auf mehrere Gründe zurückzuführen: das wachsende Bewusstsein für den Wert gesunder Zähne, ein gutes Zahnpflegeverhalten, der regelmäßige Kontrollgang zum Zahnarzt, gezielte Aufklärung

und eine gute flächendeckende zahnärztliche Versorgung.

Große Herausforderungen entstünden aber im Bereich der Risikogruppenbetreuung, der Alterszahnheilkunde und – ganz entscheidend – bei der Bekämpfung der Parodontitis. Fedderwitz: „Die Zunahme ist – so paradox das zunächst klingen mag – auch eine direkte Konsequenz unserer Erfolgsstory“. Wenn Menschen heute ihre Zähne immer länger behalten, steige mit zunehmendem Alter auch naturgemäß das Parodontitisrisiko. Das sei eine versorgungspolitische Herausforderung. Es brauche neue Versorgungskonzepte, um den Präventionsgedanken auch in diesem Bereich in der Bevölkerung zu fördern. Notwendig seien auch neue Anreizsysteme, um den Patienten zur Mitarbeit zu motivieren.

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, unterstrich, dass die Zahnärzteschaft mit den Ergebnissen der Studie sehr selbstbewusst in die Auseinandersetzungen mit der Politik gehen könne. Es sei ein schöner Vertrauensbeweis, wenn laut Studienergebnis rund 90 Prozent der Bevölkerung attestiere, mit ihrem Zahnarzt zufrieden zu sein.

Weitkamp unterstrich, dass vom Bereich der Zahnmedizin keine Kostenexplosion im Gesundheitswesen ausgehe. „Das liegt daran, dass unsere Konzepte durchgedacht sind und rechtzeitig vorgelegen haben.“ Es habe ein Umdenken im Berufsstand stattgefunden. Die Zahnärzteschaft habe erkannt, dass auch Therapie unter präventiven Aspekten zu betrachten sei. Die Zahnmedizin selbst besinne sich immer mehr auf ihre medizinische Wurzel. Aspekte wie Wechselwirkungen der Zähne auf den Gesamtorganismus oder die Multimorbidität von Patienten würden in die Behandlung mit einbezogen. Weitkamp: „Das Bild zeigt insgesamt: Die Prävention und die hochqualifizierte Behandlung führen dazu, dass sich die Mundgesundheit der Deutschen in der ganzen Welt sehen lassen kann.“ ■

Finanzielle Anreize im Gesundheitswesen

Bonusregelung auf dem Prüfstand

Die Gesundheitspolitik setzt zunehmend auf Formen der Verhaltens- und Nachfragesteuerung durch finanzielle Anreize. Wie plausibel ist in dieser Hinsicht die Bonusregelung in der zahnmedizinischen Versorgung? Sie macht nicht nur in der jetzigen Form ihren speziellen Sinn, wie diese Kurzexpertise belegt, sondern könnte auch auf andere Bereiche ausgedehnt werden.

Generell kann das Gesundheitsverhalten der Versicherten zum einen durch die Gewährung eines individuellen Vorteils (Bonus), zum anderen durch die Androhung von Sanktionen (Malus) beeinflusst werden. So wird in dem „Entwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“ vom 24. Oktober 2006 eine finanzielle Malusregelung bei Nichtteilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vorgeschlagen. Damit will der Gesetzgeber die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen erhöhen. Derzeit werden die gesetzlich eingeführten Programme zur Krebsfrüherkennung lediglich von rund 20 Prozent der Männer und etwa 50 Prozent der Frauen in Anspruch genommen. In der Anhörung des gesundheitspolitischen Ausschusses vom 6. November 2006 wurde diese Malusregelung heftig kritisiert mit dem Hinweis, es gebe generell keinerlei Evidenz für die gesundheitspolitisch positive Wirksamkeit von Bonus-/Malussystemen. In diesem Zusammenhang wies Prof. Rolf Rosenbrock, Leiter der AG Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin und Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, darauf hin, dass auch das Bo-



Das Bonussystem hat sich bewährt – und könnte auch in anderen Bereichen sinnvoll sein.

nussystem in der Zahnprothetik nicht evaluiert worden sei. Ein Nachweis der Wirksamkeit stehe hier noch aus. Anders als bei der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse im Jahr 2005 – hier hatte man sich im Gemeinsamen Bundesausschuss zu einer begleitenden Evaluation der Auswirkungen des Festzuschussmodells verpflichtet [Klingenberg und Micheelis, 2005] – gab es bei der Einführung des Bonussystems durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 in der Tat keinerlei Bestre-

bungen des Gesetzgebers, die Wirkungen dieses Instrumentes in der Zahnmedizin begleitend zu erforschen. Immerhin hatte das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Juni 1988 eine Vorab-Wirkungsabschätzung in Form eines Simulationsmodells vorgelegt [Schneider, 1988].

Verlässliche Indikatoren

Wegen mangelnder Evaluierung lassen sich die Wirkungen des Bonussystems in der Zahnprothetik heute zwar nicht mehr eindeutig kausal rekonstruieren, aber doch anhand einiger Indikatoren relativ verlässlich abschätzen – und zwar anhand der Daten aus den verschiedenen bundesweiten, bevölkerungsrepräsentativen Mundgesundheitsstudien (DMS I bis IV), die vom Institut der Deutschen Zahnärzte im Zeitraum von 1989 bis 2005 durchgeführt wurden. Materiell-rechtlich griff die Bonusregelung in der zahnprothetischen Versorgung ab dem 1. Januar 1991, so dass mit den Daten aus der DMS I (Feldphase: April bis August 1989) quasi eine „Nullmessung“ aus der Zeit vor dem Wirksamwerden des Bonussystems existiert [Micheelis und Bauch, 1991]. Mit den epidemiologischen Ergebnissen aus der DMS III von 1997 [Micheelis und Reich, 1999] und der aktuellen DMS IV aus dem Jahre 2005 [Micheelis und Schiffner, 2006] sind zwei weitere Messpunkte im Abstand von jeweils acht Jahren gesetzt, die zur Abschätzung der Wirkungen des Bonussystems herangezogen werden können. Als Wirkungsindikatoren eignen sich zum einen der Anteil der „kontrollorientiert“ handelnden Probanden, die mindestens einmal jährlich einen Zahnarzt zur Kontrolle der Gebiss-situation aufsuchen, zum anderen die Anzahl der unversorgten kariösen Zähne, die sich im sogenannten DT-Wert („decayed teeth“) niederschlägt.

Im Zeitverlauf zeigt sich ein deutlicher Anstieg der kontrollorientierten Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste seit 1989, der mit einem ebenso deutlichen Rückgang der Anzahl der unversorgten kariösen Zähne korrespondiert. Die Veränderungs-raten lagen in dem ersten Acht-Jahres-Zeitraum (1989-1997) deutlich höher als in der zwei-

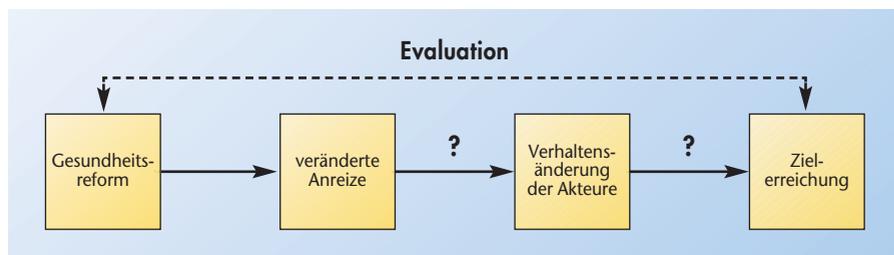


Abbildung 1: Begleitende Evaluationsforschung als Instrument einer rationalen Gesundheitspolitik

	Anteil der kontrollorientierten Inanspruchnahme an der Gesamtstichprobe	DT (unversorgte Karies – Mittelwerte)	
		von Probanden mit beschwerdeorientierter Inanspruchnahme	von Probanden mit kontrollorientierter Inanspruchnahme
DMS I (1989)	45,6 %	2,0	1,6
DMS III (1997)	64,3 %	0,9	0,3
DMS IV (2005)	74,9 %	0,9	0,3

Quelle: IDZ

Tabelle 1: Ausprägungsmuster der kontrollorientierten Inanspruchnahme des Zahnarztes im Zeitrahmen 1989 bis 2005 und Bestandsraten unversorgter Karies in Abhängigkeit vom Motivmuster der Inanspruchnahme im selben Zeitraum (Werte für alte Bundesländer; 35- bis 44-jährige Erwachsene; DMS I: 35- bis 54-jährige Erwachsene)

ten Periode (1997-2005), was darauf hindeutet, dass die positiven Veränderungen im Mundgesundheitsverhalten und in der Versorgung der Patienten nicht allein einer allgemein gestiegenen „dental awareness“ in der Gesellschaft zugeschrieben werden können, sondern auch durch die Anreizstrukturen des Bonussystems induziert sind. Der Anstieg der Personen mit kontrollorientierter Inanspruchnahme um etwa zwei Drittel und die gleichzeitige Reduktion der unversorgten kariösen Zähne in der Gruppe der kontrollorientiert handelnden Patienten

auf ein Fünftel kann auch als Erfolgsausweis des Bonussystems betrachtet werden. Direkte Konsequenz dieser Erfolge in der Kariesbekämpfung ist indes – wie die Ergebnisse der DMS IV verdeutlichen –, dass die Parodontalerkrankungen auf dem Vormarsch sind. Weil die Menschen heute ihre Zähne länger behalten, steigt ihr Parodontitisrisiko. Deshalb wäre zu prüfen, ob das Bonusheft als positives Anreizsystem nicht auch das parodontale Gesundheitsbewusstsein fördern könnte. Gleichzeitig könnte das Bonusheft zur Erhöhung der kontrollorientier-

ten Inanspruchnahme des Zahnarztes für Screening und Frühbehandlung – entsprechend den in der Zahnheilkunde erfolgreich eingeführten präventiven Strategien [Fedderwitz, 1998; Fedderwitz, 2004; Oesterreich und Ziller, 2005] – eingesetzt werden. Zusätzlich könnte die Anreizwirkung des Bonussystems auch in der Recallphase genutzt werden, um die Compliance [Herforth, 1986; Plagmann et al., 1990] auf diesem Therapiefeld positiv zu beeinflussen.

*Dr. David Klingenberg
Dr. Wolfgang Micheelis
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstr. 73
50931 Köln*



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.

Ein 4. Dezember voller Aktion

Ungeahnter Schulterschluss oder die wahre Koalition

Besser als die Regierung zeigte die Selbstverwaltung von Ärzteschaft über Krankenhausmitarbeiter bis hin zu Spitzenverbänden der GKV in den letzten Wochen und Monaten, wie ein echter Schulterschluss aussieht. Zuletzt mit dem Aktionstag unter dem Motto „Patient in Not“ am 4. Dezember, an dem sich neben niedergelassenen und Klinik-Ärzten, Krankenschwestern und Apothekern auch Zahnärzte beteiligten. Die Medien sprachen von der „großen Koalition der Straße“.



DA IST WAS FAUL!

AKTIONSTAG 4.12.2006



Fünf vor zwölf gaben in Cottbus Freiberuflicher, im Bild rechts Zahnärztin Riccarda Herder, nach dem öffentlichen Protest ihre Kittel ab. Andernorts suchten sie das Gespräch mit Passanten, wie auf einem Kölner Weihnachtsmarkt (unten). Zudem informierten Plakate (Foto oben rechts) der Organisatoren sowie andere Motive, etwa der Hamburger Zahnärztekammer.

Köln ganz friedlich saure Äpfel an ihre Patienten als Symbol für das neue Produkt der Politik. Andere zogen im benachbarten Siegburg als Weißkittel zum Weihnachtsmarkt, behandelten in Dortmund bei Kerzenschein mit dem Vermerk „Gute Nacht, deutsche Gesundheitsversorgung!“.

Spürbar war der Protest in fast allen Bundesländern. Kundgebungen gab es unter anderem in Berlin, Duisburg, Essen und Düsseldorf. Auf Plakaten waren Sprüche wie „Geiz macht krank“, „Politiker, ihr vertreibt Ärzte“ oder „Erst stirbt die Apotheke, dann der Patient“ zu lesen. In Berlin zogen Ärzte,

Apotheker und Pfleger in einem Protestmarsch zur Charité. Viele Apotheker boten eine Notfallversorgung oder traten ihren Dienst in Trauerkleidung an.

In Cottbus trafen sich fünf vor zwölf an die 600 Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Krankenkassenvertreter, eine Landtagsabgeordnete, medizinisches Personal und auch Patienten. Sie alle vereinte ein gemeinsames Ziel: mit Trillerpfeifen,

Bundesweit ließen ein Drittel der Ärzte Praxis Praxis sein und suchten stattdessen außerhalb ihres üblichen Wirkungskreises das Gespräch mit, na genau genommen mit dem Bürger, gleich, ob ihr Patient oder nicht. Denn als Infokampagne wollte die Bundesärztekammer den Aktionstag von Anfang an verstanden wissen. Mit entsprechendem Vorlauf informierten die Veranstalter öffentlich darüber, dass besonders in Nordrhein-Westfalen aber auch andernorts Praxen teilweise geschlossen sein würden, und organisierten einen Vertretungsdienst, wie er an einem Feiertag auch reicht.

Gute Nacht, Gesundheit

Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) stieß diese Pille bitter auf, nach dem Motto, „genug ist nie genug“. Die Ministe-



rin und ihre Sprecher warnten vor der Vernachlässigung der Patienten: Nach dem Sozialgesetzbuch können die Krankenkassen die Honorarzahllungen an die Ärzte kürzen, wenn die KVen ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachkommen. BMG-Sprecher verwiesen auf die Entstehungsgeschichte der KVen und deren Sicherstellungsauftrag inklusive Verzicht auf „Kampfmaßnahmen“. Währenddessen verteilten die Ärzte etwa in

Ratschen, lautstarken Rufen und zahlreichen Plakaten gegen die bisher vorliegenden Pläne der Gesundheitsreform zu protestieren. Unter den Akteuren Dr. Klaus Markula, von der Landes Zahnärztekammer Brandenburg. Dr. Peter Noack von der Landes-KV verlas eine gemeinsame Resolution. Zum Abschluss ihrer Aktion gaben – wie Zahnärztin Riccarda Herbert – die beteiligten Ärzte symbolisch ihren Kittel ab, weil sie diese



Foto: KBV

„Hier wird das deutsche Gesundheitssystem zu Tode kompromittiert. Das ist entstanden, wenn Elefanten in großen Runden, die von Gesundheitspolitik a priori nichts verstehen – ich unterstelle das mal bei den Damen und Herren Merkel, Kauder, Stoiber, Struck und wer da alles beteiligt war – wenn diese Elefanten eine Schneise in ein Gesetzeswerk schlagen, dass am Ende dann nichts weiter als wirklich Holzsplitter und Späne übrig bleiben ... Es ist ein bis zum Tode durchdeklinierter Kompromiss für das Gesundheitssystem.“

Frank Ulrich Montgomery, Vorsitzender des Marburger Bundes, in Berlin (im Foto oben re.)



Foto: Altengarten/akno

Am Puls der Reform

Ein Improvisationstheater agiert im Auftrag der KBV in einigen Großstädten, hier am Aktionstag im Düsseldorfer Ärztehaus. Teil der Show ist das Abhören von Herztönen, die Verstärker deutlich hörbar übertragen. So wecken die drei Schauspieler in weißen Kitteln die Aufmerksamkeit der Passanten und informieren auf humorvolle Art über die Auswirkungen der Gesundheitsreform. Die Comedy-Tour ist Teil der Kampagne „Geiz macht krank“ von KBV und KVen.

Reform nicht mittragen können.

Andernorts, wie in Nürnberg luden Ärzte und Zahnärzte zur gemeinsamen Pressekonferenz, auch um jenen Journalisten, die erst kürzlich in Presse-seminaren des BMG von der Perfektion der Reform begeistert worden waren, die Kehrseite der Medaille vor Augen zu

führen: „Wenn etwa das örtliche Krankenhaus sich wegen der Reform von 200 Mitarbeitern trennen muss, werden unsere Befürchtungen für Außenstehende eher nachvollziehbar“, berichtete Zahnarzt Dr. Martin Zschiesche über den Sinneswandel bei der Presse.

Neben Ärzten beteiligten sich auch Physiotherapeuten, Pflegepersonal und Praxishelferinnen an den Protestaktionen. Krankenschwestern bauten angesichts einer befürchteten „Fließbandpflege“ eine Waschstraße aus Betten. Und Medizinstudenten brachten Passanten auf der Straße schon einmal das Blutabnehmen bei, weil sie durch die Gesundheitsreform eine Verschlechterung ihre Ausbildung fürchten. Da sei es gut, wenn sich Patienten künftig selbst helfen könnten.

Die Organisatoren hatten ein Protestplakat mit einer deutlichen Sprache kreiert: Ein Spiegelei mit eklig-grünem Schimmer, das die Politik ihren Patienten gebrutzelt hat: „Da ist was faul“, unterschrieben sie es und machten Stimmung gegen den Gesundheitskompromiss. Die Liste ihrer Kritikpunkte ist lang: Von dem „Bürokratiemonster“ Gesundheitsfonds bis zu einer möglichen Verschlechterung der medizinischen Versorgung als Folge der angekündigten Einsparungen. „Die Patienten sind die Verlierer“, warnte der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, „wir sitzen mit den Kranken in einem Boot.“

Unterstützung für die Ärzteproteste kam von der FDP. Ihr gesundheitspolitischer Sprecher Daniel Bahr bezeichnete den bundesweiten Aktionstag als „Notwehr“: Arztpraxen hätten durch die geplante Reform Verluste von bis zu 40 000 Euro im Jahr zu erwarten.

pit

Weißbuch zur Gesundheitsreform

Ein Beitrag für den „Souverän“ Patient

Mit einem „Weißbuch der Zahnmedizin“ wollen die Landeszahnärztekammern Bayern, Hessen und Nordrhein einen Diskussionsbeitrag mit Denkansätzen und Vorschlägen namhafter Experten für ein zukunftssicheres Gesundheitssystem leisten. Der jetzt erschienene Band 1 befasst sich mit den allgemeinen Rahmenbedingungen und Handlungszielen des Gesundheitswesens, Band 2 (Veröffentlichung vorgesehen im Frühjahr 2007) thematisiert „Zukunftsfähige ZahnMedizin in Forschung, Lehre und Praxis“.

„Es stimmt bedenklich, wenn junge Akademiker im Bereich Medizin zu einem Drittel nicht mehr dort tätig werden, wenn Wissenschaftler das Land verlassen.“ Was Bayerns Zahnärztekammerpräsident Michael Schwarz stellvertretend für seine Amtskollegen Dr. Michael Frank (Hessen) und Dr. Peter Engel (Nordrhein) auf der Pressekonferenz zur Vorstellung des Weißbuches am 29. November in Berlin erklärte, verdeutlicht, mit welcher Sorge die Zahnärzte die Entwicklung der Gesundheitspolitik verfolgen. Man wollte sich aber nicht in die Reihe der Protestler

begeben, ohne sich kritisch mit den Problemen auseinanderzusetzen, Argumentationen zu durchleuchten und Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Ergebnis dieser Arbeit ist das von Dr. Gerhard Brodmann von der Bayerischen Landeszahnärztekammer koordinierte Projekt zu den „Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen einer zukunftssicheren Gesundheitsversorgung“. Ambition der Kammern war es, „die Dialog- und Handlungsfähigkeit der zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften auch in schwierigen Zeiten unter Beweis zu stellen“. In drei Kapiteln beleuchtet das „Weißbuch“ – nach einer einleitenden Beschreibung des „Wertesystems einer Gesundheitsverfassung“ durch den Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht, Prof. Dr. Helge Sodan, – die Themenkomplexe „Gesellschaft



Zur Vorstellung des Weißbuches in Berlin: (v.l.) Prof. Sodan und Eekhoff, Markus Brakel (Mod.) sowie die Präsidenten Schwarz, Frank und Engel.

und Gesundheitspolitik“, „Qualität und Ökonomie“ sowie „Berufspolitik und Selbstverwaltung“ und stellt daraus erwachsende Handlungsempfehlungen auf.

Reform jetzt stoppen

Wie fragwürdig die aktuelle Reform aus verfassungsrechtlicher Sicht, aber auch aus ökonomischer Warte ist, haben zwei Autoren des Weißbuches – die Professoren Dr. Helge Sodan und Dr. Johann Eekhoff – in eigenen Statements vor der Presse ausgeführt.

Verfassungsrechtler Sodan teilt demnach keineswegs die von BMG-Pressesprecher Klaus Vater kolportierte Auffassung, dass alle verfassungsrechtlichen Bedenken bereits widerlegt seien. Nach wie vor hielten

sich sogar die Gerüchte über Streitigkeiten zwischen dem Justiz- und Gesundheitsministerium, ganz zu schweigen von der Kritik durch eine Vielzahl spezifischer Rechtsgutachten zu einzelnen Teilen der Reformvorhaben. Sodans erste Quintessenz: „Im Moment beachtet der Gesetzgeber die Verfassung nicht hinreichend.“

Auch der Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik und Mitglied des BZÄK-Consiliums Eekhoff sieht in den schwarz-roten Reformansätzen keine ehemals gemachten Versprechen der Regierung eingehalten. So

gebe es keine Umwandlung von Teilen des Versicherungssystems in kapitaldeckende Verfahren. Auch Maßnahmen zur Förderung des Wettbewerbs im Sinne des Marktes seien im derzeitigen Reformansatz nicht zu erkennen. Eekhoffs Vorschlag: Man solle jetzt das machen, was dringend notwendig ist, aber alles andere zurücksetzen und noch einmal überdenken. Eekhoffs Alternative: „Eigentlich wollen doch alle privat versichert werden. Das geht nur, wenn GKV-Versicherte mit Altersrückstellungen ausgestattet werden.“

Ausdrücklich warnte auch Nordrheins Kammerpräsident Engel vor den Folgen der avi-

sierten Gesetzgebung: „Wettbewerb lässt sich nicht durch Gleichschaltung aufbauen.“ Die schleichende Einführung der Bürgerversicherung schaffe absehbar Schwierigkeiten für die Praxis vor Ort. Trotzdem seien Ansätze zu Änderungen der Probleme zurzeit nicht erkennbar.

Und die Perspektive? Hessens Kammerpräsident Frank sieht – bei einer Perspektive von drei bis fünf Jahren nach Start der Reformgesetzgebung – zumindest die ortsnahe Versorgung auf dem Land gefährdet. „Das Versorgungssystem, wie wir es hatten, ist bis dahin völlig auf den Kopf gestellt.“ Um das zu verhindern, sei der verfassungsrechtliche Weg sehr lang. Frank forderte, die Reform jetzt zu stoppen. mn

Europäisches Forum Zahnmedizin in Frankfurt

Erfolg in der Behandlung – aber sicher

„Wie sichere ich meinen Behandlungserfolg?“ – Mit diesem didaktisch neu konzipierten Thema lockte die Landeszahnärztekammer Hessen rund 2 500 Teilnehmer zum 11. Europäischen Forum Zahnmedizin nach Frankfurt. Zu den Highlights gehörten zwei Live-OPs, an denen die Besucher über ein elektronisches Voting-System bei der Entscheidungsfindung teilnehmen konnten. Harsche Kritik hagelte es in Sachen Gesundheitsreform.



Full House zur Fortbildung in Hessen (l.). Kammerpräsident Dr. Michael Frank (u.l.) und BZÄK-Präsident Dr. Jürgen Weitkamp nahmen Stellung zur Gesundheitsreform.

„Unser Kongress möchte den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine Orientierung zu den wesentlichen Faktoren der zahnmedizinischen Fachbereiche geben, um sie bei der Entscheidungsfindung zur Diagnostik und Therapie zu unterstützen“, erläuterte der Präsident der Hessischen Landeszahnärztekammer Dr. Michael Frank. Dahinter steckte ein didaktisch neues Konzept mit folgender Überlegung: Die einzelnen Bereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gruppieren sich um eine befundorientierte Behandlungsplanung – mit der Entscheidung des Patienten im Mittelpunkt. Dabei sind unterschiedlichste Therapien bei gleichberechtigter medizinischer Vertretbarkeit möglich. Das Kongressprogramm in Frankfurt – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Reiner Mengel, Marburg, – war so gewählt, dass genau dieser Ansatzpunkt zum Tragen kam. Namhafte Fachreferenten aus dem gesamten Bundesgebiet, der Schweiz und den USA illustrierten den Teilnehmern das zentrale Thema jeweils



Foto: LZK hessen

aus der Sicht ihres Fachgebiets. Das Erlernete sollte sich so zum Schluss zu einem gesamten klinischen Bild zusammenfügen. Zwei Live-Implantations-OP-Präsentationen im HDTV-Format, durchgeführt von Prof. Meyer und Dr. mult. Christian Foitzik, Fortbildungsreferent der Kammer Hessen, gehörten zu den Highlights. In einer interaktiven Form konnten die Teilnehmer über ein elektronisches Voting-System an der Entscheidungsfindung teilnehmen.

Kritik an der Reform

Angesichts der laufenden Debatten zur Gesundheitsreform stand die aktuelle Politik im Zentrum der Kongresseröffnung. Kammerpräsident Frank prognostizierte: „Diese Gesundheitsreform wird keine Lösung der

Probleme bringen.“ Kritisch ging er mit den Reformplänen um und zog ein vernichtendes Fazit: Der Wettbewerb werde nicht gestärkt, GKV und PKV zusammenzuführen, sei ein katastrophaler Fehler. Das gelte auch für die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an die KZVen beim neu einzuführenden Basistarif in der PKV. Hinzu kämen die Pläne zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und Versicherungsvertragsgesetz.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, kritisierte die gravierenden Geburtsfehler bei der Reform und forderte die Richtlinienkompetenz der Kanzlerin ein. Es sei schwer nachvollziehbar, dass unter Zwang des Machterhalts Regelungen geschaffen würden, in denen „zuviel DDR drin“ sei: „Der Schritt in den nationalen Gesundheits-Dienst ist nur ganz schwer wieder zurückzuführen.“ Weitkamp rief die Kollegen dazu auf, das Gespräch mit den regional zuständigen Bundestagsabgeordneten zu suchen, um so mit guten Argumenten von der Basis her Druck aufzubauen. „Was immer in Berlin beschlossen wird – behandeln können nur wir!“, unterstrich der Präsident die eigene Kompetenz des Berufsstandes. Diese werde garantiert durch kontinuierliche Fortbildung und das Bestreben, das eigene Können und Wissen ständig zu aktualisieren. „Denn“, so Weitkamp, „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde können nur approbierte Zahnärzte ausüben – und nicht die Politiker.“

Angesichts der vielen kritischen Stimmen zur Reform gab der Staatssekretär im hessischen Sozialministerium Gerd Krämer zu bedenken, dass diese auf einem Koalitionskompromiss aufgebaut sei und auf kleinstem gemeinsamem Nenner beruhe. Viele Handlungsoptionen, würde man hier nicht vorfinden. Lob sollte er der Zusammenarbeit mit den hessischen Zahnärzten auf Basis konstruktiver Gespräche. Und dem Zahnärztetag mit seinem beeindruckenden Fortbildungsprogramm erteilte er beste Noten: „Die Patienten können davon profitieren.“

pr

16. Brandenburgischer Zahnärztetag

Medizin in der Zahnarztpraxis

Brandenburgs Zahnärztetag zeigte wieder einmal: „Human- und Zahnmedizin sind im zahnärztlichen Berufsalltag eine untrennbare Einheit“. Insofern war es nicht der „Blick über den Tellerrand“, sondern ein ganz ordentliches berufliches Selbstverständnis, das mehr als ein Drittel der brandenburgischen Zahnärzte am 17. und 18. November zu diesem Fortbildungsthema nach Cottbus zog.

Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler scheint sich, so zeigte zumindest ihr Grußwort, über die hohe Fortbildungsmotivation der Zahnärzte ihres Landes zu freuen: „Denn wer sich fortbildet und qualifiziert, tut das Beste für seine Patienten.“ Für Brandenburgs Zahnärzteschaft war das nicht Appell, sondern ein eher schon traditioneller „Selbstgänger“.

Was unter wissenschaftlicher Leitung Professor Dr. Reiner Biffars programmatisch umgesetzt wurde, reichte von Vorträgen zu den Risiken durch Tabak und Alkohol über Diabetes, Allergien, bakteriellen und viralen Erkrankungen, rheumatischen, kardiovaskulären und endokrinen Erkrankungen bis zu Altersdemenz und altersspezifischen cerebralen Veränderungen. Allen gemeinsam, so stellten die zum großen Teil aus dem medizinischen Bereich eingeladenen Experten heraus, ist der enge Bezug zur Zahnmedizin. Für Brandenburgs Zahnärztekammerpräsident Jürgen Herbert liegt die Bedeutung des allgemeinmedizinisch ausgerichteten Generalthemas auf der Hand. Schließlich sei die Mundhöhle „die Eingangspforte zum Gesamtorganismus“, verdeutlichte der Cottbuser Zahnarzt diese Zusammenhänge im Pressegespräch.

Zur Betreuung von Patienten ist das nicht ohne Belang: Immerhin sei der Zahnarzt – neben dem Hausarzt – die am häufigsten frequentierte Arztgruppe, konstatierte Brandenburgs KZV-Vorsitzender Dr. Gerhard Bundschuh: Der Zahnarzt sei in der Regel „der Hausarzt, der von Kindeszeit an nicht gewechselt wird“. Deshalb komme den „Generalisten für Fragen rund um die Mundgesundheit“ eine wichtige Rolle zu. Diese Funktion werde seitens der Patienten,



Fotos: LZK Brandenburg



Im Einsatz für Fortbildung: Brandenburgs Zahnärzte und die Initiatoren (unten, v.l.n.r.) Dr. Bundschuh, Jürgen Herbert, Prof. Biffar sowie Westfalen-Lippes Kammerpräsident Dr. Dieckhoff als befreundeter Gast.

so Prof. Biffar, immer noch mit Überraschung aufgenommen, zum Beispiel, „wenn der Zahnarzt Erkrankungen und Veränderungen der Schleimhäute diagnostiziert, mikrobiologische Diagnostik betreibt, sich mit Demenz und Alterserkrankungen auseinandersetzt, Empfehlungen zur Ernährung gibt, zum Suchtverhalten Stellung bezieht und allgemeine Erkrankungen wie Rheuma, Diabetes und vieles mehr in seine Überlegungen zur Diagnostik, Therapie und Prognose mit einbezieht“.

Von Pferden und Kamelen

Dass die im wissenschaftlichen Bereich konstatierte enge Verbindung der Disziplinen zurzeit ein – wenn auch anders geartetes – Pendant im gesundheitspolitischen Sektor hat, stellte der brandenburgische Kammerpräsident in seiner Begrüßung zum Zahnärztetag besonders heraus: „Noch nie

hat es die Politik geschafft, Human- und Zahnmedizin und auch andere Beteiligte so zusammenzuschweißen, dass sie gemeinsam agieren“, beschreibt Herbert nicht ohne Ironie die Folgen der von ihm als „rot-schwarzer Sozialismus“ gebrandmarkten Reformvorhaben der Bundesregierung. Diese „Kreuzung aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale“ sei wie die von „Kamel und Pferd“: Letztlich heraus komme ein „Alien, den niemand gebrauchen kann“. Herbert warnte davor, Zustände zurückzuholen, „die

wir in diesem Land schon einmal kennengelernt haben“.

Zuversichtlich zeigten sich Brandenburgs Standesvertreter in Bezug auf die künftig anstehenden Veränderungen durch die gesetzlich vorangetriebene berufsinterne Konkurrenz. Weder das Werben mit Auslandszahnersatz – Herbert: „Das kann doch jeder Zahnarzt“ – noch die Konkurrenz jenseits der deutschen Grenzen wird in Brandenburg gefürchtet. So habe die AOK des Landes ihre ehemals offensiv betriebene Werbung für die Behandlung ihrer Patienten in polnischen Praxen inzwischen eingestellt. Auch die vom Gesetzgeber jetzt ermöglichte Bildung von Praxisketten halten die Brandenburger Standesvertreter zurzeit kaum für zukunftsfähig.

Eine trotz der widrigen politischen Umstände selbstbewusste Haltung, die auch die vielen Teilnehmer im Rahmen ihrer freiwilligen Fortbildung vermittelten. mn

Freiberuflichkeit – das Fundament der Zahnärzte

Gabriele Prchala

Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung sind die Säulen des zahnärztlichen Berufsstandes. Der Deutsche Zahnärztekongress 2006 verteidigte vehement dieses Fundament gegen den politisch geplanten Staatsdirigismus im Gesundheitswesen. Das gemeinsam von Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde getragene Großereignis der Zahnärzteschaft, das von der gastgebenden Kammer Thüringen unterstützt wurde, fand seinen feierlichen Höhepunkt in der Zentralveranstaltung am 24. November im Erfurter Kaisersaal.

Die Veranstaltungen rund um den Deutschen Zahnärztekongress vom 22. bis 25. November in Erfurt standen im Zeichen der elementaren Bedeutung von Freiberuflichkeit im zahnärztlichen Berufsstand – was angesichts der Reformpläne zum Gesundheitswesen eine ganz besondere Brisanz erhielt. Denn die Bedrohung in Richtung Staatsmedizin ist in der Reform deutlich vorgezeichnet. Die Zahnärzteschaft stellt sich dem mit guten Argumenten für ihren Freien Beruf entgegen. Freiberuflichkeit – dieser Gedanke zog sich wie ein roter Faden durch die festliche Zentralveranstaltung im Erfurter Kaisersaal, bei der rund 380 Gäste aus Politik, Standespolitik, Wissenschaft und Verbandswesen vertreten waren. Gleich zu Beginn der Veranstaltung gab es Erfreuliches zu berichten. Der Präsident der

Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp wies – sich in Richtung Politik wendend – stolz auf die Ergebnisse der neuen Mundgesundheitsstudie DMS IV des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hin, die gemeinsam in Eigenregie des Berufsstandes von BZÄK und KZBV getragen wurde. Die Untersuchung zeige die große Zufriedenheit der Patienten mit ihren Zahnärzten und mache den Berufsstand sehr selbstbewusst: „Das ist ein schöner Beweis, dass die Patienten uns trauen, die Politik leider nicht, sonst würde sie nicht so stringent in unser Leistungsgeschehen eingreifen.“

Diesen Faden griff Klaus-Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, sofort auf und zollte den Zahnärzten ein dickes Lob: Die DMS IV-Studie belege, dass Deutschland in Bezug auf die Prävention, besonders bei Kindern und Jugendli-

chen, Spitzenwerte erlangt habe. Das dürfe man mit Stolz nach außen propagieren. Schröder ermutigte die Zahnärzte, in ihren Bemühungen nicht nachzulassen.

Der Fokus seines Grußworts lag angesichts des laufenden Gesetzgebungsverfahrens aber bei der Gesundheitsreform. Das hohe Niveau der zahnärztlichen Versorgung bleibe auch in Zukunft erhalten, unterstrich er. Mit der Einführung des Festzuschuss-Systems 2005 sei man einen wichtigen Schritt gegangen, um dem Patienten mehr Entscheidungsfreiheit zu bieten.

Mit den geplanten Neuerungen sei man aus seiner Sicht auf einem Weg, der eine klare Linie zeige. Mehr Wettbewerb, Einzelverträge, Vertragsfreiheit, weitere Wahlmöglichkeiten für Versicherte und mehr Flexibilisierung gehörten dazu. Zu den Vorteilen zählten auch die Liberalisierung der Altersgrenze und neue Möglichkeiten der



Die Gastgeber mit ihren Ehrengästen (v.l.n.r.): Dr. Dr. Weitkamp, Staatssekretär Schröder, Dr. Heide Weitkamp, RA Lanfermann MdB, Dr. Oesterheld und Klaus Schlechtweg, HGF der BZÄK ...



... KZBV-Vizevorsitzender Dr. Wolfgang Eßer, Dr. Bergholz, Prof. Meyer, Petra Corvin, KZBV, Dr. Fedderwitz und Dr. Neubauer.



KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz:
„Die Politik soll uns machen lassen! Wir haben gezeigt: Es geht doch!“

DGZMK-Präsident Prof. Dr. Dr.h.c. Georg Meyer:
„Die Öffentlichkeit muss mehr über den ‘Arzt im Zahnarzt’ wissen.“

BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp:
„Schöpfen wir freiberufliche Kraft aus unserer ärztlichen Rolle!“

Berufsausübung. Ausführlich ging Schröder auf den geplanten Basistarif ein. Sein Fazit: „Es gibt gute Gründe, dass in der PKV die Möglichkeit geschaffen wird, dass Versicherte die Chance haben, zurückzukehren und versichert zu sein.“

Schlagkräftige Argumente gegen die Reformpolitik der Koalition fand RA Heinz Lanfermann, MdB, Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss. Es könne nicht angehen, dass eine Reform damit beginne, die Beiträge kräftig zu erhöhen, kritisierte er und forderte, dass Rücklagen für die Zukunft gebildet werden. Den Gesundheitsfonds bezeichnete er als ein „bürokratisches Monster“ und unterstrich, dass sich der Widerstand gegen die Reform „quer Beet“ gebildet habe, angefangen von

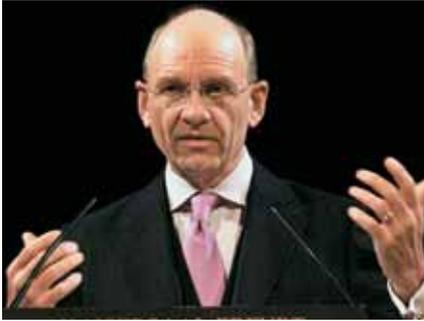
Koalitionsmitgliedern bis hin zu den einzelnen Berufsgruppen. Lanfermann kritisierte sowohl den vorgesehenen Einheitsverband für Krankenkassen wie auch die Hauptamtlichkeit beim Gemeinsamen Bundesausschuss und vor allem den geplanten Basistarif in der PKV. Seine Quintessenz: „Staatsmedizin schimmert durch.“

Der Schulterschluss von Standespolitik und Wissenschaft, der auf dem Deutschen Zahnärztetag zum Tragen kam, beeindruckte Dr. Falk Oesterheld, Leiter der Zentralabteilung im Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen. Dies demonstrierte die Geschlossenheit des Berufsstandes: „Die Stimme der Zahnärzteschaft wird gebraucht in der Gesundheitspolitik.“ Aus seiner Sicht hob er vor allem

auch die gute Zusammenarbeit mit den beiden thüringischen zahnärztlichen Standesorganisationen Kammer und KZV hervor. Die Selbstverwaltung sei am besten geeignet, das Gesundheitswesen zu steuern.

Dialogbereit

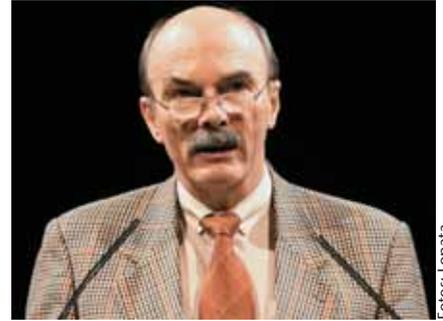
Der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, verwies auf die erfolgreiche Tradition der vergangenen Deutschen Zahnärztetage und unterstrich die Kommunikationsbereitschaft der Zahnärzteschaft in der politischen Öffentlichkeit: „Dies ist unser Beleg für einen ernsthaften Dialog.“ Fedderwitz brachte eine schonungslose Analyse zum Stand der Gesundheitsreform. Damit tue man sich in der Koalition extrem schwer:



Die Grußwortredner: BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder ...



MdB Heinz Lanfermann, Obmann der FDP-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss ...



... und Dr. Falk Oesteheld, Sozialministerium Thüringen.

Fotos: Lopata

„Beide Partner laufen gemeinsam zu getrennten Zielen. Dabei kann nichts Gescheites herauskommen.“ Auch Angela Merkel dürfe in dieser Angelegenheit nicht aus der Pflicht genommen werden. Fedderwitz monierte, dass die Kanzlerin noch nicht einmal auf das Angebot der elf Spitzenverbände des Gesundheitswesens reagiert hätte, ihr zu einem Gespräch zur Verfügung zu stehen. Er hätte sich eine andere Form der Auseinandersetzung gewünscht: „Mangelnder Veränderungswille und Besitzstandswahrung – in diese Ecke lassen wir uns nicht drängen.“ Auch wolle man sich nicht mit dem Totschlags-Argument im Bundesgesundheitsministerium abspesen lassen, dies alles sei „politisch so gewollt“. Seiner Befürchtung nach werde mit der Reform eine Einheitsversicherung kommen, bei der GKV und PKV gleichgeschaltet würden. Ziel sei es, „die PKV völlig platt zu machen“, den Weg in die Staatsmedizin zu

ebnen und dabei keinen Gestaltungsspielraum mehr zuzulassen: „Von Vielfältigkeit und der Stärkung des Wettbewerbs kann hier keine Rede sei – genauso wenig wie Zitronen falten mit einem Zitronenfalter zu tun hat“. Die Selbstverwaltung würde zu einer Marionette des Ministeriums mutieren, das Ende der Freiberuflichkeit sei vorprogrammiert. Dazu gehöre die Einführung neuer Formen der Berufsausübung mit Kettenpraxen und Franchise-Modellen, die dem Kollegen Fesseln anlegten: „Wir sehen doch an allen Ecken und Enden, wohin die Reise geht!“ Klar bekannte sich der KZBV-Vorsitzende zum Festzuschuss-System, das zu einem der ganz wenigen echten Strukturreformen gehöre. Das Modell müsse ausgebaut werden. Fedderwitz wörtlich: „Wir brauchen eine zweite Honorarebene und keine platt gemachten Tarife.“

Im Mittelpunkt der zahnärztlichen Tätigkeit stehe der Patient. Der Berufsstand habe –

mit Wissen um diese Verantwortung – in Eigenregie eine ganze Reihe von Maßnahmen in die Wege geleitet, um die Belange des Patienten zu stärken. Dazu gehöre zum Beispiel das Qualitätsmanagement genauso wie das Zweitmeinungsmodell. Die Ergebnisse der DMS IV-Studie hätten gezeigt, dass künftig im Bereich der Parodontologie neue Herausforderungen auf die Zahnärzteschaft zukämen. Auch hier werde man sich entsprechend engagieren, und zwar ohne den Einfluss der Politik aus dem Berufsstand heraus: „Die Politik soll uns machen lassen. Wir haben bereits gezeigt, was wir selbst zu leisten im Stande sind: Es geht doch!“

Standortbestimmung

Eine Standortbestimmung der Zahnmedizin im Verhältnis zur Medizin nahm der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Prof.



Meinungsaustausch am Rande des Festaktes: Dr. Schröder, Festredner Dr. Neubauer und Dr. Dr. Weitkamp



Fachliche Diskussion: BFB-Vizepräsident Dr. Wolfgang Heubisch, Klaus Schlechtweg, BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Dr. Neubauer und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich



Dr. Neubauer mit Bankdirektor a.D. der Apobank Richard Deutsch und dem KZBV-Vizevorsitzendem Dr. Wolfgang Elßer (v.l.n.r.)



Staatssekretär Schröder im Austausch mit dem KZBV-Vizevorsitzenden Dr. Günther E. Buchholz und Dr. Fedderwitz (v.l.n.r.)

Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, aus Sicht der Wissenschaft vor. Während die Zahnmedizin inzwischen ganz selbstverständlich medizinische Erkenntnisse berücksichtige, sei dies in der Medizin umgekehrt noch lange nicht der Fall. So seien beispielsweise zahnmedizinische Vorlesungen nach der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte ganz aus dem medizinischen Studium verschwunden. Dies sei umso erstaunlicher, da gerade in jüngster Zeit evidente Wechselwirkungen beispielsweise bei Mundschleimhautveränderungen und internistischen Erkrankungen nachgewiesen wurden. Meyer betonte, dass auf Basis dieser Erkenntnis ein radikales Umdenken in der bisher geübten Praxis erfolgen müsse. „Die Einbindung zahnärztlicher Kompetenz in interdisziplinäre Diagnostik und Therapie ist geradezu ein Muss!“ Damit einher gehe auch eine gezielte Aufklärung: „Die allgemeine und auch medizinische Öffentlichkeit muss mehr über den ‘Arzt im Zahnarzt’ wissen.“ Der DGZMK-Präsident ging auf die Forderung des Wissenschaftsrats nach einer engeren Verzahnung der Zahnmedizin mit der Allgemeinmedizin in Forschung, Lehre und Krankenversorgung ein. Die Notwendigkeit dieses Schrittes zeige sich auch im internationalen Vergleich. Während allgemeinmedizinische Zusammenhänge nach wie vor Bestandteil des zahnmedizinischen Grundstudiums seien, habe sich die Medizin von der Zahnmedizin verabschiedet. „Diesen Abstieg, der den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entgegensteht, sehe ich als eine wahre Dekadenz, die wir uns nicht leisten können.“ Seine Forderung: „Der vielbeschworene ‘State of the Art’ sollte hier schnellstmöglich Alltags- und Behandlungsstandard werden!“

Unabhängigkeit

„In dieser Gesundheitsreform steckt zuviel DDR!“, betonte BZÄK-Präsident Weitkamp zu Beginn seiner Grundsatzrede zur Freiberuflichkeit (siehe dazu auch den Leitartikel Seite 4). „Die Frage ist, ob die Freiberuflichkeit dies alles überleben wird.“ Er unterstrich die besondere Rolle des Freiberufers: Klare fachliche Unabhängigkeit, ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Patienten und eine umfangreiche berufsrechtlich unterlegte Selbstkontrolle gehörten dazu. Der Berufsstand habe alle Hände voll zu tun, um gegenüber der Politik diese Rolle zu verdeutlichen. Denn: „Nur in Freiberuflichkeit können wir unsere Patienten so behandeln, wie das unserer fachlichen und persönlichen Verantwortung entspricht. Unsere Patienten anerkennen das täglich, unsere Regierung nicht!“ Weitkamp bemängelte, dass im Gesetzesentwurf der Koalition die Selbstverwaltung immer mehr verstaatlicht werde. Stark wehrte er sich gegen die Einführung des Basistarifs in der GKV und den geplanten Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Er sprach vom „Etikettenschwindel, der als Wettbewerbsstärkung verbrämt wird“. Gesundheitspolitik sei zu einer reinen Machtfrage geworden, um die Aufrechterhaltung der Koalitionsregierung zu unterstützen.

„Die Reform löst keine Probleme, sie schafft Probleme – sie ist das Problem.“

Der Staat habe im Arzt-Patientenverhältnis nichts zu suchen, mische sich aber immer mehr ein und beschneide die freiberuflichen Rahmenbedingungen. Der Präsident kritisierte die permanente Versozialrechtlichung in der zahnärztlichen Berufsausübung. „Sozialrecht ist zur Allzweckwaffe des Gesetzgebers geworden, mit der er herumfuhrwerk ohne Rücksicht auf bundesstaatliche Kompetenzordnung, Grundrechte, Berufsrecht oder europarechtliche Bestimmungen.“

Als verhängnisvoll bezeichnete der Weitkamp den staatsdirigistischen Weg, der in einen Nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild münde. Zwar, so betonte er, entstünde dadurch – siehe Großbritannien – auf Dauer ein freiberuflicher Nebenmarkt mit freiberuflichen Nischen. Gleichzeitig fördere dies aber den Weg in die Zweiklassenmedizin und in graue Märkte.

Weitkamp warnte vor Modellen, die Heilberufler in die Vergewerblichung und in abhängige Beschäftigungsverhältnisse treiben. Dies könne auf Dauer auch zu fachlicher Abhängigkeit führen. Gerade freiberufliche Selbstverwaltungen würden in Zukunft bitter nötig sein, als Gegengewicht zu staatsmonopolistischen Entscheidungen. „Unsere Aufgabe ist es, die Freiberuflichkeit unseres

Ständen der Presse Rede und Antwort: Dr. Fedderwitz, Prof. Meyer, Dr. Weitkamp, Jette Krämer, BZÄK. Dr. Bergholz und der vormalige DGP-Präsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann (v.r.n.l.)



Berufsstandes ohne Wenn und Aber aufrechtzuerhalten, gerade auch in widrigen Zeiten. Folgen wir nicht dem scheinbar bequemeren Weg der Anpassung. Schöpfen wir freiberufliche Kraft aus unserer ärztlichen Rolle! Wir sind es unseren Patienten schuldig.“

Prüfstand

In seinem Festvortrag stellte Prof. Dr. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik München, die Gesundheitsreform 2006 auf den Prüfstand. Wichtig sei es, Entwicklungen zu erkennen, um dann entsprechende Strategien zu fahren, wie man damit umgeht. Er prangerte die deutsche Mentalität an, derzufolge es heißt: „Wenn wir schon untergehen, dann gemeinsam, einheitlich und solidarisch.“ Der Gesundheitsreform und den Plänen der Koalition erteilte er schlechte Noten. Es gebe zahlreiche ungelöste Probleme. So sei es beispielsweise ein Trugschluss, davon auszugehen, dass die GVK geheilt werde, wenn man die PKV abschaffe. Den Gesundheitsfonds bezeichnete er als einen „Sündenfall im Gesundheitssystem.“ Der Effekt: Bei diesem diffusen Gebilde habe jeder das Gefühl, er zahle zuviel und bekomme zu wenig.

Neubauer zählte eine Reihe von Lösungsansätzen aus seiner Sicht auf, beispielsweise die Abkopplung der Beiträge der GKV von den Arbeitskosten oder individuelle Gesundheitsparkonten für die Altersvorsorge. Der Trend zur privaten Absicherung und Zusatzversorgung werde künftig zunehmen. Wichtig für den zahnärztlichen Bereich sei eine Flexibilisierung der Kostenerstattung und eine Abschaffung der Bedarfsplanung. Er prognostizierte, dass die nächste Gesundheitsreform mit Flickschusterei am System bereits bevorstehe: „Nach der Reform ist vor der Reform.“ Stattdessen rief er dazu auf, Mut zum Risiko und zu einem Systemwechsel aufzubringen. Im Anschluss an den Festakt traten der BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen

Fedderwitz, der DGZMK-Präsident Prof. Dr. Dr. Georg Meyer, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie Prof. Dr. Thomas Hoffman (Tagungspräsident des Wissenschaftskongresses) und der Präsident der gastgebenden Kammer Dr. Lothar

Bergholz auf einer gut besuchten Pressekonferenz an die Öffentlichkeit. Mit den Botschaften des Deutschen Zahnärztetages fanden die zahnärztlichen Spitzenvertreter von Standespolitik und Wissenschaft eine große Resonanz in den Medien. ■

Auszeichnung für verdienstvolles Ehrenamt

Anlässlich der Festakte zum Deutschen Zahnärztetag in Erfurt zeichnete der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, drei Kollegen für ihr langjähriges und verdienstvolles Engagement für die Zahnärzteschaft aus. Dr. Dr. Hennig Borchers, Dr. Joachim Lüddecke und Dr. Karl Horst Schirbort erhielten die Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Gold. „Alle drei Kollegen haben sich in hohem Maße ausgezeichnet und um den zahnärztlichen Berufsstand verdient gemacht“, unterstrich Weitkamp in seiner Laudatio.



Dr. Dr. Hennig Borchers, Dr. Joachim Lüddecke und Dr. Karl Horst Schirbort erhielten die Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Gold. „Alle drei Kollegen haben sich in hohem Maße ausgezeichnet und um den zahnärztlichen Berufsstand verdient gemacht“, unterstrich Weitkamp in seiner Laudatio.

■ **Dr. Dr. Hennig Borchers, Hannover**, (Foto: l.) hat acht Jahre jeweils als Vizepräsident und dann als Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen gewirkt. Als gleichzeitiges Mitglied des Vorstandes der BZÄK hat er im EU-Ausschuss und als Mitglied des Beraterstabes für den Berlin-Umzug der BZÄK wichtige Weichen gestellt. Er engagierte sich unter anderem als ehrenamtlicher Richter am Landessozialgericht in Niedersachsen, nahm einen befristeten Lehrauftrag an der Universität Göttingen an und ist Mitglied im Präsidium der Akademie für Sozialmedizin in Hannover. Auch als Vorstandsmitglied der Arbeitsgruppe „Zahnärztliche Behindertenhilfe“ war er aktiv. Borchers wurde wegen seines vielfältigen Engagements bereits 1988 mit der Ehrennadel in Silber gewürdigt.

■ **Dr. Joachim Lüddecke, Leipzig**, (Foto: 2.v.l.) ist der Gründungspräsident der Landes-zahnärztekammer Sachsen und hat sich in der Zeit nach der Wiedervereinigung große Verdienste erworben. Dank seines Engagements hat er maßgeblich am raschen Aufbau einer funktionstüchtigen Selbstverwaltung der sächsischen Zahnärzteschaft mitgewirkt und so die Neustrukturierung des zahnärztlichen ambulanten Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern unterstützt. Lüddecke war langjähriges Vorstandsmitglied der BZÄK und bekleidete vier Jahre lang das Amt eines Vizepräsidenten. Als Leiter des BZÄK-Ausschusses „Zahnärztliche Berufsausübung“ hat er jahrelang markante Zeichen gesetzt. Bis heute ist er in eigener Praxis tätig.

■ **Dr. Karl Horst Schirbort, Burgdorf**, (Foto: r.) hat als Vorsitzender der KZBV acht Jahre lang – unter anderem während der Ära des ehemaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer – die Geschicke des Berufsstandes an maßgeblicher Position mitbestimmt. Bei der KZV Niedersachsen arbeitete er in verschiedenen Funktionen bis hin zum 1. Vorsitzenden über viele Jahre. Zum Standardbegriff ist inzwischen seine Forderung der „gleich langen Spieße“ bei der Auseinandersetzung der Vertragspartnerschaft geworden. Schirbort war Landesvorsitzender des FVDZ Niedersachsen, ist Delegierter der Landes- und Hauptversammlung sowie Delegierter der BZÄK-Bundesversammlung. Heute ist er Vorsitzender des Leitenden Ausschusses des Altersversorgungswerks der Zahnärztekammer Niedersachsen. Schirbort ist Träger der Silbernen Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft und erhielt die Ehrengabe der Zahnärztekammer Niedersachsen. pr

KZBV-Vertreterversammlung in Erfurt

Freiräume schaffen – und Grenzen ziehen

Claudia Kluckhuhn

Boxt die Regierung diese Gesundheitsreform wie geplant durch, setzt sie nichts weniger aufs Spiel als die patientengerechte Versorgung. Das war den Delegierten auf der VV in Erfurt nur allzu bewusst. KZBV und KZVen werden deshalb alles daran setzen, den Weg in Staatsdirigismus und Zuteilungsmedizin zu verstellen und die freiberuflichen Strukturen im zahnärztlichen Beruf zu verteidigen.

„Gut 80 Prozent aller Deutschen lehnen diese Gesundheitsreform ab. Ärzte, Kassen, Gewerkschaften und Unternehmer sind sich erstmals in der Geschichte der BRD einig und bezeichnen diese Reform als Desaster“, bilanzierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Federwitz den Status quo. „Und dennoch will die Koalition diese Nullnummer durchpauken!“ Die Politik verfolge den Weg in die Zentralisierung und Staatsmedizin konsequent weiter, fügte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer hinzu: „Und dieser Weg wird ohne mit der Wimper zu zucken als Reform für die Versicherten verkauft – das ist das Schlimme.“ Tatsache sei auch, berichtete Federwitz weiter, dass sich die Politik – allen voran das BMG und Ulla Schmidt – Sachargumenten völlig verweigert. Setzte die Regierung in der gesetzgeberischen Frühphase noch auf Austausch, hieß es heute nur noch „Augen zu und durch“. „Zwar wurden wir zur Anhörung ins Ministerium eingeladen – aber unser Know-how stößt bei der Regierung

auf taube Ohren.“ Auch auf einen in der Geschichte einmaligen gemeinsamen Brief aller großen Gesundheitsverbände an die Kanzlerin mit dem Angebot, zusammen eine tragfähige Reform auf die Beine zu stellen, kam bis heute keine Antwort. Federwitz: „Wer kritisch nachfragt, wird mit dem Satz ‘Das ist politisch so gewollt!’ abgespeist.“ Zu groß sei wohl die Angst, dass das Werk der Analyse nicht standhält und schmachvoll in sich zusammenfällt. Den Eindruck teilte auch der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz, der mit den wichtigsten Vertretern des Gesundheitswesens im Kanzleramt war, um Angela Merkel die Position der Zahnärzteschaft darzulegen (Kasten Seite 33). „Die Kanzlerin hatte am persönlichen Austausch jedoch offenkundig kein Inte-

resse – bereits im Vorfeld lehnte sie es ab, selbst zu erscheinen und schickte ihren Kanzleramtsminister vor – das Verhalten zeigt doch, dass die Regierung auf unser Wissen pfeift und sich nur der Höflichkeit halber mit uns getroffen hat.“ Mit Erstaunen, so Federwitz, habe die KZBV daher festgestellt, dass der Gesetzgeber wohl gewillt sei, an einigen Stellen den Belangen der zahnärztlichen Behandlung Rechnung zu tragen. So sei geplant, das Sachleistungsprinzip weiter zu liberalisieren, indem die Versicherten künftig bei jeder einzelnen Behandlung die Kostenerstattung wählen können – „und zwar ohne vorherige fürsorgliche Beratung durch die Kassen.“ Positiv sei auch, dass jene im Gegenzug Tarife mit Selbstbehalten und Beitragsrückerstattungen für alle Mitglieder anbieten dürfen.

Fotos: Lopata



Die Kneipe von Becks, der Friseurladen von Wella und jetzt die zahnärztliche Praxis von Kavo oder Omnident? Zumindest letzteres ist mit der KZBV nicht zu machen. Sie setzt sich kompromisslos für die Interessen der Zahnärzte und Patienten ein, stellen der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Federwitz und seine beiden Vizes Dr. Wolfgang Eßer und Dr. Günther E. Buchholz auf der VV in Erfurt klar.

Mit dem Festzuschuss zur Kostenerstattung

„Wirklich weiter gebracht hat uns auch hier das Festzuschussystem“, resümierte Fedderwitz. „Erstens, weil es in der Prothetik die Budgets abschaffte, zweitens, weil es gesetzlich weg von der Sachleistung hin zur Kostenerstattung führt und drittens, weil der Berufsstand beweisen konnte, dass er die gewonnen Freiräume nicht ausnutzt.“ Dabei stellte der KZBV-Chef unmissverständlich klar: „Der Gesinnungswandel in der Politik beim Thema Kostenerstattung ist kein Zufallsprodukt, sondern das Ergebnis permanenter Überzeugungsarbeit seitens der Zahnärzteschaft! Dieser Erfolg geht nicht zuletzt auf unsere jahrelangen Bemühungen zurück, in den Gesetzgebungsverfahren immer wieder auf die Besonderheiten zahnärztlicher Belange hinzuweisen.“

Bei den Festzuschüssen sei es der KZBV zudem gelungen, im G-BA einstimmig eine entsprechende Änderung der Richtlinien durchzusetzen, nach der auf Basis der KZBV-Empfehlung die Unwuchten im Reparaturbereich nachjustiert werden, ergänzte Eßer. „Mein Fazit: Das Festzuschussystem steht auf sicheren Beinen und hat der ersten Inspektion mit Bravour standgehalten.“

Die eigentliche Gefahr für die Festzuschüsse, so Eßer, liege freilich in der vom BMG immer wieder geforderten Angleichung der zahnärztlichen Gebührenordnungen. „Für das betriebswirtschaftliche Überleben der Zahnärzte im gedeckelten GKV-System ist es aber zwingend notwendig, die GOZ als flexible private Gebührenordnung zu erhalten!“ Die BZÄK trage hier eine besonders große Verantwortung – nicht nur für den privat Zahnärztlichen, sondern auch für den vertragszahnärztlichen Bereich. Denn ohne eine zum Bema verschiedene Leistungsbeschreibung und -honorierung würden Mehrkostenregelungen und Festzuschüssen die Basis entzogen.

Auch im Bereich Vollnarkosen konnte sich die KZBV durchsetzen – die Bestrebungen des ärztlichen Bewertungsausschusses, die GKV-Leistungen für Vollnarkosen im zahnärztlichen Bereich drastisch zu Lasten der Patienten einzuschränken, konnten in letz-

Zu Gast im Kanzleramt

Am 22.11. waren die wichtigsten Vertreter des Gesundheitswesens, darunter für die Zahnärzteschaft der KZBV-Vizechef Dr. Günther E. Buchholz und BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich, im Kanzleramt, um Angela Merkel gemeinsam ihre Positionen zur Gesundheitsreform darzulegen. Wie Buchholz schilderte, hatte die Kanzlerin am persönlichen Austausch jedoch offenkundig kein Interesse – bereits im Vorfeld lehnte sie es nämlich ab, selbst zu erscheinen und schickte Kanzleramtsminister de Maizière vor. 1,5 Stunden hatte man für Ärzte und Zahnärzte, eine halbe Stunde für Heil- und Hilfsmittelbringer anberaumt. Alles in allem, so Buchholz, habe es aber eben keine Unterredung mit Merkel gegeben, und die Beteiligten wurden nicht zusammen, sondern separat in Grüppchen empfangen. Buchholz: „Vorher wurden wir im wahrsten Sinne des Wortes einfach in die Ecke gestellt – allein dieses Verhalten zeigt doch, dass die Regierung auf unser Wissen pfeift.“ Zwar kannte sich de Maizière laut Buchholz mit Regression und Budgetierung aus, forderte die Gäste aber stets in provokativem Ton heraus, Lösungen für die Probleme im System zu liefern. „Lösungen“, so Buchholz, „die die Politik vorhalten müsste, aber nicht parat hat!“ Er stellte klar, dass man mit begrenzten finanziellen Mitteln nicht unbegrenzt Leistungen erbringen kann – zu diesem Fakt sollte sich die Politik endlich mal bekennen. Die Zahnärzte hätten mit den Festzuschüssen bereits ein überzeugendes Modell entwickelt, das gerade dieser Problematik Rechnung trägt. ■

ter Sekunde verhindert werden. Eßer: „Der Ausschuss ist nach intensiver Arbeit weitgehend unserer Stellungnahme gefolgt, medizinisch notwendige Narkosen im Rahmen der GKV-Leistungspflicht weiterhin zu ermöglichen und diese zugleich scharf gegen die Wunschnarkosen abzugrenzen.“ Einen weiteren Durchbruch erzielten die Zahnärzte Fedderwitz zufolge auch beim Thema Plausibilitätsprüfung: Erkennt der Gesetzgeber doch endlich an, dass sich zahnärztliche Behandlungen nicht in vorgegebene Zeitschemata und Tagesprofile pressen lassen. Zu fruchten scheint auch der ständige Hinweis der KZBV, dass es im zahnärztlichen Bereich niemals eine Unterversorgung gegeben hat, die die aufwendige Bedarfsplanung und -zulassung überhaupt rechtfertigen ließe. Bestätigt wird die KZBV und mit ihr das Bundesschiedsamt auch bei der Praxisgebühr: Zwar soll die aus zahnärztlicher Sicht völlig unverständliche Regelung, derzufolge die KVen die Praxis-

gebühr für die Kassen einziehen und gegebenenfalls per Gericht einfordern müssen, gesetzlich fixiert werden. Zugleich soll aber in den Bundesmantelverträgen eine andere Lösung vereinbart werden können. Und genau das ist für den vertragszahnärztlichen Sektor bereits vor Jahren geschehen.

Highlights des Regelungsirrsinns

Trotz der kleinen Erfolge bleibt diese Reform gleichwohl eine Mogelpackung, betonte Fedderwitz. „Es steht Wettbewerb drauf und es ist staatliche Bevormundung drin!“ Die Maxime der Politik hieße eben immer noch: Trotz begrenztem GKV-Leistungsvolumen maximale Leistungsmengen einzukaufen.

Unumwunden abgelehnt wurde von Fedderwitz der Basistarif in der PKV: „Das ist der Einstieg in die Einheitskasse – und zugleich das Grab für die Vollversicherung!“ Weitere bevorstehende „Highlights des Regelungsirrsinns“ seien, dass Zweitpraxen laut Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) künftig innerhalb einer KZV und KZV-übergreifend gegründet werden dürfen und der G-BA vom BMG an die kurze Leine gelegt werden soll – zu Lasten der dadurch kastrierten Selbstverwaltung. Geradezu paradox müsse man das im GKV-WSG konkretisierte Vorhaben bewerten, im Namen einer Liberalisierung weiterhin auf Budgetierung, Degression und Honorarverteilung zu beharren. Das GKV-WSG fixiere in erster Linie den Beitragssatz – und dieser gelenkte Preiswettbewerb gehe voll auf Kosten der Zahnärzte und der KZVen, weil er die Zahnärzteschaft aufspaltet in Generalisten und Spezialisten: „Weil sich all diese Aktivitäten innerhalb des roten Gatters abspielen, führt diese interne Erosion zu einer Schwächung des Berufsstandes.“ Hier seien die KZVen in ihrer Landeskompetenz, aber auch die KZBV in ihrer Gesamtverantwortung gefragt – gerade sie können die Zukunft der Zahnärzteschaft positiv gestalten. Fedderwitz weiter: „Wir haben es in der Hand, die freiberuflich geprägte wohnortnahe Versorgung in diesem Land unter dem Diktat des roten Gatters sicherzustellen. Und nur wir können verhin-

dern, dass unsere Patienten zum ohnmächtigen Spielball neuer desorientierter Strukturen werden.“ Für Fedderwitz steht deshalb fest: „Die KZBV wird abgestimmt mit den KZVen sehr sorgfältig prüfen müssen, wo sie im Interesse der Kollegen Freiräume schafft oder Grenzen zieht.“ Und die zahnärztlichen Kollegen dort, wo es möglich ist, vor Praxisketten und Franchising schützen.

Fedderwitz: „Windigen Rechtsberatern, halbseidenen Finanzjongleuren und aalglatten Steuerföchten dürfen wir das Feld nicht überlassen!“ Eßer stimmte zu: „Wir werden Instrumente schaffen müssen, um KZV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften einzudämmen, sodass es durch sie nicht zu einer Benachteiligung der tradierten Praxisstrukturen kommt.“ Eßer: „Wesentliches Element des deutschen Gesundheitswesens war bisher dessen staatsferne Organisation. Steuerung und Interessenausgleich erfolgten durch demokratisch gewählte Vertreter mit großem Fachwissen. Die Selbstverwaltung wird ihrer Kompetenzen nun großteils beraubt.“

Neues von der eGK

Wie Buchholz berichtete, driftet die Regierung auch in der Telematik weiter ab Richtung Verstaatlichung und Zentralisierung. So erließ das BMG im November 2005 be-



Die Delegierten stimmten auf der VV ohne Wenn und Aber für den Erhalt der Freiberuflichkeit und eine patientengerechte Versorgung.

kanntlich die völlig überflüssige Rechtsverordnung, weil sich die Selbstverwaltung angeblich laufend selbst blockierte und dadurch das Projekt eGK verzögerte. Im vergangenen Jahr habe sich allerdings gezeigt, dass es unter der Maßgabe des Gesetzgebers auch nicht schneller ging. „Das BMG musste lernen, dass sich fachliche Arbeit nicht per Verordnung beschleunigen lässt. Aber der Irrsinn geht weiter!“ Nun plane das Ministerium die vorgesehenen Labortests einfach zu streichen und mit den unfertigen Karten ins Roll Out zu gehen. Buchholz: „Natürlich rät die gematik – genau wie wir – von einem verfrühten Roll Out ab, weil noch nicht alle Anwendungen getestet wurden und damit das Risiko steigt, alle Karten zurückrufen zu müssen.“ Dennoch propagiere das BMG aller Vernunft zum Trotz munter den Roll Out für Mitte 2007. Als Erfolg vermeldete Buchholz indes, dass E-Rezept und Notfalldaten vorgezogen, die

Online-Anwendungen dagegen nach hinten geschoben wurden. „Gerade die KZBV hat sich immer für eine dezentrale Datenspeicherung eingesetzt – im Idealfall wie nun geschehen auf der eGK des Patienten.“

Was die Kosten angeht, kam die von der Selbstverwaltung beauftragte Kosten-Nutzen-Analyse (KNA) zu dem Schluss, dass die eGK deutlich teurer wird als das BMG immer ver-

lautbaren lässt und die Zahnärzte erwartungsgemäß das negativste Kosten-Nutzen-Verhältnis aller beteiligten Berufsgruppen aufweisen. Deshalb, so Buchholz, rät die Studie, die Zahnärzte entweder gar nicht oder später an der eGK zu beteiligen. Vorstellbar sei auch, die eGK für Zahnärzte auf die verpflichtenden Anwendungen zu beschränken. „Unser Ziel ist nach wie vor, dass die Zahnärzteschaft nur im unvermeidbaren Ausmaß vor eGK betroffen wird und der Aufwand in den Praxen möglichst gering bleibt.“ Der KZBV-Vorstand habe daher beschlossen, die Zahnärzteschaft vorerst nur auf Basis der Online-Anbindung einzubinden. Inwieweit der Zahnarzt darüber hinaus die Anwendungen der eGK unterstützen muss, ist abzuklären. Buchholz: „Weil die KNA aber die Basis für die Verhandlungen zur Kosten-Refinanzierung darstellt, sind diese günstigen Ergebnisse in jedem Fall ein wichtiger Meilenstein.“ ■

Politische Beschlüsse der VV der KZBV

Gekürzte Fassung! Der volle Wortlaut steht im Netz unter www.kzbv.de
Die VV der KZBV

- spricht sich dafür aus, den Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung zu intensivieren und die Festzuschüsse als Wettbewerbskonzept für die zahnärztliche Versorgung zu implementieren
- will die Festzuschüsse auf andere Leistungsbereiche, wie etwa die Kieferorthopädie, ausdehnen
- fordert den Gesetzgeber auf, die Rahmenbedingungen für den weiteren Ausbau der Kostenerstattung zu schaffen
- will aktiv gegen die staatsgelenkte Einheitsversicherung, und damit gegen die Einführung des PKV-Basistarifs, vorgehen, weil diese Maßnahme auf die Abschaffung der PKV-Vollversicherung abzielt
- fordert alle politisch Verantwortlichen auf, den Rahmen für eine von Selbstbestimmung geprägte zahnmedizinische Versorgung zu schaffen

- ermahnt die Politik, am Prinzip der Selbstverwaltung festzuhalten
- bekräftigt, sich aktiv für den Erhalt freiberuflicher Strukturen im zahnärztlichen Beruf einzusetzen und sich gegen die fortschreitende Entmündigung von Zahnarzt und Patient zu stemmen
- fordert den Gesetzgeber auf, klarzustellen, dass Integrierte Versorgungsverträge im zahnärztlichen Bereich nicht angezeigt sind
- lehnt die Gründung von Teil- und überörtlichen Gemeinschaften als wettbewerbsverzerrend ab und fordert den Gesetzgeber auf, diese falsche Gewichtung zu korrigieren
- will in Verhandlungen mit Kostenträgern einen Ausgleich für die Mehrbelastung im Rahmen der 20-prozentigen Mehrwertsteuererhöhung erreichen
- hat beschlossen, in den KZVen ein Beratungsangebot für Patienten bei der ZE-Versorgung zur Verfügung zu stellen. Das Angebot umfasst auch den Ausbau des Portals www.zahnarzt-zweitmeinung.de.

BZÄK-Bundesversammlung

Bahn frei für eine neue Honorarordnung

Gabriele Prchala

Freiberuflichkeit – das Thema der Zentralveranstaltung zog sich wie ein roter Faden durch die Delegiertenberatungen der BZÄK-Bundesversammlung. Ein Kernbereich, der in diesem Zusammenhang allen unter den Nägeln brannte, war die Weiterentwicklung der privaten Gebührenordnung. Der weiteren Arbeit an einer neuen, aus dem Berufsstand und für den Berufsstand zu entwickelnden, Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) wurde grünes Licht erteilt.

In der kommenden Gesundheitsreform sehen die Delegierten der Bundesversammlung den Weg in den Staatsdirigismus und in eine Zuteilungsmedizin, die der Freiberuflichkeit der Heilberufe die Grundlage entzieht. Deshalb forderten sie in einer Kernresolution alle politisch Verantwortlichen auf nationaler und europäischer Ebene eindringlich auf, sich wieder auf Wert und Nutzen der Freiberuflichkeit zu beziehen. Unter diesem Tenor standen die Diskussionen auf der BZÄK-Bundesversammlung am 24. und 25. November im Erfurter Messegelände. Der gastgebende thüringische Kammerpräsident Dr. Lothar Bergholz sprach von „hörbaren Signalen“ in die Öffentlichkeit, die von den Beratungen ausgingen.



In seinem Bericht unterstrich BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp seine Kritik an der Dreifachgesetzgebung Versicherungsvertragsgesetz, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: „So, wie es gekommen ist, ist es schlimm.“ Er machte deutlich, dass die Zahnärzteschaft sehr intensiv mit diesem Thema umgehe und verhehlte auch nicht seine Enttäuschung über die Bundeskanzlerin, die „eher den Weg des Appeasements zwischen den Koalitionären“ gesucht habe. Seine Befürchtung: Außer einigen Änderungen an „ein paar Stellschraubchen“ werde sich wohl am Tenor des Gesamtgesetzes nicht mehr viel ändern.

Weitkamp ging auf die Fülle von Themen und Arbeitsgebieten ein, auf denen die Bundeszahnärztekammer aktiv ist. Er unterstrich die Bedeutung des Consiliums unabhängiger Wissenschaftler, das die BZÄK nachhaltig darin unterstützt habe, die Thesen der Freiberuflichkeit in die Öffentlichkeit zu tragen. Im ureigenen Bereich der ZahnMedizin und Prävention sei es der BZÄK gelungen, sich mit einer Vielzahl von Publikationen und Stellungnahmen nach außen zu positionieren, in den letzten Wochen ganz verstärkt mit den Botschaften der DMS IV. „Wir sind gut aufgestellt“, sagte er auch mit Blick auf die Aufstiegsfortbildungen im Praxisassistentenbereich.



BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp betonte: „Wir sind gut aufgestellt!“



Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich stellte den neuen Leitfaden Psychosomatik vor.



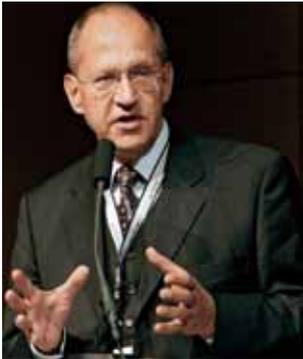
Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels erläuterte den Haushalt.



Engagierter Vorsitz der Bundesversammlung (v.l.n.r.): Dr. Eberhard Steglich (stellv. Versammlungsleiter), René Krousky (BZÄK-Justitiar), Dr. Rainer Jekel (Versammlungsleiter), Dr. Klaus Bartling (stellv. Versammlungsleiter), Dr. Dr. Weitkamp, HGF Klaus Schlechtweg, Prof. Sprekels und Dr. Oesterreich

In Sachen Neustrukturierung der Approbationsordnung für Zahnärzte seien die Weichen in die richtige Richtung gestellt. Nun sei Eile geboten, um zu verhindern, dass Diskussionen um die Aufteilung des Zahnmedizinstudiums in Bachelor- und Masterstudien an Boden gewinnen.

Weitkamp unterstrich die Notwendigkeit, die Berufsordnung ständig den sich ändernden Anforderungen anzupassen. Auf dem Gebiet der Infektionsprävention und Hygiene sei es gelungen, „in mühsamster Kleinarbeit Boden und Land zu gewinnen“.



Dr. Peter Engel, Vorsitzender des Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht

Prof. Dr. Wilfried Boecken, Rechtswissenschaftler an der Universität Konstanz

Mit Geschick und Überzeugungskraft sei es gelungen, die anlassbezogenen Praxiskontrollen in Kammerhand, also in Eigenregie des Berufsstandes, zu lassen.

Im Großprojekt Telematik wirke man darauf hin, dass wichtige Grundsätze der Zahnärzteschaft berücksichtigt würden. Skepsis sei zwar angebracht, doch: „Wir müssen uns selber fragen und fragen lassen: Können wir uns so einfach abkoppeln? Dann verlieren wir die Verbindung zu den restlichen Gesundheitsberufen.“

Aus den vielfältigen Themenbereichen der BZÄK griff der Präsident unter anderem die Rolle der Öffentlichkeitsarbeit und der Zahnärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (zzq) heraus. Die Kollegenschaft zeige ein großes Interesse an den dort erstellten Leitlinien, die gerade in Qualitätszirkeln der Kammer Hamburg evaluiert wür-

den. Als große Aufgabe der Zukunft sah der Präsident die weitere Gestaltung des Postgraduate- und Weiterbildungsgeschehens: Hier werden gemeinsame Vorschläge von Wissenschaft und Standespolitik erarbeitet und zu gegebener Zeit vorgelegt.

Psychosomatik-Leitfaden

Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dietmar Oesterreich stellte den Delegierten den gerade fertiggestellten Leitfaden der Bundeszahnärztekammer „Psy-



chosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ vor (siehe auch Nachricht Seite 10, die zsm werden in Kürze über den Leitfaden ausführlich berichten). Er ist von Vertretern des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK erarbeitet worden und lag anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in Erfurt erstmals vor. Ziel ist es, den Zahnarzt für dieses Problemfeld zu sensibilisieren. Interessierte Zahnärzte können den Leitfaden ab sofort über ihre zuständigen Länderkammer beziehen.

Ein Problem, dem sich die Kammern zunehmend stellen müssen, ist die Frage, ob juristische Personen (zum Beispiel GmbHs) in die Pflichtkammermitgliedschaft einbezogen werden können. Zu diesem Thema hat der Rechtswissenschaftler Prof. Dr. Winfried Boecken, Universität Konstanz und Mitglied im BZÄK-Consilium, im Auftrag der BZÄK

ein Gutachten erstellt, das er der Bundesversammlung darlegte. Sein Fazit: Eine gesetzliche Pflichtkammermitgliedschaft juristischer Personen, die sich primär mit der Erbringung von Leistungen der Zahnheilkunde beschäftigen, ist rechtlich zulässig und aus praktischen Gründen auch geboten. Bei der Regelung weiterer Vorgehensweisen empfiehlt sich ein gemeinsames Vorgehen mit allen Heilberufsgruppen. Auch die Mitgliedschaft von berufsfremden Personen innerhalb der juristischen Person wird in dem Gutachten befürwortet.

Kernthema GOZ

Den Kern der Diskussionen auf der Bundesversammlung bildeten die Novellierung der GOZ und die Vorstellung des break-even-points einer Zahnarztpraxis hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Steuerung. Dr. Peter Engel, Präsident der Kammer Nordrhein und Vorsitzender des Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht, gab den Delegierten einen ausführlichen Sachstandsbericht: Im Frühjahr dieses Jahres hatte sich zwischen dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und der BZÄK ein grundlegender Konflikt abgezeichnet. Während das BMG Gespräche auf Basis des Bema weiterführen wollte, wiesen die BZÄK-Vertreter darauf hin, dass eine neue Leistungsbeschreibung nur Sinn mache, wenn der wissenschaftlichen Systematik der Neubeschreibung der präventionsorientierten Zahnheilkunde Rechnung getragen werde. Wegen dieser unterschiedlichen Auffassungen hatte sich die BZÄK aus den gemeinsamen Gesprächen ausgeklinkt und das Konzept einer neuen Leistungsbeschreibung fußend auf der Neubeschreibung erarbeitet. Wichtig war dabei die Überlegung, dass das Ganze aus dem Berufsstand heraus und auf Basis zahnärztlicher Fachkenntnis entsteht.

Das enorm umfangreiche Werk teilt sich in drei Bereiche: die Kostenstruktur einer GOZ-Praxis, die Leistungsstruktur mit der Arbeitszeitzuordnung zu GOZ-Leistungen und die Bewertung, also die Erstellung der GOZ. Wichtig war, keine rein mechanische Bepreisung vorzunehmen, sondern eine betriebswirtschaftlich nachprüfbar Basis zu erstellen. Dr. Axel Seidel, Prognos AG Düsseldorf, stellte der Versammlung ein entsprechendes Gutachten vor, das seinem Institut in Auftrag gegeben wurde. Danach liege – bei 35,1 Behandlungsstunden pro Woche – als betriebswirtschaftlich notwendiges Honorar eines Durchschnitts-Zahnarztes eine Behandlungsminute von 3,38 Euro, beziehungsweise pro Behandlungsstunde 202,80 Euro brutto zugrunde. Der break-even-point einer Durchschnittspraxis sei bei einem Umsatz von 318 137 Euro erreicht, bei einem Brutto-Cash-Flow (Überschuss plus Abschreibungen) von 146 286 Euro. Anhand der BAZ-II-Studie des IDZ, die seinerzeit bereits bei der Neustrukturierung des Bema genutzt worden war, sowie anhand des Handbuchs der Zahnheilkunde aus Nordrhein wird derzeit ganz akribisch



Die Delegierten stimmten über eine Vielzahl von Beschlüssen ab.

Foto: Lopata

das Gebührenverzeichnis erstellt, eine äußerst umfangreiche Mammut-Arbeit, die zu etwa 90 Prozent abgeschlossen ist. Im Anschluss wird dann die Einfügung der Leistungen und Bewertungen in das Prognosegutachten erfolgen. Einige Fragen bezüglich des Paragraphen-Teils müssen noch vor verschiedenen Hintergründen ausdifferenziert werden.

Die Delegierten gaben nach intensivem Austausch und umfangreicher Meinungsbildung dem BZÄK-Vorstand grünes Licht, die Arbeiten auf dieser Basis fortzuführen. „Wir brauchen keine Traumvorstellungen, sondern verhandlungsstabile Ergebnisse, um

beim Gesetzgeber gehört zu werden“, betonte Engel gegenüber der Bundesversammlung. Diese beschloss, eine außerordentliche Bundesversammlung im Januar in Berlin durchzuführen, um die Beratungen abzuschließen und die neue Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) dann insgesamt zu verabschieden.

Etliche weitere Themen waren Gegenstand der Delegiertenberatungen und mündeten in eine Vielzahl von Beschlüssen (siehe Kasten). Die Diskussionen wurden gekonnt moderiert von Versammlungsleiter Dr. Rainer Jekel. Dabei erhielten die Leitanträge des Vorstandes Einstimmigkeit. Last but not least spielten auch haushalterische Fragen eine Rolle. BZÄK-Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels erläuterte der Versammlung den Haushalt 2007, woraufhin die Delegierten den Haushaltsplan als ausgeglichen feststellten und dem Vorstand Entlastung erteilten.

Beraten wurde außerdem über den Erwerb einer eigenen Immobilie im Berliner Regierungsviertel als Vermögensanlage der Bundeszahnärztekammer. Dieser Beschluss wurde abgelehnt. ■

Politische Beschlüsse

(Fassungen in stark verkürzter Form, der volle Wortlaut befindet sich als Download unter www.bzaek.de)

■ **Resolution: Auftrag zur Freiberuflichkeit:**

Politisch Verantwortliche auf nationaler und europäischer Ebene werden aufgefordert, sich wieder auf Wert und Nutzen der Freiberuflichkeit für die zahnmedizinische Versorgung der Patienten zu besinnen.

■ **Festzuschüsse:** Sie sollen als Wettbewerbskonzept für die zahnärztliche Versorgung dienen.

■ **Basistarif:** Er führt zur staatsgelenkten Einheitsversicherung und wird abgelehnt.

■ **Ausbau Festzuschuss-System:** Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Rahmenbedingungen für den weiteren Ausbau der Kostenerstattung in der zahnmedizinischen Versorgung zu schaffen.

■ **Gegen Verstaatlichung der Selbstverwaltung:** Der Gesetzgeber wird aufgefordert, am Prinzip der Selbstverwaltung festzuhalten.

■ **Basistarif:** Er ist der Weg zur staatsgelenkten Einheitsversicherung.

■ **GKV-WSG:** Das Vorhaben enthält Regelungen gegen das Grundgesetz.

■ **Versicherungsvertragsgesetz:** Der Entwurf ist ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Versicherungsrechte und führt zu Rechtsverlusten.

■ **Elektronische Gesundheitskarte:** Die Einführung in der zahnmedizinischen Versorgung soll zurückgenommen oder ausgesetzt werden.

■ **Direktabrechnung:** Gefordert wird eine weitere Liberalisierung der Direktabrechnung mit Kostenerstattung.

■ **GOZ:** Eine neue Honorarordnung soll vorgelegt und in einer außerordentlichen Bundesversammlung abgestimmt werden.

■ **Oralchirurgie:** Die zahnärztliche Chirurgie gehört gänzlich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an.

■ **Neue Honorarordnung für Zahnärzte:** Das neue Leistungs- und Honorarverzeichnis soll Anfang 2007 veröffentlicht und auf breiter Basis zugänglich gemacht werden.

■ **GOZ:** Die neue GOZ soll den Rang einer „subsidiären Taxe“ haben.

■ **GOZ-Novellierungsverfahren:** Bestimmte Forderungen bei der Novellierung sind unabdingbar.

■ **GOZ:** „Umstände bei der Ausführung“ sollen bei der Bemessung der Gebührenhöhe herangezogen werden.

■ **Koordinierungskonferenz GOZ:** Sie soll einberufen werden.

Wissenschaftlicher Kongress

Feierliche Eröffnung der 130. Jahrestagung der DGZMK in Erfurt

Ganz im Rahmen der Gesundheitspolitik stand in diesem Jahr die Feierstunde der 130. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die zusammen mit dem großen Deutschen Zahnärztetag sowie der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) in Erfurt abgehalten wurde.



Prof. Dr. Georg Meyer, Präsident der DGZMK (li.) sowie Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK im Gespräch mit dem Festredner Prof. Dr. Kurt Biedenkopf, dem ehemaligen Ministerpräsidenten von Sachsen (m.).

Foto: Schunk

Ein deutliches Zeichen des Zusammenhalts zwischen Wissenschaft und Standespolitik setzten sowohl der Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, und der DGZMK-Präsident Dr. Georg Meyer, Greifswald, sowie der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp in ihren Festreden.



Foto: DGP/Bellmann

Der Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Hoffmann, wünscht allen Teilnehmern spannende berufspolitische und praxisorientierte Streitgespräche.

Professor Meyer hat große Sorge um die Zukunft der Wissenschaftlichkeit der Zahnmedizin in Deutschland. Er skizzierte in seinen Grußworten die ständigen Kürzungen der Gelder für die Hochschulen, die damit verbundenen Degradierungen der Stellen für Hochschullehrer und Wissenschaftler und kritisierte die hohe Studentenzahl, die mit der verschlankten Personaldecke nicht mehr qualitätsbewusst auszubilden sei. „Sechs C4-Professoren der Zahnmedizin haben in letzter Zeit ihre Stellen verlassen, weil sie den Druck der Regierung nicht mehr ertragen konnten und sich in ihren Forschungsaktivitäten behindert sahen“, so Meyer in seiner Rede. Er warnte dringlichst vor „dem Exodus der Wissenschaft“ in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Die 116 Präsentationen anlässlich der Fortbildungsveranstaltungen in Erfurt zeugten zwar von einem hohen wissenschaftlichen Standard. Dieser sei aber, wenn nicht umgehend unterstützende Maßnahmen für die Hochschulen eingeleitet würden, weiterhin nicht mehr zu halten.

Mit großer Zufriedenheit registrierte Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, den nicht nur durch Napoleon bekannt gewordenen Standort dieses großen Zahnärztetags. Die „Hochzeit“, die der Deutsche Zahnärztetag mit der Wissenschaft und der Standespolitik feierte, setze Zeichen und werde, so der Präsident, ihre Folgen in die Praxen des ganzen Landes hineinbringen. „Wir schöpfen Kraft aus dieser wunderbaren Verbindung.“



Foto: DGP/Bellmann

„Die jetzige Reform wird keinerlei Wirkung haben, weil sie an den starren Strukturen nichts ändert. Und ihre Kosten steigen mit dem Quadrat der Zeit, in der sich nichts ändert.“

Dr. Kurt Biedenkopf

Berufsstand von „innen her“ gesund

Wie sehr die Wissenschaft Einfluss auf den täglichen Praxisalltag und die Ergebnisse der dortigen Behandlungsergebnisse nimmt, zeigte sich in aktuellen Ergebnissen der DMS IV-Studie (siehe auch zm 22/2006), die aktuell von der BZÄK und dem Institut der Deutschen Zahnärzte vorgestellt wurden. „Wir haben uns zum 4. Mal den Spiegel vorgehalten. Die Erfolgsgeschichte dieser Ergebnisse zeigt, dass wir uns selbstbewusst gegenüber der Politik aufstellen können. Weitkamp machte das am Beispiel der Zahnarzt/Patientenbindung fest, die nach den neuesten Untersuchun-



Prof. Meyer (l.) und Generalsekretär Dr. Rudolf Strathmann (r.), haben die Goldene Ehrennadel an BZÄK-Präsident Weitzkamp überreicht.

Goldene Ehrennadel der DGZMK

Anlässlich der Feierlichen Eröffnungsveranstaltungen verlieh die DGZMK die Goldene Ehrennadel an Dr. Dr. Jürgen Weitzkamp „in Würdigung seiner überaus großen Verdienste als BZÄK-Präsident um die fachliche, politische und damit strategisch wichtige, zukunftsweisende Positionierung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland – unter anderem

durch die Einbeziehung und Hervorhebung der DGZMK in Berufs- und Ausbildungsfragen die Goldene Ehrennadel. Mit einer weiteren Ehrennadel wurde Professor Dr. Ferdinand Sitzmann, Ulm, ausgezeichnet, Professor Dr. Gottfried Schmalz sowie Dr. Siegwart Peters erhielten die Ehrenmitgliedschaft. Näheres hierzu unter „Persönliches“ auf den Seiten 104ff. sp

gen über 90 Prozent beträgt. Die Tatsache, dass rund 3 000 Teilnehmer auf rein freiwilliger Basis nach Erfurt gereist sind, ist, so der BZÄK-Präsident, ebenso Beweis dafür, dass der Berufsstand „von innen her gesund ist“. Der Tagungspräsident sowie Präsident der DGP Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, sowie Dr. Lothar Bergholz, Landespräsident Thüringen, wünschten allen Teilnehmern „spannende berufspolitische und praxisorientierte Streitgespräche“ sowie „informativ Besuche in der umfangreichen Dentalausstellung, die nicht nur zum kollegialen Austausch, sondern auch zum Kennenlernen wissenschaftlicher Innovationen für den Praxisalltag dient“.

Der Festredner zum großen Wissenschaftskongress der DGZMK zeichnete sich durch seine jahrzehntelange Mitgestaltung der Politik Deutschlands aus: Professor Dr. Kurt Biedenkopf, ehemaliger Landeschef von Sachsen, reflektierte das Gesundheitswesen und goss hier und da während seiner Ausführungen Öl in das Feuer der derzeitigen Entwicklung der Gesundheitspolitik.

Kosten steigen mit dem Quadrat der verlorenen Zeit

So schlug Prof. Dr. Biedenkopf einen historischen Bogen von Bismarck bis Schmidt und diskutierte das Gesundheitswesen unter dem Aspekt der individuellen sowie der gesellschaftlichen Verantwortung. Er erinnerte in seinem Festvortrag an das Subsidiaritätsprinzip.

Seine Kritik: „Während die Anzahl der Paragrafen steigt und mit ihnen ihre Halbwertszeit, wird auch die Schattenwirtschaft immer größer. Die jetzige Reform wird keinerlei Wirkung haben, weil sie an den starren Strukturen nichts ändert. Und ihre Kosten steigen mit dem Quadrat der Zeit, in der sich nichts ändert.“

Biedenkopf fordert mehr Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme der Bevölkerung. Seine Idee für eine erfolgreiche Reform: „Der Staat muss Regelkreise einrichten, in denen die Bevölkerung gestalterisch mitwirken kann. Dann kann das auch ‚ihr‘ Staat werden.“ sp

Wissenschaftliches Programm

Parodontologie – multifaktorielles Krankheitsgeschehen

Die DGZMK, die DGP und auch der Arbeitskreis für Gerostomatologie hatten gerufen und alle kamen. Mit einer Rekordbeteiligung von rund 3 000 Zahnärztinnen und Zahnärzten, ihren Praxismitarbeiterinnen sowie Studentinnen und Studenten fand in Erfurt anlässlich des Deutschen Zahnärztetages ein wissenschaftliches Fortbildungsprogramm der Extraklasse statt, wie es die Hauptstadt Thüringens noch nie gesehen hatte.



Ausgangszustand einer Rezession mit Dentinverlust in der Wurzeloberfläche am oberen Eckzahn.

Nach den erfolgreichen Prophylaxebemühungen der letzten Jahrzehnte hat sich die Karies sehr rar gemacht. Das beweisen auch die aktuellen Daten der DMS IV-Studie, die kürzlich vorgestellt wurde (siehe auch zm 22/2006). Der Zahnhalteapparat erhält jedoch zunehmend an Bedeutung. Weit über 100 Beiträge des wissenschaftlichen Programms des Deutschen Zahnärztetages beschäftigten sich mit dem Parodont aus verschiedenen Blickrichtungen. Die Beiträge waren unterschiedlich gegliedert. In Hands-on-Kursen konnten Zahnärzte am Objekt neue Schnitttechniken und Operationsverfahren „ausprobieren“ oder unter genauer Anleitung ihr bisheriges Können weiter perfektionieren. Im Vordergrund aller Vorträge standen die Geweberegeneration sowie die Defektdeckung mittels Membran oder autologem Bindegewebe. Eine Umfrage bei den DGP-Mitgliedern hatte zu einem großen Themenblock geführt, der in Referaten die fachlichen



Situation nach Rezessionsdeckung mit Bindegewebstransplantat p.o.

Grundlagen lieferte, in begleitenden Videos genau die Schnitttechniken und Präparations- sowie Nahttechnik während des Operationsverlaufes zeigte. So gaben Dr. Bernd Heinz, Hamburg, sowie Professor Dr. Dr. Søren Jepsen, Bonn, und Prof. Dr. Hannes Wachtel, München, während ihrer Filmpräsentationen immer wieder Tipps und Tricks, wie „nehmen Sie nur 6,0 Nahtmaterial, lassen Sie beim Nähen mindestens drei Millimeter an der Papillenspitze stehen, damit beim Knüpfen nichts einreißt, halten Sie das Skalpell waagrecht zum Kronenrand, um Perforationen bei der Präparation zu vermeiden“ und vieles mehr. Große Firmen-Symposien unterstützen die Wissensvermittlung rund um die Parodon-

tologie. So stellten Referenten zum Beispiel neueste Untersuchungen von Mundspüllösungen oder antibakteriellen Ingredienzien vor, die unterstützend bei der Therapie von Parodontalerkrankungen wirksam sind und dem Patienten die häusliche Pflege erleichtern helfen.

Ein ganzer Fortbildungsblock hatte den Seniorpatienten im Fokus. Sorgen doch die demografischen Entwicklungen dafür, dass immer mehr betagte Patienten die Praxen besuchen. Die wissenschaftliche Entwicklung hat ihnen auch in hohem Alter noch sehr viel eigenen Zahnbestand beschert, der versorgt werden will. Eine Kernaussage hatten alle Beiträge in Erfurt gemeinsam: Ein Parodontalpatient braucht eine lebenslange Therapie! Und so ist eine parodontalchirurgische Behandlung nur dann von Erfolg, wenn der Patient in einen lebenslangen, individuell gewählten Recall eingebunden wird. Nur seine Mithilfe und damit Eigenverantwortlichkeit kann den Therapieerfolg sichern. sp

Mundgeruch – das häufige, übelriechende Problem

Immer häufiger konsultieren Patienten ihren Hauszahnarzt mit einem ganz besonderen Problem, dem Mundgeruch. In einem großen Übersichtsseminar, das Dr. Andi Kison, Berlin, leitete, wurden die verschiedenen Ursachen des Foetor ex ore dargelegt. Nur etwa ein Prozent ist rein internistischer Ursache, die meisten Halitosispatienten leiden an Problemen der Nasenhöhlen sowie des Mundrachenraumes. Eine ausreichende Sanierung der Mundhöhle (Karies und Parodont) sowie eine Eliminierung der geruchsbildenden Bakterien, besonders auf der Zunge, sieht Kison als unverzichtbar. Er warnte, dass rund jeder Vierte angeblich unter Mundgeruch leidende Patient keine echte Halitosis, sondern eine Pseudohalitosis oder gar eine Halitophobie habe. Hier könne nur eine interdisziplinäre psychotherapeutische Behandlung helfen. sp

Problemlösungen für heute und morgen

Ein ganzer Tag für die Studenten

Das wissenschaftliche Programm richtete sich nicht nur an niedergelassene Zahnärzte, sondern auch an den studentischen Nachwuchs.

Nach den großen Erfolgen der letzten Jahre kamen auch in diesem Jahr 250 angehende Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem gesamten Bundesgebiet nach Erfurt, denn ihre Hochschulen hatten hierfür extra vorlesungsfrei gegeben. Bereits am Morgen gab es mit fünf Workshops ein reichhaltiges Betätigungsfeld zur Auswahl. Hands-on-Kurse zum Thema „Implantologisches- und prothetisches Gesamtkonzept für die moderne Zahnarztpraxis“ und „Parodontale Regeneration“ machten die Wahl nicht einfach. Die weltweite Anerkennung des Studiums wurde vorgestellt, es wurden Tipps ge-

geben, wie man effektiv studieren und promovieren kann. Prof. Dr. Eike Glockmann sowie PD Dr. Bernd W. Sigusch, beide Jena, stellten endodontische Patientenfälle vor, die dann in Arbeitsgruppen gelöst werden sollten. Die Studenten präsentierten dann ihre Therapievor schläge. Auch hatten die Studierenden Gelegenheit, sich mit zahlreichen be-
rufsbegleitenden Aspekten auseinanderzusetzen, die ihren zukünftigen Praxisalltag begleiten werden.

Die nächsten drei Abschnitte waren dem „Danach“ gewidmet. Zuerst stellten sich die großen wissenschaftlichen Vereinigungen als wichtigste Träger der wissenschaftsgestützten Fortbildung vor. Prof. Georg Meyer aus Greifswald als Vorsitzender der DGZMK gab einen umfassenden Überblick über die Möglichkeiten dieser Organisation. Ein besonderes Anliegen des Referenten war es, die jungen Kollegen für die Gründe für eine intensive Fortbildung vor dem selten wohlgesonnenen politischen Hintergrund zu sensibilisieren. Als Vorsitzender des Beirats Fortbildung oblag Dr. Walter Dieckhoff aus

Münster die Vorstellung der BZÄK und ihrer Aufgaben. Er nahm dabei den Ball seiner Vorredner gerne auf und stellte den jungen Zuhörern die Strukturen der zahnärztlichen Fortbildung vor. Neben der universitären Fortbildung, zum Beispiel im Rahmen einer Postgraduiertenausbildung, wird ein wichtiger Teil dieser Aufgabe durch die Landes Zahnärztekam-

mern übernommen. Aufgrund der hohen Fortbildungsdichte, die von den Zahnärzten landauf landab geleistet wird, betrachtet er die Pflichtfortbildung als eine Art Kollateralschaden. Das Gegenteil beweise ja bereits wieder die enorme Teilnehmerzahl dieses Kongresses. Weitere Herausforderungen im Fort- und Weiterbildungsbereich konnten in diesem Rahmen nur gestreift werden.

Themen wie weitergehende Spezialisierungen, Bachelor- oder Masterstudiengänge, die für die Zahnmedizin völlig ungeeignet sind, werden uns in Zukunft sicherlich noch des öfteren beschäftigen. Dieckhoff forderte einheitliche Bedingungen, die den Besonderheiten der Zahnmedizin Rechnung tragen (Modularisierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung; ECTS) sowie die Sicherstellung notwendiger Erfahrung in Klinik, Lehre und Wissenschaft, das heißt die Akkreditierung zahnmedizinisch therapie-orientierter Masterstudiengänge nur an Ein-

richtungen, die das Fach in Klinik, Wissenschaft und Lehre vertreten, gewährleisten. Dr. Karl-Friedrich Rommel aus Erfurt befasste sich mit dem Status der kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Im Hinblick auf Assistenzzeiten im Ausland empfahl er, sich unbedingt vorher mit der zuständigen Kam-

mer für die Niederlassung in Verbindung zu setzen, um die Anerkennung zu sichern. Dr. Norbert Grosse, neuer APW-Vorsitzender, stellte schließlich die Berufsverbände vor. Ein weiterer Vortragsblock beschäftigte sich mit Möglichkeiten, während und nach dem Studium Auslandserfahrung zu sammeln.

Dieser Studententag war eine runde Sache. Die Studierenden lernten kennen, was sie später an Fortbildung alles erwarten wird. Sie tauschten in Arbeitsgruppen Erfahrung mit Studierenden anderer Fakultäten aus und lernten in Hands-on-Kursen, unter Anleitung der professoralen Referenten „Hand anzulegen“. Sie fanden erste Berührungspunkte mit ihren Berufsvertretungen sowie den Standesorganisationen, die sie auf ihrem weiteren Weg als fertige Zahnärzte in ihrer Arbeit mit dem Patienten konstruktiv unterstützen werden.

*Susanne Priehn-Küpper
Tobias Bauer, Hauptstraße 42, 78224 Singen*



Dr. Karl-Friedrich Rommel



Dr. Walter Dieckhoff



Fotos: DGP/Beilmann

Praktische Arbeit im Hand-on-Kurs bringt Studenten von verschiedenen Fakultäten Deutschlands näher und gibt Möglichkeit zum Wissenstransfer.

Aktuelle evidenzbasierte Daten für die tägliche Praxis

Die autogene Zahntransplantation

Dirk Nolte, Karsten Hinrichs, Stefan Lange

Die autogene Zahntransplantation stellt eine in der Zahnmedizin bekannte Methode für den Zahnerhalt insbesondere im jugendlichen Gebiss dar. Dennoch ist festzustellen, dass gerade diese älteste chirurgische Methode des Zahnersatzes im Kollegenkreis hinsichtlich ihrer Erfolgsrate dramatisch unterschätzt wird. Dies war ausschlaggebend für die Durchführung dieses evidenzbasierten systematischen Reviews. Das Ergebnis ist mehr als spannend.

Der große Review hat die in deutscher, englischer und französischer Sprache von 1955 bis 2003 publizierten Daten wissenschaftlich im Hinblick auf die folgenden Fragestellungen analysiert:

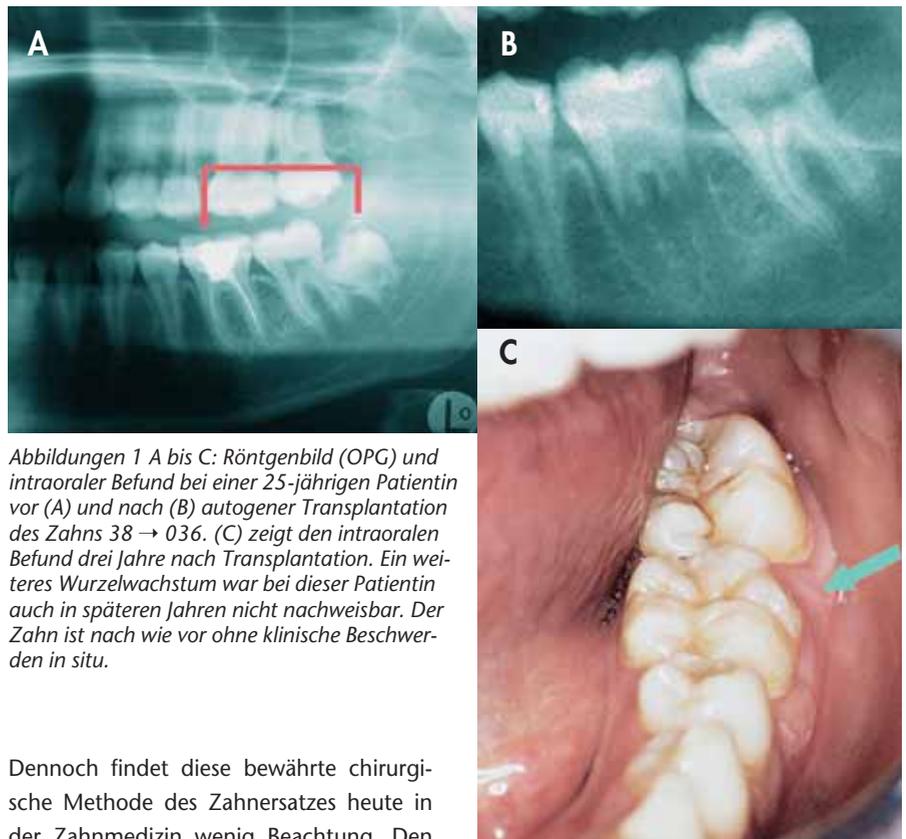
1. Wie groß ist die Zehn-Jahres-Erfolgsrate der autogenen Zahntransplantation?
2. Ist die Methode beschränkt auf jugendliche Patienten (mit noch nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum) oder auch beim erwachsenen Patienten (mit abgeschlossenem Wurzelwachstum) erfolgreich anzuwenden?
3. Müssen die transplantierten Zähne wurzelgefüllt werden oder kann man darauf verzichten?

Der einzige, aktuell mit dieser Studie vergleichbare Review zum Thema „Autogene Zahntransplantation“ stammt aus dem Jahr 1970 und ist damit klar veraltet. Durch die Verbesserung der antibiotischen Therapie, aber auch der chirurgischen Technik hat sich ein deutlicher Fortschritt eingestellt, der in der vorliegenden Arbeit evidenzbasiert auf den aktuellsten Stand gebracht worden ist.

Ziel der Untersuchung

Die autogene Zahntransplantation, das heißt, die Verpflanzung eines Zahnes innerhalb eines Patienten von einer Stelle im Kiefer auf eine andere, ist heute zu einer modernen chirurgischen Methode des Zahnerhalts herangereift (Abbildung 1). Den Grundstein zur Weiterentwicklung der chirurgischen Technik legten zunächst Widman um 1915 in Schweden [116] beziehungsweise Apfel [6,7], Miller [72] und Hale [41]

in den Vereinigten Staaten (1950–1954). Seit dieser Zeit hat sich die autogene Zahntransplantation zu einer etablierten, wenn auch seltener praktizierten Methode der Zahnheilkunde immer weiter entwickelt.



Abbildungen 1 A bis C: Röntgenbild (OPG) und intraoraler Befund bei einer 25-jährigen Patientin vor (A) und nach (B) autogener Transplantation des Zahns 38 → 036. (C) zeigt den intraoralen Befund drei Jahre nach Transplantation. Ein weiteres Wurzelwachstum war bei dieser Patientin auch in späteren Jahren nicht nachweisbar. Der Zahn ist nach wie vor ohne klinische Beschwerden in situ.

Dennoch findet diese bewährte chirurgische Methode des Zahnersatzes heute in der Zahnmedizin wenig Beachtung. Den meisten Patienten ist eine „autogene Zahntransplantation“ unbekannt im Gegensatz zu dem Begriff des Zahnimplantates. Schildert man die Methode, so stößt man bei den Patienten mehr oder weniger auf Skepsis. Klar, man findet die Idee der Verwendung eines eigenen (autogenen) Zahnes gut, aber für sich selbst würde man ein

Zahntransplantat nicht akzeptieren, wo es doch die Zahnimplantation mit hoher Erfolgsrate (>90 Prozent) gibt. Zahntransplantation klingt nach medizinisch suboptimaler Versorgung und das ist, wenn es um die eigene Gesundheit geht, für Viele nicht akzeptabel.

Wie stellt sich aber diese Überlegung vor dem Hintergrund der aktuellen finanziellen Situation der Krankenkassen dar, wenn die Kosten für das medizinische Optimum nun plötzlich nicht mehr von der Allgemeinheit

getragen werden, sondern man selbst dafür aufkommen muss? Dies ist in der Zahnmedizin mittlerweile gang und gäbe. Kann sich jeder Patient die teuren Zahnimplantate leisten? Ein Einzelzahnimplantat kostet derzeit etwa 1 500 bis 3 000 Euro. Die Zahntransplantation ist im Gegensatz zur post-

traumatischen Reimplantation keine Kas- senleistung und muss daher privat abge- rechnet werden. Die Kosten für eine Trans- plantation belaufen sich üblicherweise je nach zu erwartendem Schwierigkeitsgrad auf 250 bis 500 Euro pro Zahn.

Es stellt sich also die Frage, ob diese Me- thode wirklich schlechter ist als die Versor- gung mit enossalen Zahnimplantaten? So gesehen ist man versucht, die Stoßrichtung des Argumentes umzukehren: Darf ein ver- antwortungsbewusster Zahnarzt einen Pati- enten über eine eventuelle Alternative mit guten Erfolgsaussichten im Unklaren las- sen? Ist vor diesem Hintergrund die seltener durchgeführte autogene Zahntransplanta- tion auf die fehlende medizinische Erfah- rung im Umgang mit der chirurgischen Me- thode begründet und/oder Folge einer wirtschaftlichen Entscheidung?

Gründe für den systematischen Review

Steht eine Therapie derart im Abseits wie die autogene Zahntransplantation, so muss insbesondere unter dem aktuellen gesund- heitspolitischen Paradigma einer evidenz- basierten Medizin (EBM) versucht werden, die im Rahmen der Diskussion auftretenden Fragen unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Daten zu beantworten. Das geeignete Instrument hierfür ist ein syste- matischer Review, also eine Studie, die mit- tels eines vorher festgelegten Studienplanes versucht, möglichst alle Evidenz zu der Stu- dienfrage aufzufinden und zu bewerten.

Eine aktuelle Übersichtsarbeit (Fortbildungs- teil ZM 1/2004) zum Thema „Autogene Zahntransplantation“ aus dem Jahr 2004 beleuchtet sehr schön Indikation, Diagnos- tik, operative Techniken sowie Erfolgsraten der autogenen Zahntransplantation [34]. Allerdings sind die in dieser Publikation ge- machten Aussagen zu den Fragestellungen der hier vorliegenden Arbeit nur durch ein- zelne Publikationen belegt, die die derzeit gültige Lehrbuchmeinung darstellen.

So lag es aus der Sicht der Autoren nahe, eine Synopse aller vorhandenen Studien zur autogenen Zahntransplantation durchzu- führen, um auf Grund einer möglichst

großen Datenbasis evidenzbasierte Aussa- gen zu 1) Prognose, 2) Altersabhängigkeit (Zustand des Wurzelwachstums der zu transplantierenden Zähne) und 3) Notwen- digkeit der Wurzelfüllung bei der autogenen Zahntransplantation zu gewinnen und so den derzeitigen State-of-the-Art zu überprü- fen. Die bisher vorhandenen Reviews [22, 23, 33, 62, 81, 86, 89, 90, 94, 110, 113] ha- ben narrativen Charakter.

Die einzige Untersuchung, die versucht hat, alle damals vorhandene Literatur zur auto- genen Zahntransplantation zusammenzu- fassen, stammt aus dem Jahr 1970 und ist damit klar veraltet [81]. Eine aktuelle An- frage bei der Cochrane Database of System- atic Reviews von 2004 wies bis dahin keine verfügbare Übersichtsarbeit zu diesem Thema aus.

Damit stellt die vorliegende Untersuchung den derzeit einzigen aktuellen systemati- schen Review zur autogenen Zahntrans- plantation dar und liefert wertvolle Argu- mentationshilfen für die tägliche Praxis. Diese Arbeit bietet darüber hinaus eine Übersicht über alle relevanten Studien zum Thema „autogene Zahntransplantation“.

Fragestellung

Alle Argumente für oder gegen die auto- gene Zahntransplantation stehen oder fal- len mit der Kenntnis der Prognose des auto- genen Zahntransplantates: „Wie gut ist diese Methode nun wirklich und ist sie im Vergleich zur Zahnimplantation konkur- renzfähig?“, „Wie gut ist die Langzeitpro- gnose?“, „Sind die Empfehlungen der aktu- ellen Lehrbuchmeinung, am besten ju-

gendliche Zähne mit 2/3 bis 3/4 Wurzel- wachstum zu transplantieren und Zähne mit weitgehend abgeschlossenem Wurzel- wachstum grundsätzlich endodontisch zu behandeln, nach wie vor gültig?“, und schließlich: „Hat die Technik der Zahntrans- plantation möglicherweise Vorteile ge- genüber der enossalen Implantation?“.

Diese Fragen sollten anhand einer statisti- schen Untersuchung in der Form eines evi- denzbasierten systematischen Reviews ge- klärt werden, damit dem behandelnden Zahnarzt / Oralchirurgen / MKG-Chirurgen aktuelle fundierte Daten zur Beratung sei- ner Patienten in der täglichen Praxis zur Verfügung stehen.

Methode

Um die oben genannten Fragen evidenzba- siert zu untersuchen, wurde von uns eine Reihe von Definitionen vorangestellt. Zu tiefer gehenden Details der evidenzbasier- ten statistischen Herangehensweise sei an dieser Stelle auf die Ergebnisse der diesem Übersichtsartikel zugrunde liegenden Pro- motionsschrift von Dr. med. Karsten Hin- richs (Bochum) verwiesen [49].

„Erfolg“ wurde definiert als Anteil der über- lebenden Zähne an der Gesamtheit aller transplantierten Zähne. Wir haben hierfür den Begriff des „Zahnüberlebens“ gewählt. Diese Variable ist einfach, exakt und unter- sucherunabhängig erfassbar. Außerdem ist dieser Parameter in fast allen Studien in der einen oder anderen Form angegeben. Die wissenschaftliche Qualität der Studien (nicht-randomisiertes Follow-up) erreichte nur den Evidenzgrad III, so dass eine ma-

Evidenzgrad	Beschreibung
I (hoch)	Kontrollierte randomisierte Studien
II	Kontrollierte nicht randomisierte Studien (Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien)
III	Fallserien
IV (niedrig)	Expertenmeinungen, Vermutungen, historische Akzeptanz

Tabelle 1: Evidenzgrade (Levels of Evidence)

thematische Auswertung im Sinne einer Metaanalyse ausschied (Evidenzgrad I bis II notwendig). Wir haben daher das statistisch nächst folgende analytische Verfahren des „Systematischen Reviews“ gewählt (Tabelle 1).

Es wurden sämtliche Medline / OldMedline / Embase publizierten Studien der englischen, französischen und deutschen Sprache aus den Jahren 1955 bis 2003 recherchiert und ausgewertet. Per Handsuche und Suche in Artikelverzeichnissen wurden bekannte Zeitschriften zum Thema Zahnmedizin und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durchforstet (Tabelle 2). Es wurde darüber hinaus die Cochrane Library angeschrieben und um Zusendung von eventuellen Übersichtsartikeln gebeten. Bei unklarer Datenlage wurden die Autoren der Literaturstellen direkt angeschrieben.

Autogene Transplantation	
Eingeschlossene Artikel	105
Ausgeschlossene Artikel	149
Artikel zu Grundlagen/ Tierversuchen	103
Summe	357

Tabelle 2: Aufteilung der Artikel zur autogenen Transplantation.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden vor Beginn der Untersuchung festgelegt (Tabelle 3). Nur Studien mit mindestens zehn Zähnen und einer Beobachtungszeit der Ergebnisse über mindestens ein Jahr wurden berücksichtigt. Die Datenauswertung erfolgte über drei verschiedene mathematische Modelle (gewichtete Mittel, summierte Kaplan-Meier-Kurven sowie Approximation durch Exponentialfunktionen). Da keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Modellen vorlagen, kommt hier aus Gründen der vereinfachten Darstellung die Methode der gewichteten Mittel zur Anwendung.

Ergebnisse und Diskussion

Datenmaterial und Evidenzgrad

Es wurden 357 Artikel zur autogenen Transplantation gefunden. Davon konnten 105 Artikel, die über 98 Studienkollektive mit insgesamt 6064 nachuntersuchten Zähnen berichten, in die Auswertung eingeschlossen werden [1-7, 10-21, 24-26, 28-32, 35-40, 42-48, 50-61, 63-71, 73-80, 82-85, 87, 88, 91-93, 95-109, 111-115]. Ausgeschlossen werden mussten insgesamt 149 Artikel. 80 davon erreichten die Mindestzahl von zehn Zähnen nicht, 33 berichteten über Kollektive, die in die Studie bereits eingeschlossen waren, bei 25 Artikeln ließen sich wegen fehlender Daten (fehlende Follow-Up-Zeiten, fehlende Angabe zur Größe des Gesamtkollektivs, fehlende „Survival-“ oder „Success“-Angaben) keine genauen Outcome-Daten berechnen. Vier Artikel wiesen einen offensichtlichen Bias im Kollektiv auf, fünf hatten einen zu kurzen Follow-Up und zwei Artikel enthielten eine widersprüchliche oder unlogische Ergebnisdarstellung. Die übrigen 103 Artikel berichteten über allgemeine Grundlagen der autogenen Zahntransplantation oder über Tierversu-

Weniger als 10 Zähne	80
Artikel mit umfassenderem Kollektiv vorhanden	33
Fehlende Daten	25
Offensichtlicher Bias im Kollektiv	4
Follow-Up zu kurz	5
Unlogische Ergebnisdarstellung	2
Summe	149

Tabelle 3: Verteilung der Gründe für den Studienausschluss von Follow-Up-Artikeln zur autogenen Zahntransplantation

che. Die Zahlen sind zur besseren Übersicht in den Tabellen 2 und 3 zusammengefasst. Beim Evidenzgrad bestätigte sich, dass es sich bei den gefundenen Studien um Follow-Up-Studien handelte, die in der Regel retrospektiv angelegt waren. Insgesamt ist also in der gesamten Analyse im Hinblick auf die Fragestellung der Untersuchung von einem niedrigen Evidenzgrad (Level III, Tabelle 1) auszugehen, was die statistische Vorgehensweise durch einen systematischen Review nahelegt.

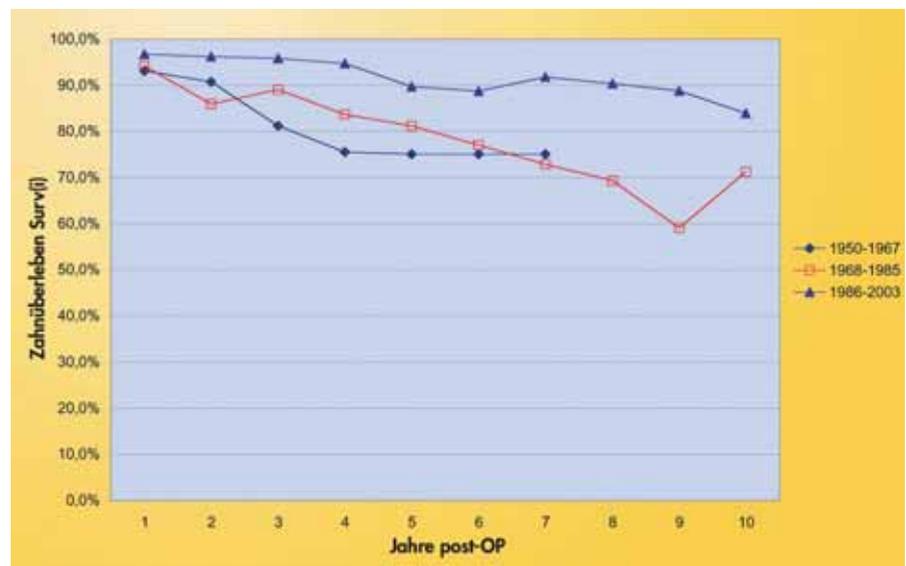


Abbildung 2: Zahnüberleben aller untersuchten Zähne unabhängig vom Zahnalter (Wurzelwachstum) stratifiziert nach Studienpublikationsjahr. Die Unterschiede im Zahnüberleben bei den neueren Studien (1986-2003) im Vergleich zu den mittelalten (1967-1985) und den alten Studien (1950-1966) sind für alle postoperativen Jahre signifikant unterschiedlich (Chi-Quadrat-Test, $\alpha = 0,05$). Es findet sich eine klare Verbesserung der Überlebensraten mit steigendem Studienpublikationsjahr. Betrachtet man nur die Studien neueren Datums (1986 bis 2003), so ergeben sich Überlebensraten von 89,7 Prozent nach fünf und 83,9 Prozent nach zehn Jahren.

Zahnüberleben	Alle Studien (1955-2003)		Neuere Studien (1986-2003)	
	WW nicht abgeschl.	WW abgeschl.	WW nicht abgeschl.	WW abgeschl.
Nach 5 Jahren	90,6 %	85,9 %	94,3 %	89,9 %
Nach 10 Jahren	78,3 %	63,0 %	87,2 %	79,6 %

Tabelle 4: Fünf- und Zehn-Jahres-Zahnüberleben der Zähne mit nicht abgeschlossenem beziehungsweise abgeschlossenem Wurzelwachstum (WW) für alle Studien sowie die Studien neueren Datums, berechnet nach dem Modell der gewichteten Mittel

Einschätzung der Gesamtprognose

Der autogenen Zahntransplantation wird in vielen Studien eine gute Prognose bescheinigt [25, 38, 50, 67, 83], wenn sie mit der korrekten Technik durchgeführt wird. Noch vor dreißig Jahren wurde an der Sicherheit der autogenen Zahntransplantation als Routineeingriff gezweifelt [43], heute jedoch sehen eine Reihe von Autoren die autogene Zahntransplantation als ausreichend gereifte Behandlungsmethode für den Routineeinsatz in der Zahnerhaltung an [42, 45, 48, 53, 55, 56, 76]. Die autogene Zahntransplantation wird daher in

Fachkreisen keineswegs als „Exot“ verstanden, sondern als ausgereifte Technik für den Routineeinsatz am Patienten.

Die zusammengetragenen Daten dieser Studie bestätigen diese Ansicht in beeindruckender Weise. Wir erhalten als gesamte mittlere Überlebensrate (1955 bis 2003) für die autogene Zahntransplantation 85,9 Prozent nach fünf Jahren und 75,6 Prozent nach zehn Jahren, wobei Daten aus 98 Studien in die Auswertung eingegangen sind (Tabelle 4). Abbildung 2 zeigt die Unterschiede im Zahnüberleben stratifiziert nach Studienpublikationsjahr. Betrachtet man jedoch nur die Studien neueren Datums (1986 bis 2003), die eine bessere Einschät-

zung der Prognose einer heute durchgeführten Transplantation liefern sollten, so ergeben sich Überlebensraten von 89,7 Prozent nach fünf und 83,9 Prozent nach zehn Jahren (Abbildung 2, Tabelle 4).

Mit einer solchen Prognose von über 80 Prozent kann man seinen Patienten heute die autogene Zahntransplantation bei geeigneter Indikation in der Tat ruhigen Gewissens empfehlen. Sie gehört damit eindeutig zu den routinemäßig einsetzbaren Verfahren der konservierenden Zahnheilkunde.

Prognose bezüglich des Zahnalters

Von den 98 Studien zur autogenen Zahntransplantation konnten 80 Studien mit insgesamt 4 635 Zähnen entweder gänzlich einer der Studienuntergruppen „komplettes Wurzelwachstum“ (geschlossener Apex, Erwachsenenzahn) oder „inkomplettes Wurzelwachstum“ (offener Apex, jugendlicher Zahn) zugeordnet werden oder eine Aufspaltung des Studienkollektivs in zwei entsprechende Teilkollektive war möglich.

Abbildung 3 vergleicht die Erfolgsraten der autogenen Transplantate der neueren Studien (1986 bis 2003) in Abhängigkeit von komplettem oder inkomplettem Wurzelwachstum. Man erkennt eine 7,6 Prozent geringere Erfolgsrate bei den autogenen Transplantaten mit komplettem Wurzelwachstum. Die Lehrbuchmeinung, dass Zähne mit inkomplettem Wurzelwachstum eine bessere Prognose haben, bestätigt sich damit. Aber wer hätte erwartet, dass die autogen transplantierten Zähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum eine Zehn-Jahres-Erfolgsrate von 79,6 Prozent haben würden, also nur 7,6 Prozent schlechtere Erfolgsraten gegenüber den Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum (Zehn-Jahres-Erfolgsrate: 87,2 Prozent). Dieses Ergebnis legt bei einer Zehn-Jahres-Erfolgsrate von knapp 80 Prozent für Zähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum die Empfehlung der autogenen Zahntransplantation auch beim erwachsenen Patienten nahe.

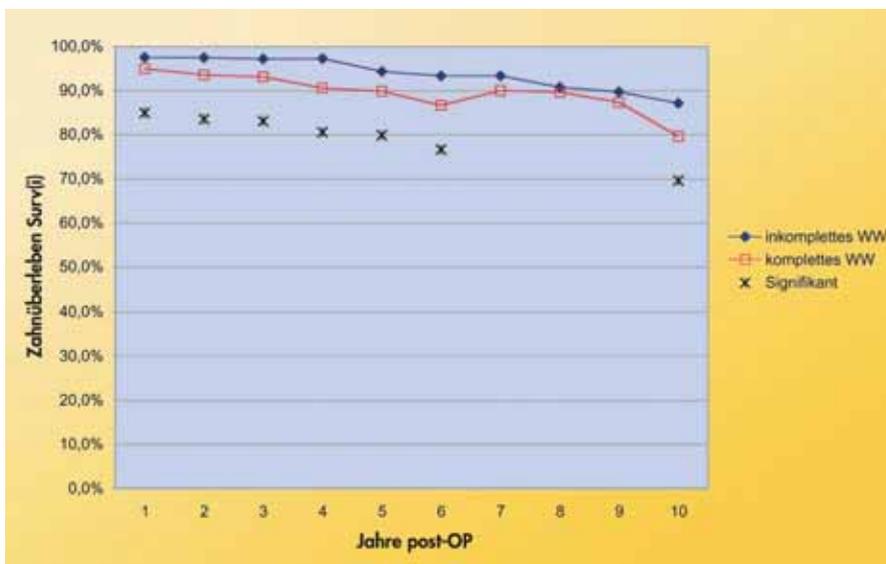


Abbildung 3: Zahnüberleben in Abhängigkeit vom Zahnalter (komplettes vs. inkomplettes Wurzelwachstum) dargestellt für die neueren Studien (1986-2003). Es findet sich eine 7,6 Prozent bessere Überlebensrate für die Zähne mit inkomplettem Wurzelwachstum. Die Unterschiede bei den neueren Studien sind jedoch so gering, dass eine Empfehlung zur autogenen Zahntransplantation in jedem Fall auch für Zähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum ausgesprochen werden kann. Die Unterschiede im Zahnüberleben sind für die Jahre 1 bis 6 sowie 10 statistisch signifikant unterschiedlich (Chi-Quadrat-Test, $\alpha = 0,05$). Absolutzahlen siehe Tabelle 4.

Prognose bezüglich der Art der Wurzelbehandlung

In diese Untersuchung wurden nur Studien einbezogen, die komplett entwickelte Zähne betrachten, da bei Zähnen mit inkomplettem Wurzelwachstum in der Regel keine Wurzelfüllung durchgeführt wurde. Die vier Herangehensweisen an die Wurzelbehandlung unterscheiden sich im Wesentlichen durch den Zeitpunkt: intraoperative

tiert wird, liegen praktisch gleichauf und führen zu den besten Erfolgen. Unklar bleibt, ob man auf eine Wurzelbehandlung generell verzichten kann. Darauf soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Wurzelwachstum und Wurzelbehandlung

Wir haben im Vergleich des Zahnüberlebens in Abhängigkeit vom Wurzelwachs-

Diese Frage ist aus den Daten dieser Studie nur schwer zu beantworten: Für die nicht ausgewachsenen Zähne können wir nicht beurteilen, ob eine Wurzelfüllung die Prognose verschlechtert, da diese Zähne nicht wurzelgefüllt werden. Für die ausgewachsenen Zähne gibt es nur wenige Studien, die auf eine Wurzelbehandlung a priori verzichten. Betrachtet man die wenigen Studien, die ausgewachsene Zähne untersuchen und auf deren Wurzelfüllung konsequent verzichten, und vergleicht diese bezüglich der Prognose mit der Gesamtheit der Studien, die ausgewachsene Zähne betrachten, so ergeben sich annähernd dieselben Überlebensraten [49]. Ausgewachsene Zähne ohne Wurzelfüllung scheinen also im Vergleich zum gesamten Kollektiv der ausgewachsenen Zähne keine bessere oder schlechtere Prognose zu besitzen. Oder mit anderen Worten: Es ist kein Unterschied in der Prognose durch das Weglassen einer Wurzelfüllung für die ausgewachsenen transplantierten Zähne zu erwarten. Diese evidenzbasierte Aussage würde die derzeit gültige Lehrbuchmeinung auf den Kopf stellen.

Autogene Transplantation/enossale Implantation

Den enossalen Zahnimplantaten wird heute klar der Vorzug vor der autogenen Transplantation von Zähnen gegeben. Dies mag mehrere Gründe haben:

Die Vor- und Nachteile der beiden chirurgischen Verfahren sind in Tabelle 5 dargestellt. Zunächst ist und bleibt die autogene Transplantation mit dem „Donor Dilemma“ behaftet, das heißt: bei vielen Patienten, die einen Zahnersatz benötigen, findet sich kein geeigneter Spenderzahn.

Insbesondere mag hierfür auch die mangelnde Erfahrung von Zahnärzten / Oralchirurgen / MKG-Chirurgen im Umgang mit der Technik der autogenen Zahntransplantation eine Rolle spielen. So konnte in einer anonymen Telefonumfrage unter Zahnärzten im Ruhrgebiet ermittelt werden, dass die Zehn-Jahres-Erfolgsrate der autogenen Zahntransplantation zwischen 20 bis 50 Prozent eingeschätzt wird, was

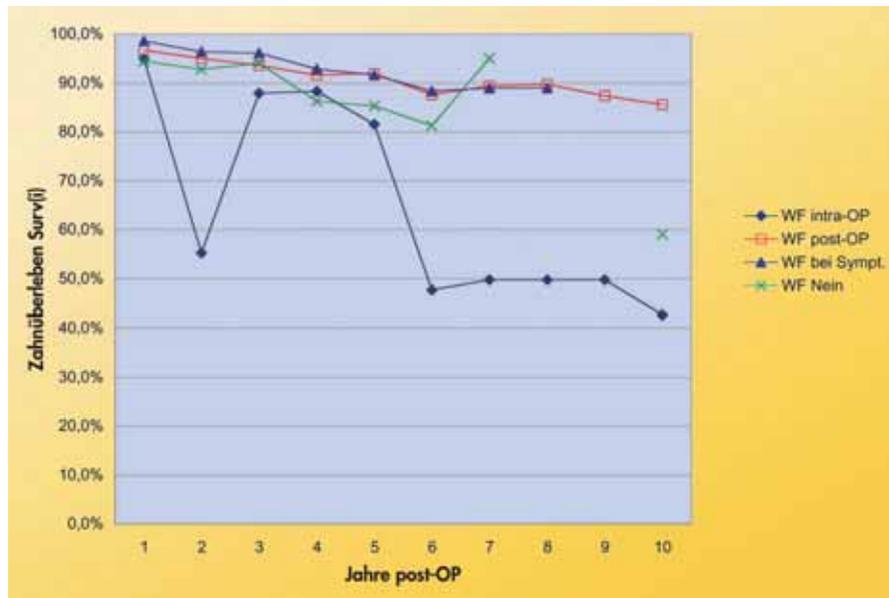


Abbildung 4: Zahnüberleben nach Art der Wurzelbehandlung. WF intra-OP = Wurzelfüllung intraoperativ erfolgt; WF post-OP = Wurzelfüllung postoperativ erfolgt; WF bei Sympt. = Wurzelfüllung nur bei klinischer Symptomatik; WF nein = keine Wurzelfüllung erfolgt. Für die in der Darstellung zum Teil fehlenden Angaben standen keine Daten zur Verfügung.

Wurzelfüllung (WF intra-OP), postoperative Wurzelfüllung (WF post-OP), Wurzelfüllung nur bei klinischer Symptomatik (WF bei Sympt.) oder keine Wurzelfüllung (WF nein).

Die Ergebnisse sind in Abbildung 4 zusammengefasst: Dringend abzuraten ist demnach von der intraoperativen Wurzelbehandlung. Dies erscheint einleuchtend, denn eine solche verlängert die extraorale Lagerungszeit des Zahnes, und das Periodontium wird durch das Festhalten des Zahnes während der Wurzelfüllung zusätzlich beschädigt.

Die geplante postoperative Wurzelbehandlung und eine Wurzelbehandlung, die bei postoperativ symptomatischen Zähnen ini-

tum einen Vorteil um 7,6 Prozent für die Zähne mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum festgestellt. Bei diesen Zähnen wird niemals eine Wurzelbehandlung durchgeführt, da das Foramen apicale noch weit offen ist und man auf einen Wiederschluss des Zahnes an Nerven und Gefäße hofft.

Man könnte sich nun fragen, inwieweit das 7,6 Prozent schlechtere Abschneiden der ausgewachsenen Zähne nur dadurch zustande kommt, dass diese Zähne meist wurzelbehandelt werden. Hat ein ausgewachsener Zahn vielleicht a priori gar keine schlechtere Prognose als ein nicht ausgewachsener, wenn man ihn nicht mit einer Wurzelfüllung versieht?

nach unseren Erfahrungen durchaus als repräsentativ für die Einschätzung dieser Methode im Kollegenkreis gelten kann. Hinzu kommt die unbestritten sehr gute Prognose der enossalen Implantate von über 90 Prozent Zehn-Jahres-Erfolgsraten, die sich jedoch bei der hier erstmals im Rahmen dieses systematischen Reviews dargestellten Zehn-Jahres-Erfolgsrate der autogenen Transplantation von über 80 Prozent (neuere Studien, 1986-2003) relativiert (Tabelle 4).

wertvolle therapeutische Alternative des Zahnersatzes. So kann eine autogene Transplantation bei vorhandenem Spenderzahn allen Patienten angeboten werden, die sich eine Versorgung mit einem Implantat nicht leisten können oder nicht wünschen. Des Weiteren ist die autogene Transplantation nicht nur ein Zahn erhaltendes, sondern auch aufgrund ihrer osteoinduktiven Potenz Knochen erhaltendes chirurgisches Verfahren. Hat man die Wahl zwischen Transplantation und Im-

Autogene Zahntransplantate	Enossale Zahnimplantate
+ gute Prognose	+ sehr gute Prognose
+ kostengünstig	- teuer
+ auch für Jugendliche geeignet	- nur Erwachsene (> 16 Jahre)
+ osteoinduktives Potential	- kein osteoinduktives Potential
- anfällig für Karies	+ kein Kariesbefall
- „Donor Dilemma“	+ kein „Donor Dilemma“
- nicht in allen Kieferregionen einsetzbar	+ in allen Kieferregionen einsetzbar

Tabelle 5: Vor- und Nachteile der autogenen Transplantation sowie enossalen Implantation, + positives Merkmal – negatives Merkmal

In diesen Zeiten können Kostenüberlegungen beim Patienten sehr wohl ein gewichtiges Argument für die Transplantation sein. Das „Donor Dilemma“ kann man umgehen, bevor es entsteht: Bei vielen Jugendlichen werden Zähne extrahiert, zum Beispiel die dritten Molaren oder Prämolaren. Dabei wird die Frage, ob man diese Zähne als Transplantat noch verwenden könnte, gar nicht gestellt. Andererseits verlieren viele Jugendliche ihre Zähne infolge von Karies, wie die ersten Molaren. Kann man sich bei der Extraktion eines ersten Molaren nicht die Frage stellen, ob man ihn durch einen dritten Molaren ersetzen kann oder ob es im Kiefer einen Zahn mit begrenzter Lebenserwartung gibt, der durch den dritten Molaren ersetzt werden könnte? Wir sehen: Es können sehr viel mehr Autotransplantationen stattfinden, würde man diese Möglichkeit ins Kalkül ziehen.

Die Zehn-Jahres-Überlebensrate von über 80 Prozent aus den neueren Studien (1986 bis 2003) rechtfertigt aus unserer Sicht die autogene Zahntransplantation als eine

plantation, so kann man als behandelnder Zahnarzt / Oralchirurg / MKG-Chirurg ruhigen Gewissens, sofern es die lokale Situation des Patienten erlaubt, zunächst zur Transplantation raten. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Zahn zehn Jahre oder länger hält, beträgt immerhin über 80 Prozent. Extrapoliert man in einem mathematischen Modell dieses Ergebnis auf der Grundlage unserer Daten in die Zukunft, so erhält man eine mittlere Überlebenszeit eines solchen Transplantates von 22,9 Jahren (Tabelle 6). In der Tat gibt es Ergebnisse, die derartig lange Überlebenszeiten autogen transplanterter Zähne dokumentieren [26]. Sollte der Zahn dann doch einmal verloren gehen, so kann immer noch die Versorgung mit einem Implantat erfolgen.

Ausblick

Ein paar Gesichtspunkte sollten noch angesprochen werden, die aus den vorliegenden Daten nicht analysiert werden konnten, aber der Betrachtung wert sind:

Wie groß ist zum Beispiel die Abhängigkeit der Prognose von der Erfahrung des Chirurgen? Schwartz et al. [106] stellen für die beiden erfahrensten MKG-Chirurgen ein signifikant besseres Zahnüberleben ihrer transplantierten Zähne im Vergleich zu den 23 anderen MKG-Chirurgen ihrer Studie fest. Eine Analyse dieser Frage war in unserer Untersuchung nicht machbar, da in den meisten Studien nicht angegeben war, wer welche Zähne operiert hat. Dies ist von Bedeutung, wenn es darum geht, ob die autogene Zahntransplantation in Zentren durchgeführt werden sollte, oder ob sie auch für den Zahnarzt / Oralchirurgen / MKG-Chirurgen mit weniger chirurgischer Erfahrung in autogener Zahntransplantation ein anwendbares Verfahren darstellt. Studien, die die Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit dem Transplantat befragen oder ästhetische Kriterien mit erheben, gibt es leider nur sehr wenige [27, 68]. Die Ergebnisse sind jedoch ermutigend. So würden in der Studie von Marcusson und Lilja-Karlander [68] 25 von 29 Patienten die autogene Zahntransplantation auch einem Freund weiterempfehlen. Zu fordern wäre demnach, dass in zukünftigen Studien zur autogenen Zahntransplantation neben dem Zahnüberleben auch Daten zur Funktionalität des Transplantats, der Patientenzufriedenheit und des ästhetischen Resultats erhoben werden. Die Ergebnisse dieses systematischen Reviews mögen insbesondere im Hinblick auf die Heilvorgänge des pulpalen Gewebes mehr Fragen aufwerfen als sie gelöst haben: „Was passiert mit der Pulpa des transplantierten Zahns mit abgeschlossenem Wurzelwachstum?“, „Wie ist die Vitalität der transplantierten Zähne zu beurteilen?“, „Welche ist die ideale chirurgische Technik für den Erfolg?“, und viele Fragen mehr, die aufgrund dieses doch überraschend guten Abschneidens dieser Technik weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedürfen. Fest steht nach diesem auf den aktuellen Stand der Literatur gebrachten Review, dass unser klinisch-wissenschaftliches Verständnis im Umgang mit dem pulpalen Gewebe erneut auf den Prüfstand kommen muss.

Zahnart (Studienuntergruppe)	T _{1/2} [Jahre]
Autogene Transplantate, alle Studien (1955-2003), gesamt	22,7
– mit nicht abgeschlossener Wurzelentwicklung	35,3
– mit abgeschlossener Wurzelentwicklung	22,7

Tabelle 6: Mediane Überlebenszeiten autogener Zahntransplantate für einige Studienuntergruppen [34]

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde die Prognose der autogenen Zahntransplantation aufgrund möglichst vollständiger systematischer Erfassung der vorhandenen Literatur von 1955 bis 2003 ermittelt und bewertet. Zu keiner unserer Studienfragen konnten randomisierte oder kontrollierte klinische Studien gefunden werden. Die in dieser Arbeit berechneten Schätzungen zur Prognose der autogenen Zahntransplantation fußen auf der derzeit verfügbaren besten Evidenz: Alle relevanten Studien gingen in die Berechnung ein. Da jedoch ausschließlich Fallserien ausgewertet werden konnten, können unsere Studienfragen nur mit einem Evidenzgrad III beantwortet werden. Jede randomisierte oder auch nur kontrollierte klinische Studie würde diesen Evidenzgrad erhöhen.

Die eingangs gestellten Studienfragen lassen sich damit wie folgt beantworten:

1) Wie groß ist die Zehn-Jahres-Erfolgsrate der autogenen Zahntransplantation?

Die autogene Zahntransplantation ist ein Verfahren mit einem sehr guten Langzeitergebnis. Das Zahnüberleben beträgt nach zehn Jahren für alle Studien (1955 bis 2003) im Mittel 75,6 Prozent, bei den neueren Studien (1986 bis 2003) beträgt sie insgesamt 83,9 Prozent. Da sich die Erfolgsraten signifikant mit steigendem Publikationsjahr seit 1955 verbessert haben (Abbildung 2), können heute ruhigen Gewissens die Erfolgsraten der neueren Studien als verlässliche Richtwerte gelten.

2) Ist die Methode beschränkt auf jugendliche Patienten (mit noch nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum, offenem Apex) oder auch beim erwachsenen Patienten (mit abgeschlossenem Wurzelwachstum, geschlossenem Apex) erfolgreich anzuwenden?

Zähne mit nicht abgeschlossener Wurzelentwicklung haben eine um 7,6 Prozent bessere Prognose (87,2 Prozent) als Zähne mit abgeschlossener Wurzelentwicklung (79,6 Prozent). Die Erfolgsrate bei ausgewachsenen Zähnen ist damit so gut, dass die Methode dem Patienten auch bei abgeschlossenem Wurzelwachstum empfohlen werden kann.

3) Müssen die transplantierten Zähne wurzelgefüllt werden oder kann man darauf verzichten?

Jugendliche Zähne mit offenem Apex bedürfen keiner Wurzelfüllung. Bei Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum ergeben sich annähernd die gleichen Erfolgsraten, ob die Zähne mit oder ohne Wurzelfüllung behandelt worden sind. Für den Fall einer Wurzelfüllung ergeben sich die besten Erfolge für die elektive postoperative Wurzelfüllung sowie die Wurzelfüllung bei klinischer Symptomatik. Abzuraten ist von einer intraoperativen Wurzelfüllung.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dirk Nolte
Praxisklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Sauerbruchstr. 48, 81377 München
dirk.nolte@mkg-praxisklinik.com

Dr. med. Karsten Hinrichs
Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
St. Marien-Hospital Lünen
Altstadtstr. 23, 44534 Lünen

Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Lange
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Dillenburger Str. 27, 51105 Köln



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.

CAD/CAM-gefertigter Zahnersatz

Eine aktuelle Standortbestimmung aus Sicht der Zahnärzte

Anke Weber et al.

Beim Blick in zahnärztliche Publikationsorgane stellt man fest, dass CAD/CAM in den letzten Jahren sehr an Bedeutung gewonnen hat. Damit geht einher, dass sich die Zahl der angebotenen Systeme seit den Anfängen in den 80er-Jahren vervielfacht hat. Welches Wachstumspotenzial in diesem Markt von Seiten der Anbieter gesehen wird, zeigt sich am Umfang der Anzeigen, die für CAD/CAM-Systeme werben. Als Dank für die Unterstützung der vor einem Jahr in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ angekündigten repräsentativen Umfrage unter deutschen Zahnärzten werden nun vorab erste Ergebnisse vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass Keramik für prothetische Restaurationen eine hohe Bedeutung beigemessen wird.



CAD-CAM-gefertigte vollkeramische Ankerkronen mit Geschiebe für kombiniert fest-sitzend/ herausnehmbaren Zahnersatz

Foto: DSZ

Im Frühjahr letzten Jahres wurde in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ eine bundesweite repräsentative Umfrage zu CAD/CAM-gefertigtem Zahnersatz angekündigt. Wir möchten auf diesem Weg all jenen, die den Fragebogen ausgefüllt an die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik an der Technischen Universität Dresden zurückgesandt haben, herzlich danken. Ziel der Untersuchungen war es, den Kenntnisstand, den Bedarf und die Akzeptanz von CAD/CAM-gefertigtem Zahnersatz unter den Zahnärzten als potentielle Anwender zu ermitteln. Diese Umfrage war Teil eines vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit geförderten wissenschaftlichen Forschungsprojekts zur Grundlagenforschung über CAD/CAM-Technologie mit dem Titel „Reverse En-

gineering – CAM-Prozesskette für festsitzende zahnärztliche Restaurationen – Weiterführende Aspekte: Intraorale Digitalisierung und okklusale Gestaltung“. Es wurde bundesweit an nahezu 3 000 zufällig ausgewählte Zahnärztinnen und Zahnärzte aller Fachrichtungen ein vierseitiger Fragebogen versandt. Die detaillierte Auswertung, insbesondere im Vergleich zu einer zeitgleich durchgeführten Umfrage unter deutschen Zahntechnikern, wird nun im Zuge eines von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) geförderten Projektes durchgeführt. Seit den ersten Entwicklungen der CAD/CAM-Pioniere F. Duret oder D. Rekow sind inzwischen zahlreiche CAD/CAM-Systeme auf dem Dentalmarkt eingeführt worden.

Diese unterscheiden sich erheblich in ihren Anwendungsbereichen (Inlay/Onlay – Kronen – Brücken) wie auch in der Datenerfassung (Digitalisierung), die direkt im Munde des Patienten aber auch ausgehend vom Gipsmodell erfolgen kann. Grundsätzlich bieten Systeme mit intraoraler Digitalisierung die Möglichkeit, Restaurationen am Patientenstuhl (chairside) herzustellen. Die Mehrzahl aller Systeme nutzt eine Datenerfassung vom Gipsmodell. Hinsichtlich der Fertigung werden überwiegend Kronenbeziehungsweise Brückengerüste hergestellt, die vom Zahntechniker konventionell verblendet werden. Nur wenige Systeme bieten die Möglichkeit der Konstruktion und Fertigung von Restaurationen mit Kauflächen, die physiologischen Anforderungen entsprechen. Damit liegt beim Einsatz von CAD/CAM-Systemen ein Großteil der Arbeit in der Hand der Zahntechniker. Für den behandelnden Zahnarzt und seinen Patienten sind die ästhetischen Vorteile jedoch nicht von der Hand zu weisen.

Auch bei den Materialien findet sich eine gewisse Bandbreite. Neben (Zirkondioxid-) Keramik können von einzelnen Systemen auch Gold, Titan und Kunststoffe bearbeitet werden. Folgende Fragen sollten im Rahmen der repräsentativen Umfrage beantwortet werden:

■ Welche Wertigkeit haben verschiedene klinische Aspekte bei der Herstellung von prothetischen Restaurationen aus zahnärztlicher Sicht?

- Randschluss
- Okklusion
- Form
- Ästhetik
- Biokompatibilität
- Materialien (Gold, Titan, Keramik, Zirkonoxidkeramik, Nichtedelmetall)

■ Welches Interesse besteht an computer-gestützten Systemen zur Herstellung von prothetischen Restaurationen beziehungsweise welche Erwartungen werden mit der Nutzung dieser Systeme von zahnärztlicher Seite verknüpft?

- Zeitersparnis
- Kostenersparnis

- Präzision
- konstante Qualität
- Arbeitsplatzabbau

■ Welche Anforderungen an solche Systeme werden hinsichtlich der Verknüpfung mit anderen computergestützten Systemen gestellt?

- Verknüpfung mit elektronischer Kiefergelenkregistrierung
- Praxisverwaltung
- Intraorale/digitale Kamera
- Digitales Röntgen
- Diagnose- und Planungssysteme
- Virtueller Artikulator

■ Welcher Kenntnisstand besteht zu CAD/CAM-gestützten Systemen zur Herstellung von prothetischen Restaurationen und wurden bereits eigene Erfahrungen mit diesen Systemen gesammelt?

■ Für welche Indikationen wurden CAD/CAM-gestützte Systeme bislang eingesetzt?

- Inlays, Onlays, Veneers, Front-/Seitenzahnkronen, 3- beziehungsweise mehrgliedrige Front-/Seitenzahnkronen
- Welche Erfahrungen waren damit verbunden?
 - Randschluss
 - Okklusion
 - Approximalkontakt
 - Form und Ästhetik
 - Nachbearbeitung
 - zeitlicher Aufwand
 - Haltbarkeit

■ Freiwillige persönliche Angaben zum Arbeitsverhältnis, Alter, Geschlecht, PLZ (die ersten beiden Ziffern).

Durchführung und Auswertung der Umfrage

Im Juni 2005 wurden nahezu 3 000 Fragebögen an Zahnärzte versandt. Im August 2005 erfolgte ein Erinnerungsschreiben an dieselben Adressen.

Der Rücksendezeitraum dauerte bis Dezember 2006 an. In dieser Zeit wurden von den 2 696 angeschriebenen Zahnärzten 1 009

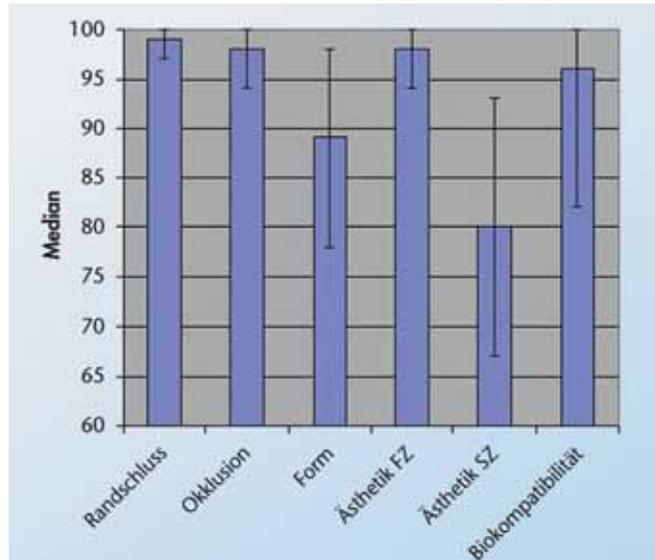


Abbildung 1: Bewertung verschiedener Aspekte bei der Herstellung von Zahnersatz in ihrer Wichtigkeit

Fragebögen zurückgesandt; vier Fragebögen waren nicht zustellbar. Die bereinigte Rücklaufquote liegt somit bei 37,5 Prozent.

Die Fragebögen enthielten drei Arten von Fragen:

- solche, die mit Ja oder Nein zu beantworten waren
- solche, bei denen nach dem Maß der persönlichen Zustimmung gefragt wurde. Es waren Antworten zwischen gar nicht (0 Prozent) und vollständig (100 Prozent) möglich (Visuelle Analog Skala)
- solche, bei denen persönliche Antworten möglich waren.

Für Ja/Nein-Fragen wurde die relativen Häufigkeiten der Ja-Antworten bezogen auf die Anzahl der beantworteten Fragen ermittelt. Bei Fragen nach dem Maß der persönlichen Zustimmung wurden Prozentwerte

ermittelt. Die Ergebnisse werden als Medianwerte mit den Quartilen dargestellt.

Ergebnisse

Die Auswertung der Fragebögen zeigt die hohen Ansprüche, die an Zahnersatz im Allgemeinen gestellt werden. So liegt der Median für Randschluss, Okklusion, Ästhetik (FZ) und Biokompatibilität bei über 95 Prozent. Auch die Form und die Ästhetik für Seitenzähne werden mit 89 Prozent beziehungsweise 80 Prozent sehr hoch bewertet (Abbildung 1). Bei den Materialien werden Gold und Keramik mit einem Median von 96 Prozent beziehungsweise 97 Prozent in ihrer Bedeutung am höchsten eingeschätzt. Titan oder Nichtedelmetalle werden in ihrer Wertigkeit geringer eingestuft (Abbildung 2). Zirkonoxidkeramik wird mit einem

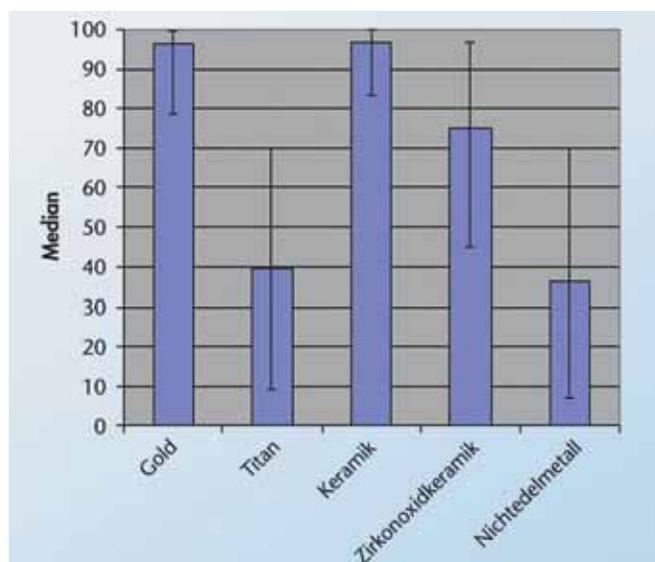


Abbildung 2: Bewertung verschiedener Materialien bei der Herstellung von prothetischen Restaurationen in ihrer Wichtigkeit

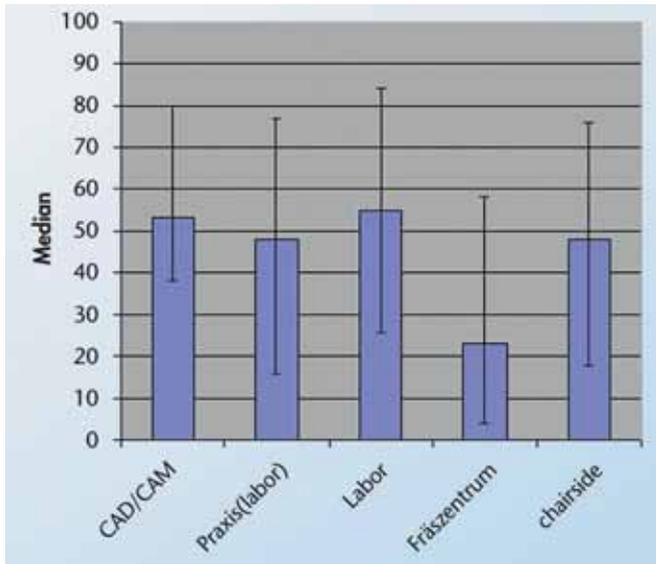


Abbildung 3: Bedeutung, die der CAD/CAM-Technologie im Allgemeinen und die Bedeutung, die Systemen im Praxislabor oder zahntechnischen Labor, Fräszentren oder chairside-Systemen beigemessen wird

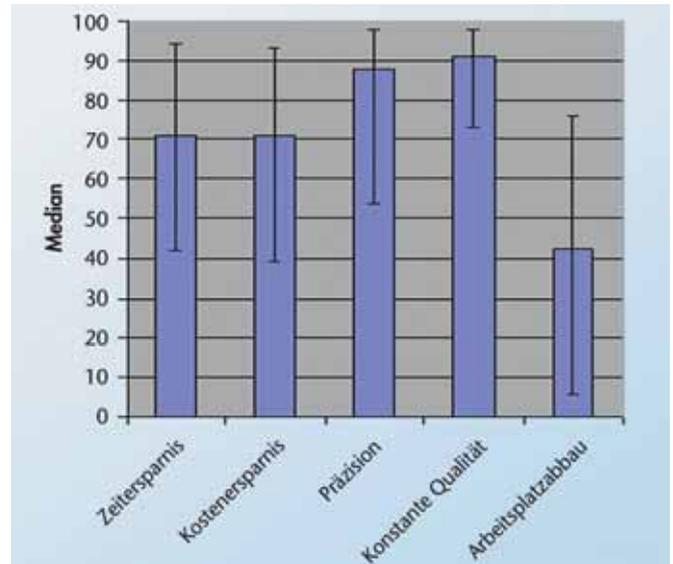


Abbildung 4: Aspekte, die beim Einsatz von computergestützten Systemen zur Herstellung von prothetischen Restaurationen erwartet beziehungsweise befürchtet werden

Median von 75 Prozent in der Bedeutung geringer als Gold oder Keramik, jedoch wichtiger als Titan oder NEM bewertet. Insgesamt kann die CAD/CAM-Technologie schon als etabliert eingeschätzt werden: 83,2 Prozent aller antwortenden Zahnärzte kennen bereits CAD/CAM-Systeme oder haben selbst mit einem gearbeitet, 68,7 Prozent zeigen Interesse. Dabei wurden als Quellen für das Wissen vornehmlich das kooperierende zahntechnische Labor, Artikel oder Vorträge, Fortbildungen sowie Werbung/Messen angegeben. Auf die Frage der einzuschätzenden Wichtigkeit der dentalen CAD/CAM-Technologie ergab sich für die Zahnärzte ein Median von 53 Prozent. Dabei wird der Einsatz von CAD/CAM-gestützten Systemen im zahntechnischen Labor am höchsten bewertet, gefolgt von der Anwendung von CAD/CAM-Systemen im eigenen Praxislabor beziehungsweise von Chairside-Systemen. Die Einrichtung von Fräszentren ist von eher untergeordneter Bedeutung (Abbildung 3).

Die größten Erwartungen, die an CAD/CAM-gefertigten Zahnersatz gestellt werden, liegen in der konstanten Qualität (91 Prozent) und der Präzision (88 Prozent). Aber auch auf Zeit- und Kostenersparnis (jeweils 71 Prozent) wird gehofft (Abbildung 4). Dagegen wird die Gefahr eines Arbeits-

platzabbaus aufgrund des Einsatzes von CAD/CAM-Verfahren mit 42,5 Prozent vergleichsweise niedrig eingestuft. Als wünschenswerte Verknüpfungen wurden Diagnose- und Planungssysteme, elektronische Kiefergelenkregistrierung, intraorale Kamera, digitales Röntgen und Patientenverwaltung in dieser Reihenfolge (58 Prozent bis 21 Prozent) genannt. Überwiegend werden CAD/CAM-Systeme für die Herstellung von Front- und Seitenzahnkronen (68,2 Prozent beziehungsweise 67,8 Prozent aller

antwortenden Zahnärzte mit CAD/CAM-Erfahrung), gefolgt von Inlays (56,3 Prozent) eingesetzt (Abbildung 5). Mit CAD/CAM-gefertigten Onlays, Veneers und dreigliedrigen Brücken haben 34,6 Prozent bis 44,1 Prozent der erfahrenen Zahnärzte bereits gearbeitet, mit mehrgliedrigen Brücken lediglich 16,6 Prozent. Dabei wurden vor allem der Randschluss, die Ästhetik, Haltbarkeit, Approximalkontakte, Form und Okklusion positiv (Mediane 70 Prozent bis 80 Prozent) bewertet.

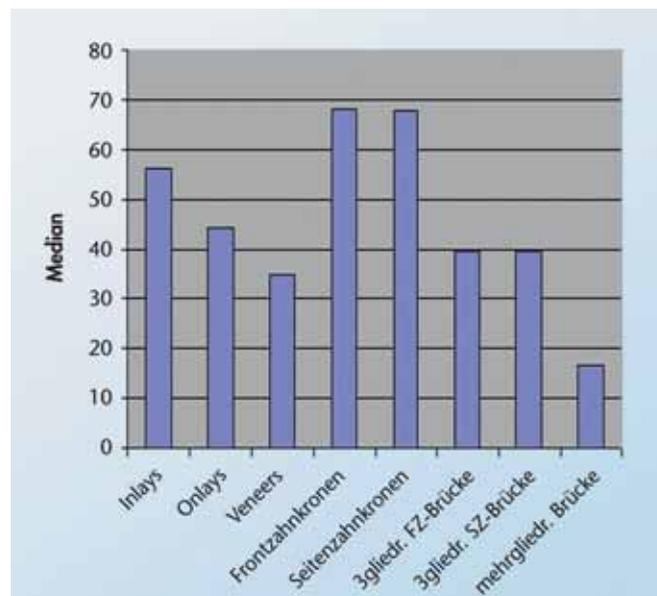


Abbildung 5: Indikationen für den Einsatz von CAD/CAM-Systemen (bezogen auf die Antwortenden mit CAD/CAM-Erfahrung)

Diskussion

CAD/CAM in aller Munde? Die Ergebnisse zeigen den hohen Bekanntheitsgrad dieser noch relativ neuen Technologie auf. Dies geht zum einen Hand in Hand mit einem zunehmenden Ästhetikbewusstsein – Keramik hat bei prothetischen Restaurationen einen gleich hohen Stellenwert wie Gold –, zum anderen mit der Forderung nach gleichbleibend hoher Qualität des Zahnersatzes. Dabei handelt es sich um einen grundsätzlichen Anspruch, der an Zahnersatz im Allgemeinen, insbesondere aber an CAD/CAM-gefertigten Zahnersatz, gestellt wird. Haupteinsatzgebiete sind die Herstellung von Kronen und Inlays, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass diese sowohl im zahntechnischen Labor als auch in der Zahnarztpraxis (chairside) hergestellt werden können. Grundsätzlich wird denjenigen Herstellungsverfahren, bei denen

die Bearbeitungseinheit im zahntechnischen Labor steht, die größere Bedeutung beigemessen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass bei der überwiegenden Mehrheit der Systeme die Datenerfassung nicht direkt im Mund erfolgt, sondern ein nach Abformung hergestelltes Gipsmodell dreidimensional vermessen wird. Entsprechend der technischen Gegebenheiten müssen die Kronen- und Brückengerüste nach wie vor durch den Zahntechniker konventionell verblendet werden. Dies bedingt, dass nur die Minderzahl der Zahnärzte dentale CAD/CAM-Systeme mit der Gefahr von Arbeitsplatzverlust assoziieren.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass CAD/CAM-gefertigte Restaurationen auf dem Weg sind, routinemäßig in der zahnärztlichen Praxis angewendet zu werden. Aus zahn-

ärztlicher Sicht ist mit CAD/CAM-Verfahren die Erwartung verknüpft, Restaurationen in hoher Qualität und Präzision, insbesondere aus keramischen Werkstoffen herzustellen.

■ **Weitere Informationen und Literatur zum Thema „CAD/CAM“ in Zahnheilkunde und Zahntechnik erhalten Sie im Internet unter www.computerzaehne.de.**

*Dr. Anke Weber
Dr. Heike Rudolph
Sebastian Quaas
Amelie Thöne
PD Dr. Ralph Luthardt
Technische Universität Dresden
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Anke.Weber@computerzaehne.de*

Tumoren und tumorähnliche Knochenläsionen

(Zemento-)Ossifizierendes Fibrom im Unterkiefer

Felix Koch, Martin Kunkel



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



Fotos: Kunkel

Abbildung 1: Radiologischer Aspekt im Orthopantomogramm. Es zeigt sich eine unscharf begrenzte peripher hyperdense und zentral hypodense Zone im Bereich des linken Unterkiefers. Trotz des im CT sehr klar definierten Befundes ist das Korrelat im OPG recht unspezifisch.

Bei einem 55-jährigen Patienten ergab sich als Zufallsbefund bei einem aufgrund von Schmerzen der Brustwirbelsäule indizierten Knochenszintigramm eine Anreicherung im Bereich des linken Unterkiefers. Klinisch zeigte sich hier eine knochenharte, schmerzlose Auftreibung des Unterkiefers, die bereits zu einer sichtbaren Konturveränderung der Unterwange geführt hatte. Auf konkretes Befragen gab der Patient an, diese Schwellung bereits seit über einem Jahr bemerkt zu haben. Hinweise auf eine dentogene Ursache der Schwellung ergaben sich bei einem bis auf die Zähne 33 und 43 reduzierten Restgebiss nicht. Radiologisch war im Orthopantomogramm (Abbildung 1) eine unscharf begrenzte Zone erhöhter Dichte in der Region erkennbar, klare Grenzen einer umschriebenen Tumorbildung kamen in der üblichen nativen Röntgendiagnostik nicht zur Darstellung. Als interessantes Detail fiel eine Deviation des Alveolarkanal nach caudal auf. Die tatsächliche Ausdehnung und Struktur

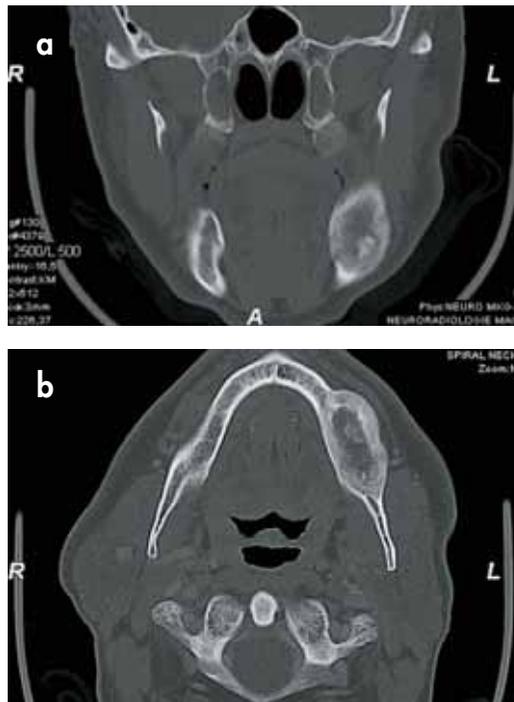


Abbildung 2 a+b: Radiologischer Aspekt im Computertomogramm. Hier werden die klaren Konturen eines enossalen Tumors mit guter Abgrenzung zum umgebenden Unterkieferknochen erkennbar. In Teilabbildung b wird deutlich, dass die Läsion den Unterkieferkörper nahezu vollständig durchsetzt.

des Befundes wurde in der computertomographischen Darstellung (Abbildung 2 a+b) erkennbar. Hier zeigte sich ein etwa 4,5 cm in mesio-distaler Richtung durchmessender, scharf begrenzte Knochentumor, der den Unterkiefer bis in die Basalspange durchsetzte und eine zentrale Dichteminderung aufwies.

Zur diagnostischen Einordnung erfolgte zunächst eine Knochenbiopsie, die zu einer ersten Einschätzung der Läsion als benigner osteoblastärer Tumor führte. Abbildung 3 zeigt die Auftreibung des Unterkiefers nach der Darstellung der knöchernen Kontur. Unter dieser Diagnose erfolgte dann die lokale Resektion des Befundes in den Grenzen der Läsion, wobei aufgrund der minimalen Restspangenhöhe (Abbildung 4) eine Kontinuitätsresektion unter Erhaltung des N. alveolaris inferior mit primärer Rekonstruktion durch eine Beckenkammtransplantat vorgenommen wurde.

Histologisch zeigte sich ein hinsichtlich des Hartgewebsanteils sehr variables Gewebesbild mit irregulären Mineralisierungszonen, teilweise in Form kleiner Knochenbälkchen mit umgebenden Osteoidzonen (Abbildung 5a). Als richtungsweisendes morphologisches Phänomen zeigte sich bei vielen Knochenkernen ein regelmäßiger Saum von Osteoblasten. Dieses als „rimming“ der Osteoblasten bezeichnete Phänomen ist charakteristisch für die Diagnose eines (Zemento-)Ossifizierenden Fibroms.

Die histologischen Präparate wurden freundlicherweise durch Dr. Hansen, Institut für Pathologie der Johannes Gutenberg-Universität (Direktor: Univ. Professor Dr. Kirkpatrick) zur Verfügung gestellt.



Abbildung 3: Klinischer Aspekt enoral vor der Biopsie. Es zeigt sich eine deutliche Auftreibung des Unterkieferknochens, die zu einer regelrechten Plateaubildung geführt hat. Die Oberfläche des Knochens erscheint etwas aufgeraut.



Abbildung 4: Klinischer Aspekt von submandibulär vor der Resektion. Nach der Darstellung des Tumors von submandibulär wird die Ausdehnung des Befundes erkennbar. Es zeigt sich auch die recht gute Begrenzung zum umgebenden Knochen.

Diskussion

Gemäß der aktuellen WHO-Klassifikation werden unter der Gruppe der Fibro-Ossären Läsionen das (Zemento-)Ossifizierende Fibrom, die Fibröse Dysplasie und die

Zemento-Ossifizierende Dysplasie zusammengefasst [Barnes et al., 2005]. Diese deskriptive Einteilung basiert auf pathomorphologischen Gesichtspunkten, denn die genannten Läsionen zeichnen sich durch den Ersatz von Knochen durch eine

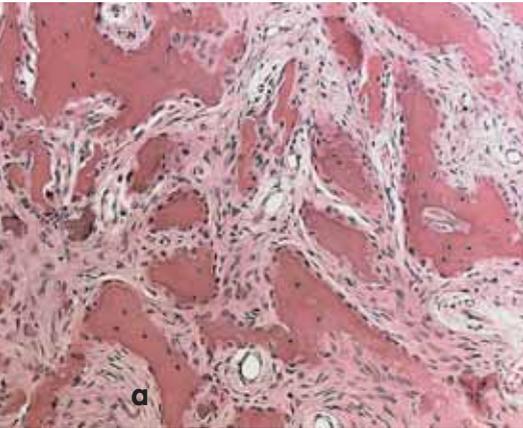


Abbildung 5: Histologischer Aspekt des Tumors.

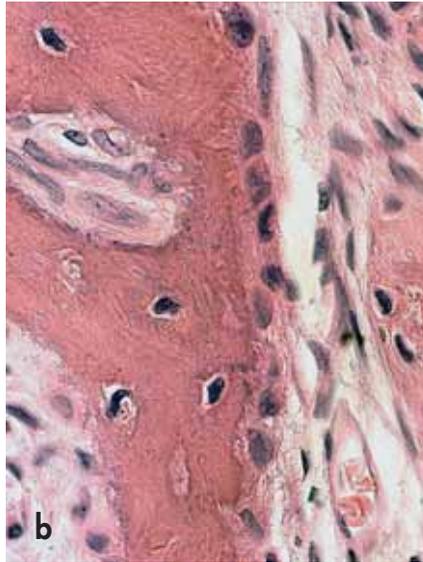
a: In der Übersicht (HE, Originalvergrößerung 200x) zeigen sich, eingebettet in eine fibröse Matrix, zahlreiche Hartgewebsanteile, die morphologisch wie Geflechtknochen, teilweise mit umgebenden Osteoidbildungen erscheinen.

benigne Bindegewebsmatrix mit variablen Anteilen von Hartgewebe in der Form von Geflechtknochen oder zahnzementähnlichen Gebilden aus. Insofern beschreibt der Begriff der Fibro-Ossären Läsionen eine Gruppe morphologisch ähnlicher Läsionen, für die aber zwischenzeitlich ganz unterschiedliche pathogenetische Mechanismen vermutet und teilweise auch bereits bestätigt wurden.

Während die fibröse Dysplasie als anlagebedingte Entwicklungsstörung auf der Basis eines zwischenzeitlich charakterisierten Gendefektes ($G_5\alpha$ -Mutation, kartiert auf Chromosom 20q 13.2-13.3.) aufgefasst wird [Di Caprio and Enneking, 2005], handelt es sich beim (Zemento-)Ossifizierenden Fibrom um eine echte Neoplasie [Scuibba et al., 2001] bei der zumindest in einigen Fällen Mutationen des Tumor Suppressor-Gens HRPT-2 nachgewiesen wurden [Pimenta et al., 2006].



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

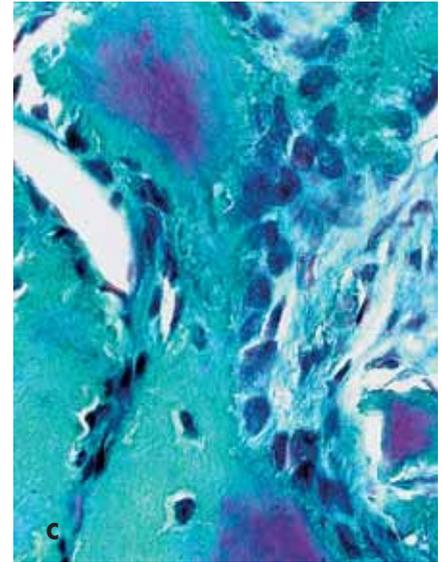


b+c: In den Detailvergrößerungen (B: HE, Originalvergrößerung 1000x/C: Masson-Goldner, Originalvergrößerung 1000x) zeigt sich das sogenannte „rimming“ der Osteoblasten um die Knochenbälkchen, das heißt, die Knochenbälkchen werden von einem Saum osteoidbildender Zellen regelrecht eingefasst.

Obwohl der Hartgewebsanteil des (Zemento-)Ossifizierenden Fibroms eine teilweise verblüffende morphologische Analogie zum Zahnzement zeigt und eine regelrechte Einfassung von Fasern analog der Sharpey-Fasern des Zahnhalteapparates aufweisen kann, wird das (Zemento-)Ossifizierende Fibrom heute mehrheitlich nicht als odontogener Tumor betrachtet [MacDonald-Jankowski, 2004; Pimenta et al.,

Fazit für die Praxis

- In der Gruppe der Fibro-Ossären Läsionen hat die WHO Erkrankungen zusammengefasst, die sich durch eine Bindegewebsmatrix mit variablen Anteilen von Hartgewebe in der Form von Geflechtknochen oder zahnzementähnlichen Gebilden auszeichnen; dies sind die Fibröse Dysplasie, das Zemento-Ossifizierende Fibrom und die Zemento-Ossäre Dysplasie.
- Das (Zemento-)Ossifizierende Fibrom stellt in dieser Gruppe eine echte benigne Neoplasie dar.
- Bei der Fibrösen Dysplasie handelt es sich im Gegensatz um eine Entwicklungsstörung auf der Basis eines zwischenzeitlich definierten Gendefektes.
- Die Therapie der Wahl ist beim (Zemento-)Ossifizierenden Fibrom die schonende chirurgische Entfernung.



2006]. Die zementähnlichen Hartgewebsanteile stellen demnach kein Differenzierungsprodukt der Zahnleiste, sondern lediglich rarefizierte Knochenbildungen dar. Als morphologisches Charakteristikum des (Zemento-)Ossifizierenden Fibroms insbesondere zur Abgrenzung gegenüber der Fibrösen Dysplasie gelten die aneinander gereihten Osteoblasten, die die Knochenbälkchen regelrecht einfassen (Abbildungen 5 b und c). Dieses Phänomen fehlt typischerweise bei der Fibrösen Dysplasie [Scuibba et al., 2001].

Für die zahnärztliche Praxis soll dieser Fall daran erinnern, dass sich hinter dem rein deskriptiven Begriff der Fibro-Ossären Läsionen gemäß der WHO-Definition ganz unterschiedliche Krankheitsentitäten verbergen, die auch unterschiedlicher Therapiekonzepte bedürfen. Abschließend weist dieser Fall noch einmal darauf hin, dass auch sehr ausgedehnte ossäre Befunde manchmal nur ein schwaches Korrelat im Orthopantomogramm aufweisen.

Dr. Felix Koch
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2, 55131 Mainz



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.

Pädiatrie

Gezielte Behandlung für Kinder mit Rheuma

Till Uwe Keil

Rheumatische Erkrankungen im Kindesalter sind selten. Die häufigste ist die juvenile idiopathische Arthritis (JIA), an der in Deutschland etwa 15 000 Patienten im Kindes- oder Jugendalter leiden. Mit einem Wirkstoff aus dem Bereich der „Biologics“ scheint nun eine gezielte Behandlung möglich zu sein. Dadurch könnte die bislang erforderliche Therapie mit Kortison oder Zytostatika verdrängt werden.

Seit Januar 2001 ist im Zentrum für Kinderreumatologie an der Abteilung für Neonatologie und Allgemeine Pädiatrie der Asklepios-Klinik in Sankt Augustin der Tumornekrose-Faktor-alpha-(TNFa)-Antagonist Etanercept für die Behandlung von Kindern mit JIA verfügbar. Seit dieser Zeit zählt Prof. Gerd Horneff, der Leiter des Zentrums, mehr als 700 Kinder, die sich dieser Behandlung unterzogen haben. Dadurch war es erstmals möglich, bei mehr als 80 Prozent der Kinder die Symptome deutlich zu bessern. Besonders die Gelenkschmerzen und die Morgensteifigkeit verschwanden teilweise völlig, die Kinder benötigten weniger Kortison und nahmen wieder ihr normales Körperwachstum auf.

Nicht lebensgefährlich, aber bedrohlich

Insgesamt rechnet man in Deutschland mit etwa 15 000 Rheumapatienten im Kindes- und Jugendalter. Im Falle der JIA ist die Letalität zwar niedriger als ein Prozent, im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern jedoch um den Faktor 4 bis 14 erhöht. Unter der bislang verfügbaren Therapie behalten 25 Prozent der Kinder für den Rest ihres Lebens eine Sehbehinderung, die Gelenkentzündungen sind auch nach zehn Jahren Behandlung noch bei 75 Prozent der Patienten mit Polyarthritis aktiv. Bei 63 Prozent der Kinder mit einer systemischen Arthritis und bei 53 Prozent der Kinder mit Oligoarthritis sieht man keine Besserung. Bleibende Schäden im Erwachsenenalter finden sich bei ein bis zwei von vier Patienten. Für bislang therapieresistente rheuma-

krankte Kinder besserte sich die Situation unter einer kontrollierten prospektiven Studie mit dem TNFa-Antagonisten Etanercept. Es handelte sich um 69 JIA-Patienten im Alter zwischen 4 und 17 Jahren, die zuvor ohne Erfolg mit Methotrexat behandelt worden waren. Sie litten an schmerzhaften Entzündungsprozessen an mindestens vier Gelenken.

Patienten über die gesamte Studiendauer das Verum erhielten. Wie Abbildung 1 zeigt, reagierten nahezu alle Kinder während der ersten Studienphase (drei Monate Verum) mit einer Besserung von mindestens 30 Prozent bezogen auf die Zahl der befallenen Gelenke. In der folgenden viermonatigen doppelblinden Studienphase erhielt nur jedes zweite Kind nach

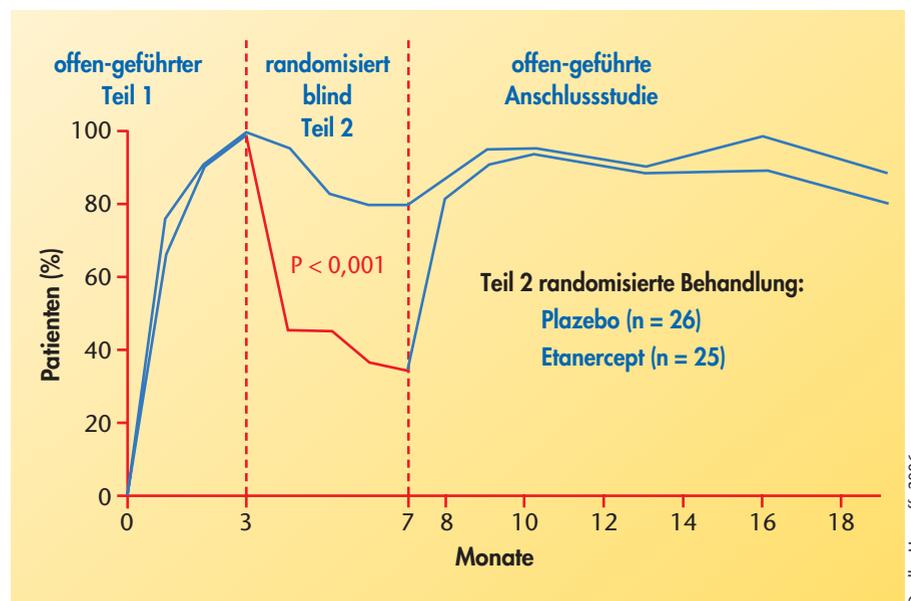


Abbildung 1: Anteil der Patienten mit JIA, bei denen sich während der Etanercept-Studie wenigstens 30 Prozent der befallenen Gelenke besserten.

Alle Patienten wurden vier Monate in einer offenen Titrationsphase mit Etanercept behandelt. 51 Patienten sprachen auf den TNFa-Antagonisten an. 26 Patienten aus dieser Gruppe erhielten danach randomisiert und doppelblind über vier Monate Plazebo, dann das Verum über die restliche Studiendauer von elf Monaten, während 25

dem Zufallsprinzip Etanercept, die anderen Kinder ein gleichartiges Scheinpräparat. Bei diesen Patienten verschlechterten sich die Symptomatik wiederum deutlich. Am Ende der viermonatigen Plazebo-Phase zeigten nur noch 40 Prozent der Kinder eine entsprechende Besserung. Während der dann folgenden offen geführten Anschlussstudie

über elf Monate dauerte es wiederum ein Vierteljahr, bis die nun ebenfalls mit dem TNFa-Antagonisten den gleichen Grad der Besserung erreichten wie die Kinder, die über die gesamte Zeit der Studie das Verum erhalten hatten.

Eine solche über Kreuz geführte Studie hat auch bei geringeren Probandenzahlen eine hohe Aussagegenauigkeit.



Abbildung 2:
Patientin mit JIA
vor und während
der Therapie mit
Etanercept.

Entwicklungsdefizite der Kinder vermindert

Außerordentlich wichtig erschien es Prof. Horneff auch, auf die sonstigen positiven Wirkungen der neuen Therapie hinzuweisen. So zeigte es sich, dass die Mehrzahl der Kinder auch nach Ende der 18-Monats-Studie noch eine offene Fortführung der Behandlung wünschten. Zwei Jahre nach Ende der Studie wurden noch 86 Prozent, vier Jahre nach Ende noch 59 Prozent der Kinder mit der neuen Substanz versorgt.

Für den Abbruch der Teilnahme wurden zu dieser Zeit folgende Gründe angegeben: Ineffektivität bei 10 Prozent, Nebenwirkungen bei 7 Prozent, Wunsch der Patienten oder deren Eltern bei 7 Prozent, Arztentscheidung bei 5 Prozent, Protokollabweichungen bei 3 Prozent und Wegzug der Kinder bei 3 Prozent. Mehrfachnennungen waren möglich.

Der Anteil der Kinder, bei denen sich die als Studienziel festgelegte Besserung um 30 Prozent feststellen ließ, war nach vier Jahren kontinuierlich auf 94 Prozent gestiegen.

Auch der Anteil der Patienten, bei denen sich 70 Prozent der befallenen Gelenke gebessert hatten, war zu diesem Zeitpunkt mit 78 Prozent sehr hoch.

Am wichtigsten scheinen jedoch die positiven Langzeitfolgen eines Einsatzes von Etanercept bei den JIA-Patienten zu sein, die am Zentrum in Sankt Augustin in einer eigenen begleitenden Studie erfasst wurden.

So berichtet Prof. Horneff, dass zu Beginn 420 Patienten mit oralen Kortikosteroiden behandelt werden mussten. 109 der Kinder (26 Prozent) konnten diese Behandlung beenden, fast alle konnten unter die für den Morbus Cushing kritische Schwellendosis von 5 mg Prednisolon-Äquivalent gebracht werden. Dieser Therapieeffekt ist für die Entwicklung der Kinder extrem wichtig, wie sich auch an der Veränderung des Gesichtes der Kinder (Abbildung 2) oder an der Normalisierung der Wachstumskurven zeigt.

Auch die bislang als Standard eingesetzte Behandlung mit dem Zytostatikum Methotrexat (MTX) konnte von 558 Patienten zu Beginn der Therapie mit TNFa-Antagonisten um 15 Prozent (86 Patienten) gesenkt werden. Da MTX bei Kindern in seiner Langzeitwirkung schwer einschätzbar ist, reduziert man sehr gerne diese Therapie.

Noch nicht erwiesen, aber sehr wahrscheinlich, wird auch bei den Kindern eine Wirkung des neuen Biologics ausgelöst werden, nämlich eine Verhütung oder sogar Verminderung der Zerstörung in der Ge-

lenkstruktur, wie sie bei erwachsenen Patienten bereits mehrfach belegt werden konnte.

Bei den unerwünschten Wirkungen der Therapie mit einem TNFa-Antagonisten wird besonders nach einer etwaigen Häufung von Infektionen geachtet, da diese Substanzen in der Lage sind, die Immunantwort auf Infektionserreger zu schwächen. Weder in der Studie noch im Patientengut des Zentrums fanden sich jedoch Hinweise auf eine Häufung von Infektionen.

Frühzeitig in spezialisierten Zentren abklären

Von erwachsenen Rheumapatienten ist die Klage über den Mangel an versierten Rheumatologen beziehungsweise an Rheuma-Ambulanzen bekannt. So werden diese Patienten oftmals von ihren Hausärzten bis zur Verursachung von blutenden Magenulzera mit Schmerzmitteln behandelt, statt sie einer sachkundigen Rheumatherapie zuzuführen. Dieser Mangel an Fachpersonal in Deutschland trifft leider die an Rheuma erkrankten Kinder noch stärker als die erwachsenen Patienten. Derzeit existiert lediglich ein Zentrum, das sich auf Rheuma im Kindesalter spezialisiert hat, sechs Rheumatologen haben die Zusatzbezeichnung „Kinderreumatologie“ erworben.

Die Haus- und Kinderärzte sind mit diesem Krankheitsbild in den meisten Fällen überfordert. Sie sehen daher oftmals erst nach Monaten eine Überweisung als Lösung an. Je nach Gegend dauert es 8 bis 12 Monate vom Beginn der Symptomatik, bis die richtige Diagnose gestellt und eine gezielte Therapie begonnen wird.

Das Zentrum in Sankt Augustin strebt ein bundesweites Netzwerk an, um eine ortsnahe ambulante Versorgung der Kinder zu ermöglichen. Bislang liegt erst von einer Krankenkasse die Zusage für eine Kostenbeteiligung vor. Diese Kasse versorgt lediglich fünf Prozent der Bevölkerung. Das Zögern der gesetzlichen Kassen ist schwer verständlich, da eine Therapie im Zentrum nach Aussage der Experten um ein Mehrfaches kostspieliger ist als die ambulante Versorgung. ■

Psychiatrie

Atypische Neuroleptika und Alzheimer-Patienten

Im Laufe der Alzheimer-Erkrankung werden die meisten Patienten durch eine neurotische oder psychotische Symptomatik klinisch behandlungsbedürftig. Die über Jahre außerhalb der zugelassenen Indikation angewandten atypischen Neuroleptika erwiesen sich in einer praxisnahen Studie für die Routine als ungeeignet.

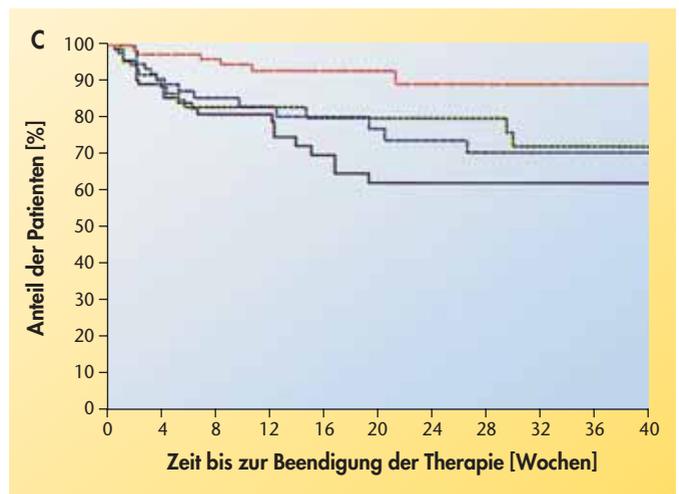
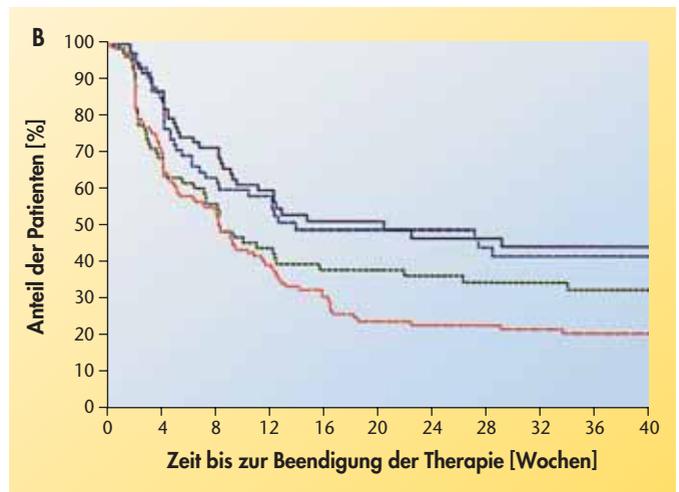
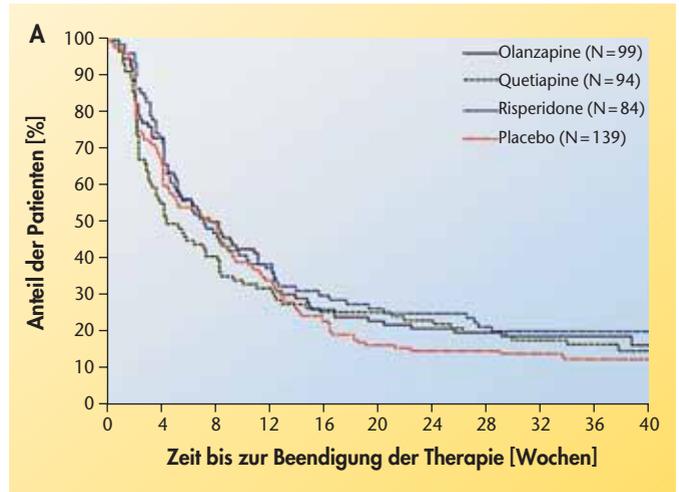
Die „Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness-Alzheimer Disease (CATIE-AD-)Study“ wurde bei ihrer Publikation als bahnbrechend gefeiert. Mit dieser Studie sei es erstmals möglich, eine anscheinend klinisch einleuchtende Behandlung unter den Alltagsbedingungen der täglichen ärztlichen Praxis zu testen, schrieb in einem Kommentar der renommierte Geriater Jason Karlawish von der Universität von Pennsylvania in Philadelphia.

Atypische Neuroleptika mit Januskopf

Als Erstautor der Studie zeichnet Lon S. Schneider von der Keck School of Medicine der Universität von Südkalifornien in Los Angeles (USA). Die Studie wurde an 421 ambulanten Patienten durchgeführt, die von 42 Kliniken betreut wurden. Diese unter psychiatrischen Praxisbedingungen durchgeführte Untersuchung, die von den staatlichen Institutes of Health finanziert wurde, hatte abweichend von den Standards der großen prospektiven Zulassungsstudien keine Vorschriften über Dosis oder therapeutische Endpunkte zu befolgen.

Gemessen wurde lediglich außer dem Einfluss der jeweiligen Medikation auf die Symptomatik der Patienten die Zeit bis zum Wechsel der Therapie. Die teilnehmenden Ärzte waren frei, die für Neuroleptika geeigneten Patienten auszuwählen. Sie hatten mehrere Dosierungen zur Verfügung, um – wie in der Praxis üblich – die erforderliche Dosis durch allmähliche Steigerung zu finden. Allerdings wussten sie nicht, ob die

Die drei Kurvenscharen zeigen für die eingesetzten atypischen Neuroleptika und Placebo den Anteil der Patienten an, die (A) die Behandlung, gleichgültig aus welchem Grunde, abgebrochen haben, die (B) wegen unzureichender Wirkung der Medikation abbrechen oder aber (C) wegen Unverträglichkeit oder Nebenwirkungen die Therapie beendeten. Quelle: Schneider, L. S. et al, NEJM 2006



gleich aussehenden Kapseln eines der drei verfügbaren Neuroleptika der zweiten Generation (Olanzapin, Quetiapin oder Risperidon) oder aber ein Scheinmedikament enthielten.

Die Patienten litten außer an dem Hauptsymptom Gedächtnisverlust an psychotischen Symptomen und Aggressivität beziehungsweise Agitation. In der psychiatrisch-klinischen Praxis werden bei Patienten, die

an diesen Symptomen leiden, die genannten Neuroleptika routinemäßig und mit gutem Erfolg eingesetzt. Die Medikamente wurden zwar nicht ausdrücklich im Zusammenhang mit der Alzheimerschen Erkrankung geprüft, in der Klinik wurden diese Patienten jedoch fast überall auch mit Neuroleptika behandelt.

Die Studie erbrachte nun, wie die Abbildung zeigt, dass während der Studiendauer

von 40 Wochen die gleiche Zahl von Patienten die Therapie wechselt, unabhängig davon, ob sie Placebo oder eines der Medikamente erhalten hatten. Daran änderte auch nichts, dass unter Olanzapin die Symptomatik deutlicher verbessert wurde als unter den anderen Präparaten oder unter Placebo. Dafür war nämlich auch die Häufigkeit der Abbrüche wegen schlechter Verträglichkeit unter Olanzapin mit 24 Prozent deutlich häufiger als unter den beiden anderen Neuroleptika (16 beziehungsweise 18 Prozent) oder unter Placebo mit 5 Prozent.

Die maßgebliche durchschnittliche Therapiedauer bis zum Wechsel der Medikation war unter allen vier Optionen ohne signifikanten Unterschied: Olanzapin 8,1 Wochen, Quetiapin 5,3 Wochen, Risperidon 7,4 Wochen und Placebo 8,0 Wochen.

Konsequenzen

Prof. Karlawish weist in seinem Kommentar zu dieser Studie darauf hin, dass auch er Alzheimer-Patienten mit entsprechender Symptomatik bislang die Neuroleptika der zweiten Generation verordnete. Zu eindeutig war der Therapieerfolg bei den Nicht-Alzheimer-Patienten, als dass man sich in der Klinik ein Versagen beim Morbus Alzheimer hätte vorstellen können. Daher wird von ihm die nun vorgelegte Studie in aller Form begrüßt, wenn auch nicht in allen Punkten die gleichen Konsequenzen gezogen werden, wie von den Autoren der Studie.

Karlawish argumentiert, dass ein psychiatrisch versierter Geriater, der die unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika kennt und gegen den Therapieerfolg im Einzelfall abwägen kann, durchaus mit diesen Präparaten arbeiten sollte. In der normalen ambulanten Praxis sollten Neuroleptika bei Alzheimer-Patienten jedoch nicht mehr angewandt werden. Hier bleiben den Mediziner nur noch die ebenfalls effektiven, wenn auch ungleich arbeitsintensiveren nicht medikamentösen Maßnahmen, wie Verhaltenstraining, Arbeit mit den Betreuungspersonen und mehr.

T. U. Keil

Lebensqualität in der Tumorthherapie

Patientenzentriertes Vorgehen in der Onkologie

Eine intensivierete Chemotherapie, Anwendung von Immuntherapeutika oder Antikörpern ist in der Regel nur möglich, wenn die Symptome der Erkrankung und die Nebenwirkungen der Therapie so weit als möglich gemildert werden. Hier tut die klinische Onkologie auch aus ökonomischen Gründen gut daran, auf die Patienten zu hören.

Bei der Chemotherapie treten als häufigste Nebenwirkungen Übelkeit, Erbrechen sowie Alopezie, Müdigkeit und Erschöpfung auf. Fängt man dies als Arzt nicht schon in der Therapieplanung durch präventive, supportive Maßnahmen auf, kann in der Regel die erforderliche Dosis der einzusetzenden Zytostatika nicht gegeben werden. Frühere Rückfälle mit entsprechenden Klinikaufhalten sind dann meistens die Folge. Ähnliches gilt auch für den Einsatz der modernen biologischen Präparate in der gezielten Tumorthherapie oder für die Strahlentherapie.

Auf dem diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) Anfang November in Leipzig machte die Strahlentherapeutin und Vorsitzende des Arbeitskreises „Supportive Maßnahmen in der Onkologie (ASO)“ innerhalb der Deutschen Krebsgesellschaft, Petra Feyer aus Berlin, darauf aufmerksam, dass die Supportivmedizin nur gelingen kann, wenn Ärzte und Pfleger gut auf die betroffenen Patienten hören. In der letztjährigen Befragung von 5000 ambulanten Tumorpatienten zeigte sich, dass die Patienten noch immer in großem Ausmaß an den Symptomen der Erkrankung und den Nebenwirkungen der Therapie (30 Prozent) leiden, Probleme aber auch im Umgang mit ihrer Symptomatik (20 Prozent) und vor allem mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung (30 Prozent) erleben. Bei der Aufschlüsselung der Symptome wurde deutlich, dass mehr als 60 Prozent der Patienten unter Müdigkeit und Erschöpfung sowie 51 Prozent unter Übelkeit im Krankheits- und Therapieverlauf litten.

Damit wird deutlich, dass beispielsweise die in den Leitlinien vorgesehenen neuen und hoch wirksamen Antiemetika nicht ausreichend verordnet wurden, was sich auf Nachfrage auch bestätigte. Nicht besser sieht es bei den hämatopoetischen Wachstumsfaktoren (Anämie, Müdigkeit und Erschöpfung), der Prophylaxe von Schleimhautentzündungen und Ausfall des Speichelflusses, der Ernährung und Schmerztherapie aus.

Auch hier existieren Leitlinien, die entweder zu wenig bekannt sind, oder auch aus vordergründigen ökonomischen Motiven nicht eingehalten werden. Wie die Onkologin Karin Jordan von der Universität Halle-Wittenberg am Beispiel einer sachgerechten antiemetischen Therapie auseinandersetzt, kann man errechnen, welchen positiven wirtschaftlichen Effekt es hat, zur richtigen Zeit und in effizienter Dosis auch moderne Präparate einzusetzen.

Auch dann, wenn die kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, hilft in jeder Form eine richtige supportive Therapie, hier in palliativer Indikation. Ulrich R. Kleeberg, niedergelassener Onkologe in Hamburg, konnte eindrucksvoll zeigen, dass die ambulante häusliche Versorgung terminal Kranker, wie sie von den onkologischen Schwerpunktpraxen mit angegliederten Tagesstationen praktiziert wird, im Vergleich zur stationären Behandlung auf Palliativ-Stationen oder in Hospizen nicht nur wirtschaftlich günstiger ist, sondern es auch dem Kranken erlaubt, im gewünschten häuslichen Umfeld vom onkologischen Team bis zum Tode betreut zu werden. TUK

Oral-B Symposium

Alterszahnmedizin ist mehr als Zahnmedizin für alte Menschen

Christoph Benz

Im Alter ist der Mund trocken, die Zähne werden unansehnlich und spröde. Der Zahnhalteapparat bildet sich zurück und Wurzelkaries zerfrisst, was von der Zahnkrone noch übrig ist. Das kann es aber nicht sein. In einem großen Symposium, das von Oral-B ausgerichtet wurde, nahmen Zahnmediziner Stellung dazu, dass Alterszahnheilkunde noch mehr ist, als nur die Sanierung von Zähnen alter Menschen.

Mit dem Hintergrund dieser oben beschriebenen Situation und ohne Interesse an der Prävention und ohne die Möglichkeit, eine Zahnbürste manuell noch sinnvoll führen zu können, ist der alte Mensch dankbar, wenn seine letzten Wurzelreste endlich durch eine pflegeleichte Prothese ersetzt werden. Diese Beschreibung erscheint lächerlich und dennoch handelt es sich nur um eine Zusammenstellung von Meinungen, die auch die Zahnmedizin bis vor nicht allzu langer Zeit vertreten hat.

Je mehr Studien sich mit den tatsächlichen Veränderungen im Mund beschäftigen, desto deutlicher wird, dass viele unserer lieb gewordenen Vorurteile über das Altern eigentlich nur die Auswirkungen nicht substanzschonender, nicht zahnerhaltender und nicht prophylaxeorientierter Behandlungskonzepte der Vergangenheit beschreiben. Wenn die moderne Zahnmedizin glaubwürdig bleiben will, muss sie ihre Prinzipien und Konzepte der demografischen Entwicklung anpassen. Wie dies geschehen kann, war Inhalt eines Vortrags auf dem 3. Oral-B Symposium „Mundgesundheit im Alter – Herausforderungen und Chancen“ im Mai 2006 in Frankfurt am Main. Die Kernaussagen des Beitrags werden im Folgenden noch einmal zusammengefasst.

Unsere Gesellschaft altert

Seit Anfang der 90er-Jahre leben in Deutschland mehr Menschen, die 60 Jahre und älter sind, als solche, die jünger als 20 sind. Diese Entwicklung hat bereits um

1970 begonnen – seit dieser Zeit wird die Reproduktionsrate unterschritten – und ist auch nicht bald vorbei – allein bis 2030 fehlen schon die Mütter für die benötigten Kinder. Mit diesem dauerhaften Wandel wächst für alle Disziplinen der Medizin die Notwendigkeit, sich auf die Bedürfnisse des alten Patienten einzustellen. Man kann es deutlicher sagen: Es wird immer weniger

Ausdruck einer besonderen Arzt- oder Praxis-Ethik sein, sich intensiver mit älteren und pflegebedürftigen Menschen auseinanderzusetzen, sondern schlicht eine wirtschaftliche Notwendigkeit.

Zahnverlust ist keine Alterserscheinung

Je mehr man über die physiologischen Altersveränderungen weiß, umso deutlicher wird, dass sich im Mund ähnlich wenig verändert wie in der übrigen Magen-Darm-Passage. Parodontaler Attachmentverlust ist keine Folge des Alterns. Veränderungen der proliferativen Aktivität der Gingiva-Epithelzellen sind nicht sicher belegt. In der Pulpa verringert sich die Odontoblastendichte und dies könnte das reparative Potenzial der Pulpa reduzieren. Ein besserer Schutz wäre jedoch andererseits durch die Apposition von Dentin in den Dentintubuli und an der Pulpa-Dentingrenze denkbar, die ihrerseits natürlich auch Vitalität aus-



Alterszahnmedizin geht alle an. Das zeigte die große Teilnahme am Frankfurter Symposium.



drückt. Diese Dentinapposition verringert die Transparenz und lässt Zähne mit zunehmendem Alter gelber und dunkler erscheinen. Der Effekt ist soweit gesichert, dass er zur Altersbestimmung diskutiert wird. Die altersbedingte Dentinversteifung verändert die Elastizität eines Zahnes und könnte die Ursache für häufigere Schmelzrisse im Alter sein. Eine Versprödung durch Austrocknung ist für endodontisch behandelte Zähne klar widerlegt und dürfte auch im Alter keine Rolle spielen. Attrition und Abrasion sind Ausdruck intensiven Gebrauchs und nicht Folge des Alterns.

Im Alter bleibt die stimulierte Speichelsekretionsrate weitgehend unverändert. Eine verringerte Ruheseekretion der submandibulären und weiterer kleinerer Speicheldrüsen kann jedoch den Eindruck von Mundtrockenheit entstehen lassen. Hier kann Kauen (Karotte bis Kaugummi) und Lutschen von zuckerfreien Drops helfen. Zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, wie sie im Alter nicht selten ist, reduziert natürlich auch die Speichelsekretion. Eine pharmakologische Wirkung auf die Speichelproduktion liegt oft an einer unbedachten und wenig koordinierten Verschreibungspraxis der allgemeinmedizinischen Disziplinen. Die Geriatrie muss hier zunehmend als übergeordnete Koordinierungskompetenz akzeptiert werden.

Eine von der EU geförderte wissenschaftliche Erhebung zur Nahrungsmittel-Auswahl (HealthSense-Projekt) konnte keine signifikante Veränderung der Geschmackswahrnehmung im Alter feststellen. Die Wahrnehmung 70-Jähriger verringert sich im Vergleich mit 30-Jährigen im Durchschnitt für „süß“ um 8,8 Prozent, für „salzig“ um 5,2 Prozent, für „bitter“ um 10,2 Prozent und für „sauer“ um 8,8 Prozent und liegt damit in der Variationsbreite innerhalb der Altersgruppen. Für das Schmecken ist auch die Geruchswahrnehmung wichtig, die jedoch lebenslang trainierbar bleibt.

Das fitte Alter

Das Modell einer „komprimierten Morbidität“ – gesunde Lebensführung und moderne Medizin verlängern die Spanne bis



Zähne werden viel länger im Mund verbleiben und erhalten werden, prognostizierte Prof. Christoph Benz.

zur Pflegebedürftigkeit bei gleichzeitig verkürzter Spanne bis zum Tod – beginnt sich zu verändern. Zwar sind Menschen heute noch in höherem Alter „fit“, doch steigt die Lebenserwartung, wobei dann demenzielle Erkrankungen eine immer größere Rolle spielen. Der Anteil demenzieller Erkrankungen steigt von weniger als 2 Prozent mit 65 Jahren auf mehr als 35 Prozent, bei Einbeziehung auch leichter Demenzen auf bis zu 60 Prozent der über 90-Jährigen. Aber auch das fitte Alter ist durch einen weiten Bogen verschiedener Einschränkungen charakterisiert. Sehr häufig sind verminderte Sinnesfunktionen (Sehen, Hören) und Bewegungseinschränkungen. Hier wird es für die Zahnarztpraxis zunehmend wichtig, sich baulich aber auch konzeptionell anzupassen. Barrierefreiheit, ausreichender Platz, Sitzgelegenheiten und gute Beleuchtung sollten die Planung bei Renovierung und Neueinrichtung bestimmen.

In der Prävention müssen ältere Menschen aktiver und direkter angesprochen werden. Allein auf einen „Spin-Off“ aus der Jugendprävention zu vertrauen, ist nicht der richtige Weg. Handeln muss auch die Industrie.

Prophylaxe trägt in der Werbung junge Gesichter, Haftcreme und Prothesenreiner alter, Zahnpastatuben haben Frische-Siegel, die alte Hände nicht öffnen, und Aufdrucke, die alte Augen nicht lesen können. Die Prävention wird immer wichtiger, denn IP in der Jugend und danach „drill and fill“ kann nicht die Lebensspanne abdecken, die wir heute brauchen. Die Zahnmedizin und die Industrie müssen der Generation 60+ viel klarer sagen, dass strukturerhaltende Prävention weder „primär“ noch „tertiär“ noch jung oder alt, sondern immer sinnvoll und wirksam ist.

Präventionskonzepte

Die verbreitete Assoziation von Jugend mit Aufbau und Alter mit Abbau hindert uns oft daran, den Sinn „vor“beugender Konzepte für das Alter zu akzeptieren. Schon nach der DMS III-Studie hatten 75 Prozent der 65-Jährigen durchschnittlich noch die Hälfte ihrer natürlichen Zähne. Setzt man dies in Relation zur Lebenserwartung (Männer 79,9 Jahre, Frauen 84,7 Jahre), steht außer Frage, dass sich ein besonderes Engagement der Zahnmedizin lohnt.

Die Umsetzung von Präventionskonzepten scheitert in der Praxis nicht an inhaltlichen Aspekten, auch altersgerechte Hilfsmittel für die häusliche Reinigung gibt es genug, was jedoch vielen nicht gelingt, ist, sich in die Situation des älteren Menschen hineinzuversetzen. Die Jugend hat den Vorteil, dass wir sie erlebt haben und uns zumindest teilweise daran erinnern können. Die Sichtweisen und Einschränkungen des Alters dagegen kennen nur die genau, die sie nicht mehr in das aktive Berufsleben einbringen können. Hier muss die Aus- und Weiterbildung Defizite viel intensiver als bisher ausgleichen. Möglicherweise ist es auch sinnvoll, in der Altenprophylaxe ältere Mitarbeiter einzusetzen. Erste Ergebnisse einer Münchner Studie zeigen, dass eine Präventionsberatung auf „Alters-Augenhöhe“ glaubwürdiger erscheinen und nachhaltiger wirken kann.

Prüfstein Pflege

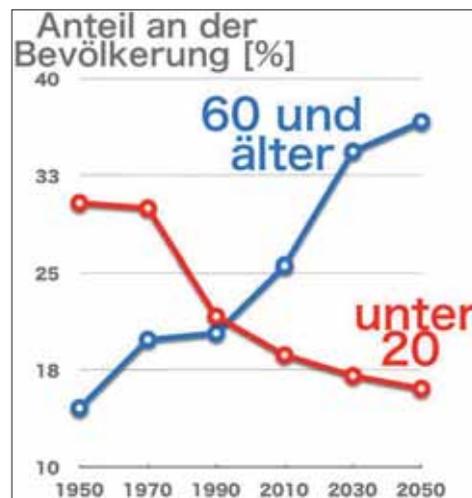
Oft bestehen in der Bevölkerung, unter den Pflegenden und sogar bei Zahnärzten noch falsche Vorstellungen über die Bedeutung der Mundgesundheit in der Pflege. Munderkrankungen laufen im Alter nicht anders und schon gar nicht langsamer ab. In der Demenz ändert sich nicht die Schmerzwahrnehmung, sondern die Möglichkeiten darauf hinzuweisen. Demenzielle Erkrankungen sind heute häufige Ursache für eine Pflegebedürftigkeit, ohne jedoch die Lebenserwartung deutlich zu verkürzen. Damit bleibt nicht einmal der Trost, dass die letzte Lebensphase besonders kurz wäre.

In theoretischen Überlegungen wird gerne die Umstellung auf „pflegeleichter“ Zahnersatz in Vorbereitung auf eine Pflegebedürftigkeit gefordert. Das Bild hat zwei entscheidende Risse. Kann Zahnersatz wirklich pflegeleicht sein, und wann ist der Zeitpunkt für die Umstellung? Die bakterielle Besiedlung unzureichend gepflegter Prothesen hat gleichermaßen Einfluss auf das Risiko von zum Beispiel Lungenerkrankungen, und ohne zahnmedizinische Betreuung treten Verletzungen der Mundschleimhaut wesentlich häufiger auf. Wird die Umstellung im fitten Alter geplant, trifft der Zahnarzt auf einen anspruchsvollen Patienten, der gar nicht selten auch über das notwendige Geld verfügt. Darf man diesem Patienten eine in Funktion und Ästhetik hochwertige Versorgung verweigern? Wird der Ersatz dagegen geplant, wenn sich eine Pflegebedürftigkeit abzeichnet, ist die Adaptationsfähigkeit meist schon zu gering, und die Folgen der besonderen psychischen Belastung durch eine Umstellung unkalkulierbar. Wenn man also feststellen muss, dass es den richtigen Zeitpunkt nicht gibt, dann bleibt „nur“, die Patienten in jedem Alter orientiert an ihren Wünschen zu versorgen. Dazu gehört dann aber auch die optimale zahnmedizinische Betreuung in der Pflege.

Zahnmedizin in der Pflege

Die Zahnmedizin hat in der Pflege keine anderen Aufgaben als bei selbstbestimmten lebenden Menschen – Prävention und Res-

tauration –, sie wird nur lernen müssen, diese Leistungen anders zu erbringen. Es gibt heute schon einige Kollegen in Deutschland, die mobil arbeiten und dabei weder wesentliche konzeptionelle noch wirtschaftliche Einschränkungen im Vergleich zur ortsfesten Praxis beklagen. Natürlich ist es dennoch besonders wichtig, dass der deutlich höhere Aufwand auch eine entsprechende Entlohnung findet. Die KZV in Bayern hat hier zum Beispiel schon einen ersten Schritt zu einer Erhöhung des Punktwertes für Menschen mit Pflegestufe durchsetzen können. Gerne trifft mobil



Die demografische Entwicklung kann nur dem Angst machen, der sich und seine Praxis nicht darauf vorbereitet hat.

arbeitende Kollegen das Vorurteil, in die Vergangenheit „fahrender Zahnbrecher“ abzutauchen. Diese Vorstellung geht natürlich an der Wirklichkeit völlig vorbei. Spezialisiertes, nicht zuletzt auch allgemeinmedizinisches Wissen und eine optimale technische Ausstattung bieten erst die Voraussetzungen für „special care dentistry“. Nicht alle Kollegen werden gebraucht, aber schon heute kommen rechnerisch auf jeden Zahnarzt in Deutschland 32 ältere Patienten mit Pflegestufe.

Wie die möglichst nahe Zukunft aussehen sollte, zeigt das in Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, der AOK-Bayern und der Gruppe „Teamwerk – Zahnmedizin für Menschen mit Behinderungen“ umgesetzte „Duale Konzept“:

1. Das Modul „Prävention“ organisiert und standardisiert die Schulung der Pflegekräfte zur besseren Durchführung der täglichen Mundhygiene. Im Rahmen eines AOK-Modellprojekts wird darüber hinaus AOK-Versicherten in Münchner Pflegeeinrichtungen kostenlos eine regelmäßige Prophylaxebehandlung am Wohnort geboten.

2. Das Modul „Therapie“ baut auf dezentral tätige „Patenzahnärzte“ und für komplexere Aufgaben auf Kompetenzzentren mit besonderer zahnmedizinischer und allgemeinmedizinischer Spezialisierung.

Teamwerk und die AOK-Bayern wurden für diese Arbeit 2005 unter anderem mit dem Deutschen Präventionspreis ausgezeichnet.

Je mehr deutlich wird, dass der alte Mensch in keine einfache Schublade passt, umso wichtiger wird eine Kompetenz, die den Kenntnisstand der zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Fachdisziplinen koordiniert, wissenschaftlich begleitet und für die Aus- und Fortbildung aufbereitet. Den Universitäten kommt neben der Forschung die Aufgabe zu, ihre Lehrangebote zu erweitern. Ein frisch approbierter Kollege darf heute nicht mehr hilflos neben einem Demenzkranken stehen und nicht einmal wissen, wie er ihn dazu bringen kann, den Mund zu öffnen.

Fortbildungsveranstaltungen und Curricula, wie sie schon von den Landes Zahnärztekammern in Bayern, Westfalen-Lippe und Baden-Württemberg sowie von der APW angeboten werden, bringen die Alters Zahnmedizin in die Praxis. Und das Interesse der Kolleginnen und Kollegen wächst, wie auch die gut gefüllten Sitzreihen in der Frankfurter Alten Oper anlässlich dieses Symposiums bewiesen. Denn eines steht fest: Eine moderne Zahnmedizin braucht die Alters Zahnmedizin ebenso dringend, wie die Allgemeinmedizin die Geriatrie.

*Professor Dr. Christoph Benz
Klinik für Zahn, Mund- und Kieferkrankheiten
Klinik und Poliklinik für Zahnerhaltung und
Parodontologie
Goethestraße 70
80336 München*

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

Vollkeramische Stiftsysteme und ihre Frakturresistenz

Unterschiedliche vollkeramische Wurzelstift- sowie Stumpfaufbausysteme, die zur Versorgung endodontisch behandelter Oberkieferfrontzähne verwendet wurden, zeigten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Frakturlast der Zähne.

Die Versorgung endodontisch behandelter Zähne wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Der Wunsch nach einer optimalen Ästhetik vor allem im Frontzahnbereich des Oberkiefers hat zu der Entwicklung von ästhetischen vollkeramischen Wurzelstift- und Kronensystemen geführt.

Ziel der vorliegenden Studie war, die mechanischen Eigen-

schaften von vollkeramischen Wurzelstiften und Stumpfaufbauten in vitro zu untersuchen.

Bei 72 extrahierten mittleren oberen Inzisivi wurde die Krone zwei Millimeter oberhalb der Schmelz-Zement-Grenze abgetrennt. Die Wurzelkanäle wurden mit Reamern bis ISO Größe 70 aufbereitet und anschließend mit Guttaperchastiften (Roeko) und Sealapex-Sealer (Kerr) unter

Anwendung der lateral-vertikalen Kondensationstechnik abgefüllt.

Die Wurzelstiftpräparationen wurden mittels standardisierten Reamern (ER-post kit; Brasseler) mit ISO Größe 110 auf neun Millimeter Arbeitslänge durchgeführt.

Es folgte die Aufteilung der Zähne in drei Gruppen mit jeweils 24 Zähnen. In Gruppe A wurden konfektionierte Zirkondioxid-Keramikstifte (Cera-post; Brasseler) verwendet und direkte Kompositkronen hergestellt (Clearfil; Kuraray). In Gruppe B wurden konfektionierte Zirkondioxid-Keramikstifte (Cera-post) inseriert, welche anschließend mit kopiergefrästen Aluminiumoxid-Keramik-

Stumpfaufbauten (Celay In-Ceram Alumina; Vita) versorgt wurden. In Gruppe C bekamen die Zähne in einem Stück kopiergefräste Wurzelstifte und Stumpfaufbauten aus zirkonoxidverstärktem Aluminiumoxid (Celay In-Ceram Zirconia; Vita). Alle Stifte wurden mit einem dualhärtenden Befestigungskomposit (Panavia 21 TC; Kuraray) und einem selbstkonditionierenden Primer (ED-Primer; Kuraray) befestigt.

Jede Gruppe wurde anschließend in drei weitere Untergruppen mit jeweils acht Zähnen unterteilt. In der ersten Untergruppe blieben die Zähne unversorgt, während in der zwei-

ten vollkeramische Kronen hergestellt wurden (Empress 2; Ivoclar Vivadent). In der dritten Subgruppe wurden die Zähne ebenfalls mit vollkeramischen Kronen versorgt und anschließend einer Kausimulation (Willytec) mit 30 N Belastung und 6500 Thermozyklen (5-55°C) ausgesetzt. Die Bruchlast wurde mit einer Universalprüfmaschine (Typ Z010/TN2A; Zwick) ermittelt.

Nach der statistischen Auswertung wurde festgestellt, dass die Stifte und Stumpfaufbauten aus Zirkondioxid-Keramik ohne Kronenversorgung eine signifikant niedrigere Bruchlast zeigten als die anderen Systeme. Nach der kausimulatorischen Belastung war die Bruchlast der mit konfektionierten Zirkonoxid-Keramik-Stiften und Aluminiumoxid-Keramik-Stumpfaufbauten versorgten Zähne signifikant höher als die von Zähnen mit konfektionierten Zirkondioxid-Keramik-Stiften und Komposit-Aufbauten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass mit konfektionierten Zirkonoxid-Keramik-Stiften und kopiergefrästen (Zwei-Schritte-Technik) Aluminiumoxid-Keramik-Aufbauten versorgte, endodontisch behandelte Zähne eine sehr hohe Bruchlast aufweisen. Ob diese hohe Bruchlast einen langfristigen Charakter besitzt, sollte in weiteren Studien untersucht werden.

Quelle:
W. Friedel, M. Kern: Fracture strength of teeth restored with all-ceramic posts and cores. *Quintessence Int* 2006; 37:289-295.

Klinische Wirksamkeit eines Bleichlackes

In den vergangenen Jahren hat die Nachfrage nach Aufhellung (Bleaching) der Zähne deutlich zugenommen. Oftmals werden hierzu Gele in individuell angefertigte Schienen appliziert. Da diese Schienen jedoch kostenintensiv sind, verlagert sich das Interesse der Patienten zunehmend auf alternative Behandlungsmöglichkeiten.

Die vorliegende Studie setzte sich deshalb das Ziel, einen neuartigen, karbamidperoxidhaltigen Lack auf Zellulosebasis (Viva Style Paint on) hinsichtlich der Wirksamkeit zu evaluieren. 46 Probanden wurden in diese Studie eingeschlossen und randomisiert auf zwei gleichgroße Gruppen verteilt. Gruppe 1 wendete den Lack einmal täglich an,

während Gruppe 2 ihn zweimal täglich auftrug. Nach professioneller Zahnreinigung wurde die Zahnfarbe mit der 24-stufigen Chromascope Farbskala von einem „verblindeten“ Untersucher bestimmt. Die Patienten wurden dann mit den benötigten Materialien ausgestattet und instruiert, für die Zeitdauer von zwei Wochen nach der häuslichen



Foto: proDente

Zahnpflege einen konfektionierten Lippenhalter zu inserieren und mit einem Zellstoffläppchen die Labialfläche der oberen sechs Frontzähne zu trocknen. Nach Auftragen des Lackes auf die so vorbereiteten Flächen sollten sie

jeweils 60 Sekunden die Trocknung des Lackes abwarten und dann den Lippenhalter entfernen. In den folgenden 20 Minuten mussten die Probanden auf Nahrungsaufnahme und Sprechen verzichten. Danach wurde

der Lack von den Probanden mit Zahnbürste und Zahnseide entfernt. Bei den Probanden wurde zusätzlich zum Eingangstermin nach sieben Tagen sowie nach zwei, drei und vier Wochen und nach drei, sechs und neun Monaten vom „verblindeten“ Untersucher die Zahnfarbe bestimmt. Es zeigte sich nach Abschluss der 14-tägigen Applikationsphase, dass Probanden, welche den Lack einmal täglich aufgetragen hatten, durchschnittlich eine Aufhellung um 2,4 Stufen der verwendeten Farbskala erfahren hatten; wohingegen sich Probanden, welche den Lack zweimal täglich verwendet hatten, im Mittel um 3,5 Stufen steigerten. Die Verbesserung war in beiden Gruppen statistisch signifikant, allerdings unterschieden sich die Gruppen statistisch nicht voneinander. Bei beiden Gruppen blieb das beobachtete Ergebnis über den Beobachtungszeitraum stabil. Als Nebenwirkung gaben zehn der Probanden eine vorübergehende Reizung der Gingiva an. Überempfindliche Zähne fanden sich bereits bei der Eingangsuntersuchung; dies wurde durch die Behandlung nicht signifikant beeinflusst. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass der untersuchte Lack die Zähne effektiv und nebenwirkungsarm bleicht, wobei die zweimalige tägliche Applikation nicht zwingend notwendig erscheint.

Quelle:
Zantner C, Derdilopoulou F, Martus P, Kielbassa AM: Randomized Clinical Trial on the Efficacy of a New Bleaching Lacquer for Self-application. *Operative Dentistry* 2006; 31: 308-331.

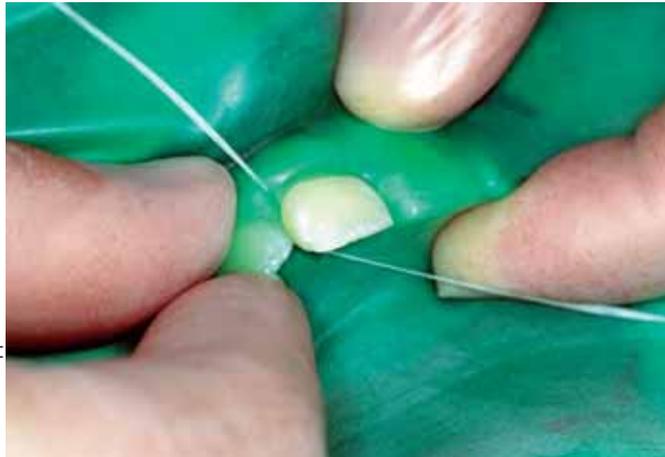


Foto: Klaus Kipper

Sauerstoffsättigung von arteriellem Blut unter Kofferdam

Obwohl Kofferdam von manchen Patienten als beeinträchtigend hinsichtlich der Atmung empfunden wird, lässt sich bei gesunden Patienten keinerlei Kofferdam-bedingte Beeinflussung der Sauerstoffsättigung des arteriellen Blutes nachweisen.

Befremdlicherweise wird in letzter Zeit der Nutzen von Kofferdam von einigen Gruppierungen (in Deutschland) in Frage gestellt. Immer wieder wird auch auf die Beeinträchtigung des Patienten durch selbigen verwiesen. Die vorliegende Studie hatte deshalb das Ziel, die mögliche Gefahr einer verringerten Luftzufuhr durch Kofferdam näher zu beleuchten. 28 gesunde Patienten nahmen an der Studie teil und wurden randomisiert in eine Unterkiefer- und eine Oberkiefergruppe eingeteilt. Vor der Behandlung wurde jeder Patient mit einem Pulsoximeter ausgestattet, welches die Sauerstoffsättigung des arteriellen Blutes alle 30 Sekunden erfasste. Die Messung setzte zwei Minuten vor der Behandlung ein und wurde ohne Unterbrechung bis zum Ende des Experiments fortgeführt. Die Behandlung begann mit einer Infiltrationsanästhesie des Oberkiefers beziehungsweise einer Leitungs-

anästhesie des Unterkiefers. Zur Anästhesie wurde 1,8 ml eines 2-prozentigen Lidocainpräparates mit einem Epinephrinanteil von 1:100 000 verwendet. Nach der Anästhesie wurde für weitere fünf Minuten die Sauerstoffsättigung des Blutes gemessen. Danach wurden im zuvor festgelegten Kiefer neun Zähne mittels Kofferdam isoliert, wobei die gesamte Front miteinbezogen wurde. Es wurde darauf geachtet, dass das Spanngummi die

Nase vollständig überspannte, um so eine gewisse Beeinträchtigung der Atmung zu erreichen. Der Kofferdam verblieb in dieser Stellung für 20 Minuten, wurde dann im Nasenbereich ausgeschnitten und für weitere 20 Minuten belassen. Nach Auswertung der Daten zeigte sich, dass es zu keinem Zeitpunkt zu einer signifikanten Beeinträchtigung des arteriellen Sauerstoffgehalts gekommen war. Die Autoren schlossen daraus, dass Kofferdam bei gesunden Patienten keinerlei Effekte auf den Sauerstoffgehalt des Blutes hat. Allerdings schränkten die Autoren ihre Aussage insofern ein, dass die Auswirkungen auf Patienten mit Vorerkrankung, beispielsweise Asthma, nicht bekannt seien.

Quelle:
Goodday RHB, Crocker DA: The Effect of Rubber Dam Placement on the Arterial Oxygen Saturation in Dental Patients. *Operative Dentistry* 2006; 31: 176-179.

Dr. Alexandra S. Rieben
Charité – Universitätsmedizin
Berlin

Campus Benjamin Franklin
Klinik und Polikliniken für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Aßmannshäuser Str. 4 – 6
14197 Berlin
alexandra.riegen@charite.de



Foto: Klaus Kipper

Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74	Parodontologie	Freie Anbieter	S. 77
Endodontie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72	Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72
	ZÄK Niedersachsen	S. 72		ZÄK Bremen	S. 72
	Freie Anbieter	S. 77		ZÄK Nordrhein	S. 73
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Bremen	S. 72	Prothetik	ZÄK Nordrhein	S. 73
	ZÄK Nordrhein	S. 73		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74		Freie Anbieter	S. 76
	DGZH	S. 76	Röntgen	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74
Hypnose	DGZH	S. 76			
Implantologie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74			
	Freie Anbieter	S. 76			
Kieferorthopädie	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 72			
	ZÄK Niedersachsen	S. 73			
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74			
	Universität Basel	S. 76			
	Freie Anbieter	S. 76			
Kinderbehandlung	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 74			



Fortbildung der Zahnärztekammern	Seite 72
Kongresse	Seite 74
Universitäten	Seite 76
Wissenschaftliche Gesellschaften	Seite 76
Freie Anbieter	Seite 76

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 Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Endodontie im Milchgebiss

Referenten: PD Dr. Christian Hirsch, Halle/ S.

Termin: 31. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr

Ort: in Halle/ S., im Zentrum für ZMK, Sektion Kinderzahnheilkunde der MLU Halle-Wittenberg, Harz 42 - 44

Gebühr: 80 Euro

Kurs-Nr.: Z/2007-001

Thema: Prophylaxe update

Referenten: Genoveva Schmid, Berlin

Termin: 10. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr

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

Gebühr: 140 Euro

Kurs-Nr.: H-01-2007

Thema: Kieferorthopädisches Grundwissen für die Zahnärztinnen in allgemeinen zahnärztlichen Praxis

Referenten: Dr. Jens Bock, Halle

Termin: 20. 01. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Halle/S., im Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstr. 2a

Gebühr: 175 Euro

Kurs-Nr.: H-02-2007

Thema: Das Verkaufsgespräch – wann, wie, wer, wo, womit???

Referenten: Annette Schmidt, München

Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 20.00 Uhr

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

Gebühr: 120 Euro

Kurs-Nr.: H-03-2007

Thema: Professionelle Zahnreinigung – Arbeitskurs

Referenten: Genoveva Schmid, Berlin

Termin: 26. 01. 2007, 15.00 – 19.00 Uhr, 27. 01. 2007, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Halle/S., in der Universitätszahnklinik, Harz 42a

Gebühr: 240 Euro

Kurs-Nr.: H-04-2007

Thema: Fit für die Prophylaxe – Wissen und Handeln für das Praxisteam

Referenten: Annette Schmidt, München

Termin: 27. 01. 2007, 9.00 – 16.00 Uhr

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

Gebühr: 135 Euro

Kurs-Nr.: H-05-2007

Anmeldungen bitte schriftlich über ZÄK S.-A., Postfach 39 51, 39014 Magdeburg,

Tel.: 0391/739 39 14 (Frau Einecke) bzw. 0391/7 39 39 15 (Frau Birwirth),

Fax: 0391/7 39 39 20

E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder birwirth@zahnaerztekammer-sah.de

ZÄK Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Bremer Zahnärzte Colloquium – Aktuelle Entwicklung in der Demenz

Referenten: OA Dr. Ebke

Termin: 25. 01. 2007, 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 25 EUR, Bermen; 30 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Fortbildungspunkte: 2

Thema: Zahnärztliche Fortbildung – Psychosomatik in der Zahnheilkunde

Referenten: Priv.-Doz. Dr. Anne Wolowski

Termin: 26. 01. 2007, 15.00 – 19.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 76 EUR, Bermen; 95 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 75001

Fortbildungspunkte: 4

Thema: ZFA-Kurs – Prophylaxe I

Referenten: Dr. Jan Reineke/ZMF Sabine Mack

Termin: 27. 01. 2007, 9.00 – 14.30 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 81 EUR, Bermen; 101 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 70007

Thema: TEAM-Kurs – Wirtschaftlichkeitsprüfung nach altem und neuem Recht. Verstehen, verinnerlichen, vorbereiten, verteidigen

Referenten: RA Frank Ihde (Referent aus dem Hause Wuttig)

Termin: 9. 02. 2007, 14.00 – 18.30 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 244 EUR, ZÄ Bermen/ 195 EUR ZFA Bremen, 305 EUR ZÄ Umland/ 244 ZFA Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 72001

Fortbildungspunkte: 4

Thema: ZFA-Kurs – Prophylaxe II

Referenten: ZMF Sabine Mack

Termin: 10. u. 17. 02. 2007, jeweils 9.00 – 12.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 85 EUR, Bermen; 106 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 70008

Thema: Zahnärztliche Fortbildung – Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover

Referent: PD OA Dr. Christian Hirsch

Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 120,- EUR

Kurs-Nr.: Z 0701

Thema: Zahnärztliche Fortbildung – Balance halten/ Wie man zukünftige Sorgenfalten vermeidet und entstandene glättet

Referenten: Stephan Kock

Termin: 17. 02. 2007, 9.00 – 15.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 108 EUR, Bermen; 135 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 75002

Fortbildungspunkte: 6

Thema: Zahnärzte Fortbildung – Fotografie zur Dokumentation in der zahnärztlichen Praxis

Referenten: Dr. Florian Bertzbach

Termin: 24. 02. 2007, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: GP Dr. F. Bertzbach/S. Bertzbach, Außer der Schleifmühle 34, 28203 Bremen

Gebühr: 140 EUR, Bermen; 175 EUR Umland – mit freundlicher Unterstützung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 75003

Nähere Informationen zum Kurs auf Anfrage

Fortbildungspunkte: 6

Auskunft und Anmeldung:

Wir bitten um schriftliche Anmeldung! ZÄK Bremen, Universitätsallee 25, 28359 Bremen,

Rubina Khan

Tel.: 0421/333 03-77

Fax: 0421/333 03-23

E-Mail: r.khan@zaek-hb.de

www.zaek.hb.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Endodontie im Milchgebiss

Ort: Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover

Referent: PD OA Dr. Christian Hirsch

Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 120,- EUR

Kurs-Nr.: Z 0701

Thema: Zahnknirschen und Gesichtsschmerz: Diagnostik und praxisorientierte Therapie

Ort: Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover

Referent: Dr. Dr. Ralf Schön

Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: 75,- EUR

Kurs-Nr.: Z 0702

Thema: Okklusionsschienen – sachgerechte Herstellung Praktischer Arbeitskurs für ZÄ/innen und ZT/innen

Ort: Zahnärztliche Akademie Niedersachsen, Zeißstr. 11 a, 30519 Hannover

Referent: Theresia Asselmeyer

Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
27. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 265,- EUR

Kurs-Nr.: Z 0703

Auskunft und Anmeldung:

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 07030 (B) 8 Fp

Thema: Mehr Erfolg in der Prophylaxe – Prophylaxe, der sanfte Weg zu gesunden Zähnen

Referent: Dr. med. dent. Steffen

Tschackert, Frankfurt

Termin: 17. 01. 2007,

14.00 – 20.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 240,00 EUR

und Praxismitarbeiter (ZFA)

120,00 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Bergisch-Land

Kurs-Nr.: 07461 3 Fp

Thema: Mundschleimhauterkrankungen – eine diagnostische Herausforderung

Referent: Priv.-Doz. Dr. Dr. Martin Zerfowski, Hattingen

Termin: 13. 01. 2007, 10.00 – 13.00 Uhr

Veranstaltungsort: Hörsaal FZH 1
Bergische Universität Wuppertal
Campus Freudenberg
Rainer-Gruenter-Str. 21
42119 Wuppertal

Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich.

Kurs-Nr.: 07462 3 Fp

Thema: Abformung und Registrierung bei Totalprothesen
Erfolgorientierte Hinweise und Techniken

Referent: Prof. Dr. med. dent.

Karl-Heinz Utz, Bonn

Termin: 20. 01. 2007,

10.00 – 13.00 Uhr

Veranstaltungsort: Hörsaal FZH 1
Bergische Universität Wuppertal
Campus Freudenberg
Rainer-Gruenter-Str. 21
42119 Wuppertal

Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 06293

Thema: Ausbildung von ZMF und ZMP zur pädagogischen Unterrichtshilfe in der Altenpflegeausbildung

Freiwilliges Praktikum – ergänzende 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

Kurs-Nr.: 07215

Thema: Prophylaxe beim Kassenpatienten nach IP1 bis IP4

Referent: ZA Ralf Wagner,

Langerwehe; Daniela Zerlik,

ZMF, Langerwehe

Termin: 13. 01. 2007,

9.00 – 17.00 Uhr

14. 01. 2007, 9.00 – 13.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 220,00 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein,

Emanuel-Leutze-Str. 8,

40547 Düsseldorf

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztl. Fortbildung

Termin: 10. 01. 2007,
15.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 124
Gebühr: ZA: 166 EUR;
ZMA: 83 EUR
Thema: Ab heute kostet's was! –
Gute Leistung für ein angemessenes Honorar – Team
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum
Punkte: 5

Termin: 10. 01. 2007,
14.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 125
Gebühr: 178 EUR
Thema: Keramik von Adhäsiv-
technik bis Zirkon
Referent: Dr. Kianusch Yazdani,
Münster
Punkte: 5

Termin: 12. 01. 2007,
14.00 – 19.00 Uhr;
13. 01. 2007, 9.00 – 14.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 126
Gebühr: 922 EUR
Thema: Implantations- und Aug-
mentationskurs an Humanpräpa-
raten
Referent: Prof. Dr. Werner Witt-
kowski, Münster;
Prof. Dr. Fouad Khoury, Olsberg
Punkte: 15

Termin: 13. 01. 2007,
9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 127
Gebühr: ZA: 280 EUR;
ZMA: 140 EUR
Thema: Kommunikation mit El-
tern und Kindern – Stress oder
Chance? – Team
Referent: Christian Bittner,
Salzgitter
Punkte: 9

Termin: 17. 01. 2007,
14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 128
Gebühr: ZA: 198 EUR;
ZMA: 99 EUR

Thema: Anamnese und Beratung
in der zahnärztlichen Praxis – ein
biopsychosoziales Konzept –
Team

Referent: Dr. Hans-Joachim
Demmel, Berlin
Punkte: 5

Termin: 17. 01. 2007,
15.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: ARB 077 121
Gebühr: 84 EUR pro Termin
Thema: Arbeitskreis Kieferor-
thopädie
1. Treffen im 1. Halbjahr
Referent: Dr. Holger Winnen-
burg, Minden; Dr. Klaus Dörr-
Neudeck, Münster
Punkte: 5 Punkte pro Termin

Termin: 17. 01. 2007,
14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 129
Gebühr: 152 EUR
Thema: Prothetische Problem-
fälle
Referent: Prof. Dr. Petra Scheut-
zel, Münster; Prof. Dr. Dr. Lud-
ger Figgenger, Münster
Punkte: 5

Veranstaltungsvorschau für Zahnmedizinische Assistenz- und Verwaltungsberufe

Termin: 06., 08., 10. und 17. 02.
2007, jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 073 351
Gebühr: 370 EUR
Thema: Grundkurs Prophylaxe in
Gelsenkirchen

Referent: Dr. Frank Bordan,
ZMP Barbara Schemmelmann

Termin: 09. u. 10. 02. 2007,
jeweils 9.00 – 16.00 Uhr
Kurs-Nr.: 073 211
Gebühr: 250 EUR
Thema: Röntgen- und Strahlen-
schutzkurs gemäß § 18 a Abs. 3
RöV
Referent: Dr. Irmela Reuter

Termin: 20. 01. u. 10. 02. 2007,
jeweils 8.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 073 751
Gebühr: 290 EUR
Thema: Versiegelung von Zahn-
fissuren in Kirchlengern
Referent: Dr. Jörg-Christian
Winrich, ZMF Daniela Greve-
Reichrath

Auskunft: Akademie für Fortbil-
dung der ZÄKWV, Auf der Horst
31, 48147 Münster, Inge Rinker
Tel.: 0251/507-604
Fax: 0251 / 507-619
E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerz-
te-wl.de
Annika.Bruegger@zahnaerzte-
wl.de
Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de
Ingrid.Hartmann@zahnaerzte-
wl.de
simone.meyer@zahnaerzte-
wl.de

Kongresse

■ Januar

**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, Zeißstraße 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
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

**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

**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 Zentrums für ZMK-Heilkunde, Ebene 05, Raum 300
Auskunft: Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V., Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/83 47 084
Fax: 0251/83 47 182
E-Mail: weersi@uni-muenster.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

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

Fortbildungs-Kongress der Universität Düsseldorf

Thema: Implantate in der Kieferorthopädie, Aktueller Stand der Wissenschaft, Klinische Einsatzmöglichkeiten
Referenten: Prof. Kyung, Prof. Melsen; Prof. Wehrbein; Prof. Declerk, Prof. Bumann, Prof. Jost-Brinkmann, Prof. Crismani; Dr. Toll, Dr. Dr. Berens, Prof. Drescher, Dr. Wilmes

Auskunft: Dr. B. Wilmes, Westdeutsche Kieferklinik, UKD, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
Tel.: 0211/81 18 671 oder 81 18 160
Fax: 0211/81-19 510
e-mail: wilmes@med.uni-duesseldorf.de

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

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

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@ukmuenster.de
www.ag-kiefer.de

Sgi Jahrestagung

Veranstalter: Schweizerische Gesellschaft für orale Implantologie
Hauptthema: Implantologie:

Quo Vadis?

Termin: 30. 05. 2007

Ort: Hotel Schweizerhof, Luzern

Auskunft: Veronika Thalmann, Sekretariat SGI, Marktgasse 7, CH-3011 Bern

Tel.: 041 31 312 4 316

Fax: 041 31 312 4 314

e-mail: veronika.thalmann@zmk.unibe.ch

www.sgi-ssio.ch

Juni

Thema: CARS 2007 – Computer Assisted Radiology and Surgery 21st International Congress and Exhibition

Termin: 27. 06. – 30. 06. 2007

Ort: Berlin

Auskunft: CARS Conference Office, Im Gut 15, 79790 Kuessberg, Tel.: 07742/922 434

Fax: 07742/922 438

E-Mail: office@cars-int.org

www.cars-int.org

Juli

Thema: MEDcongress – 34. Seminarkongress für ärztliche Fort- u. Weiterbildung

Termin: 01. 07. – 07. 07. 2007

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., Postfach 7001 49, 70571 Stuttgart, Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

E-Mail: bn@medicacongress.de

www.medicacongress.de

Universitäten**Universität Basel**

Thema: Zeitgemäße Diagnostik und Therapie der Myoarthropathien des Kausystems – ein Crashkurs

Termin: 15. 02. 2007,

16.00 – 20.00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. C. P. Marinello, M.S.

Referent: Prof. Dr. J. C. Türp

Zielgruppe: Zahnarzt/Zahnärztin

Kursort: Universitätskliniken für Zahnmedizin, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel (Schweiz)

Kursgebühr: 300 CHF

Auskunft und Anmeldung:

Universitätskliniken für Zahnmedizin, Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin u. Myoarthropathien, Ressort Fortbildung; S. C. Bock, Hebelstr. 3, CH-4056 Basel,

Tel.: +41 61 267 26 31

Fax: +41 61 267 26 60

E-Mail: Sandra-C.

Bock@unibas.ch

Wissenschaftliche Gesellschaften**DGZH****Fortbildungskurse**

Thema: Schnupperseminar: Medizinische Hypnose für Zahnärzte und Ärzte

Veranstalter: DGZH-Regionalstelle Stuttgart

Termin: 17. 01. u. 25. 01. 2007

jeweils 20.00 – 22.00 Uhr

Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart, 4. Stock

Sonstiges: Fortbildungspunkte 2 Ref.: Dr. A. Schmierer

Kursgebühr: keine

Auskunft: Frau Jacob, DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart,

Tel.: 0711/2 36 06 18

Fax: 0711/24 40 32

www.dgzh-stuttgart.de

Thema: Helferinnen-Curriculum H1: Kennenlernen des hypnotischen Praxisalltags

Veranstalter: DGZH-Regionalstelle Stuttgart

Termin: 26. 01. – 27. 01. 2007

Freitag, 14.00 – 20.00 Uhr

Samstag, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart, 4. Stock

Sonstiges: Ref.: Gudrun Schmierer

Kursgebühr: 250 EUR

Auskunft: Frau Jacob, DGZH-Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart,

Tel.: 0711/2 36 06 18

Fax: 0711/24 40 32

www.dgzh-stuttgart.de

Thema: NLP-Master-Kurs M7: systematisches Denken im Team

Veranstalter: DGZH-Regionalstelle Niedersachsen

Termin: 19./20. 01. 2007,

Freitag, 13.00 – 19.00 Uhr,

Samstag, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Sonstiges: Fortbildungspunkte 13, Ref.: A. Handrock

Kursgebühr: 390 EUR

Auskunft: Ute Neumann-Dahm,

DGZH-Regionalstelle Nieder-

sachsen, Bundschuhstr. 43,

39116 Magdeburg,

Tel.: 0391/60 33 40

Fax: 0391/6 20 99 63

www.dgzh-niedersachsen.de

Thema: Curriculum Z5: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose II

Veranstalter: DGZH-Regionalstelle München

Termin: 19./20. 01. 2007,

Freitag, 14.00 – 20.00 Uhr,

Samstag, 9.00 – 18.00 Uhr

Sonstiges: Fortbildungspunkte 16, Ref.: Uwe Rudol

Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: Uwe Rudol, EnTrance,

Zum Vordamm 1, 57462 Olpe,

Tel.: 02761/83 81 50

Fax: 02761/83 97 87

Thema: Curriculum Z1: Einführung in die zahnärztliche Hypnose

Veranstalter: DGZH-Regionalstelle Nordrhein

Termin: 26. – 27. 01. 2007,

Freitag, 14.00 – 20.00 Uhr,

Samstag, 9.00 – 18.00 Uhr

Sonstiges: Fortbildungspunkte 16, Ref.: Dr. Christian Rauch

Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: Uwe Rudol, EnTrance,

Zum Vordamm 1, 57462 Olpe,

Tel.: 02761/83 81 50

Fax: 02761/83 97 87

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: Chronisch persistierende Infektionen

Veranstalter: Internationale Akademie für Thermographie

Termin: 12./13. 1. 2007

Ort: Lindner Airport Hotel Düsseldorf

Kursgebühr: 295 EUR

Auskunft: Dr. P. Pogorelik, Arndt-

str. 1, 47119 Duisburg, Tel.:

0203/85 959, Fax: 0203/85 939

Thema: OAP „Orthokraniale Artikulation – Programmierung

Veranstalter: Institut für Temporo-Mandibuläre Regulation

Termin: 19. – 20. 1. 2007

Ort: Dentallabor Ute Bertram,

Luisenstr. 2a, 06108 Halle

Sonstiges: Die Physiologie der UK-Bewegung; Artikulatorgeometrie, Praktische Übungen zur Ebenenanalyse am Modell und am Patienten

Kursgebühr: 420 EUR Sonder-

konditionen siehe Internet

Auskunft: ITMR, Schützstr. 35,

91052 Erlangen,

Tel.: 09131/20 55 11

Fax: 09131/223 90

www.itmr-online.de

Thema: Effiziente Implantatprothetik durch vereinfachte Behandlungsprotokolle und vereinfachte Zahntechnik

Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Termin: 20. 01. 2007

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: OA Dr. Paul Weigl, Universität Frankfurt

Kursgebühr: 298 EUR zzgl. MwSt. incl. Tagungsverpflegung
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22, 23669 Timmendorfer Strand, Tel.: 04503/77 99 33
 Fax: 04503/77 99 44
 E-Mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Die Abformung als Informationsmedium zwischen Praxis und Labor
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: PD Dr. Hans-Jürgen Wenz
Kursgebühr: 220 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Frau Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Einführung in die Systematik d. Parodontalbehandlung. 1. Kurs zum Curriculum PAR
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 26. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
 27. 01. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Peter Cichon
Kursgebühr: 640 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Frau Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Implantologie in der Praxis, für die Praxis
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 26. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr
 27. 01. 2007, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Georg Bayer, Dr. Steffen Kistler
Kursgebühr: 750 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale

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

Thema: CMD – Klinische Funktionsdiagnostik
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 26. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr
 27. 01. 2007, 8.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolf Dieter Seeher
Kursgebühr: 900 EUR inkl. MwSt. u. Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Frau Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Die postendodontische Versorgung vorbehandelter Zähne
Veranstalter: IFG – Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH
Termin: 27. 01. 2007
Ort: Köln
Sonstiges: Dr. Jörg Weiler
Kursgebühr: 328 EUR zzgl. MwSt. incl. Tagungsverpflegung
Auskunft: IFG, Wohldstr. 22, 23669 Timmendorfer Strand, Tel.: 04503/77 99 33
 Fax: 04503/77 99 44
 E-Mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

Thema: Die Rehabilitation des Zahnlosen mit Totalprothese – Praktischer Arbeitskurs für Zahnärzte und Zahn techniker mit Patienten
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 24. – 29. 01. 2007
Ort: Dentallabor Läkamp, Erbdrostenstr. 6, 48346 Ostbevern
Sonstiges: Seminarleiter Dr. Michael Maak, Lemförde; Manfred Läkamp, Ostbevern. Für 5 Behandler- u. Techniker-Teams
Kursgebühr: 1 998 EUR inkl. MwSt.
Auskunft: Dentallabor Läkamp, Erbdrostenstr. 6, 48346 Ostbevern, Tel.: 02532/73 30
 Fax: 02532/77 93

Thema: 1. Bundeszahnärzteball
Veranstalter: Quintessenz Verlag, Bundeszahnärztekammer, Apo-Bank
Termin: 2. 02. 2007
Ort: Hotel Ritz-Carlton, Berlin
Kursgebühr: 149 EUR
Auskunft: Kongressmarketing, Quintessenz Verlag, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/761 80-624
 Fax: 030/761 80-693
 E-Mail: kongress@quintessenz.de
 www.quintessenz.de/ball

Thema: Kombiniertes Zahnersatz – festsitzend und herausnehmbar – Arbeitskurs
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 2. 02. 2007, 14.00 – 19.00 Uhr;
 3. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr;
 10. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Maak, Untere Bergstr. 12, 49448 Lemförde
Sonstiges: Seminarleiter Dr. Michael Maak. Für 6 Behandler-Teams
Kursgebühr: 1740 EUR inkl. MwSt. (Behandler), 1 160 EUR inkl. MwSt. (Zuschauer/Techniker)
Auskunft: Praxis Dr. Sabine Hopmann & Dr. Michael Maak, Untere Bergstr. 12, 49448 Lemförde
 Tel.: 05443/3 74
 Fax: 05443/4 08

Thema: ICCMO-Wintertagung
Veranstalter: ICCMO, Sekt. Deutschland
Termin: 2. – 4. 02. 2007
Ort: Hotel Maritim, Würzburg
Kursgebühr: 150 EUR ICCMO Mitglieder, 300 EUR Nichtmitglieder
Auskunft: ICCMO Sekretariat, Dr. Hartwig Messinger, Sternkrader Str. 271, D-46539 Dinslaken
 Fax: 02064-493 48

Thema: Diodium-Laser – Anwenderseminar mit Live-OPs
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 2. 02. 2007, 14. 00 – 19.00 Uhr
Ort: Dr. Lutz & Partner, Mattenmoorstr. 17, 21217 Seevetal
Sonstiges: Ref.: Frau Overbeck, Zahnärztin

Kursgebühr: 290 EUR zzgl. MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Schütz Dental GmbH, (Ingrid Weinlich, Maria Wotschel, Thomas Naß), Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach, Tel.: 06003/8 14-220, -230, -240 Fax: 06003/8 14-906

Thema: Kieferorthopädischer Grundkurs Teil I
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 9. – 10. 02. 2007
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZT Jörg Stehr
Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/ CDC, Turnstr. 31, 75228 Ispringen, Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Extraorale Kräfte + palatinale/linguale Bogensysteme
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 9. – 10. 02. 2007
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: Dr. Jürgen P. Bachmann. Für diesen Kurs erhalten Sie 13 Fortbildungspunkte. Wir bestätigen, dass die Leitsätze und Empfehlungen der BZÄK anerkennen.
Kursgebühr: 599 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/ CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Klammermodellgusskurs für Fortgeschrittene
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 9. – 10. 02. 2007
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZT Klaus Dittmar
Kursgebühr: 449 EUR + MwSt.

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

Thema: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Prothetik Funktionsanalyse mit Herstellung einer zentralen Schiene von A - Z – Arbeitskurs M702
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 9. 02. u. 10. 02. 2007, 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: Praxis Mahnke, Danziger Str. 25, 31582 Nienburg
Sonstiges: Seminarleiter Ernst O. Mahnke, Zahnarzt. Mind. Teilnehmer 2 Zahnärzte mit Helferinnen und 2 Techniker (Zuschauer auf Anfrage möglich). Max. Teilnehmer 4 Zahnärzte und 4 Techniker; 10 Fortbildungspunkte/Tag
Kursgebühr: 600 EUR/pro Tag zzgl. MwSt. (inkl. Tagesverpflegung) für Zahnarzt mit 1 Helferin; 500 EUR/pro Tag zzgl. MwSt. (inkl. Tagesverpflegung) für Techniker
Auskunft: Praxis Mahnke, Danziger Str. 25, 31582 Nienburg, Tel.: 05021/97 31-23 Fax: 05021/97 31-29

Thema: State-of-the-Art post-endodontischer Versorgung
Veranstalter: DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH
Termin: 9. 02. 2007, 10.00 – 18.00 Uhr
Ort: ZÄK München
Sonstiges: Ref.: Dr. Antonio Signore, Endodontie-Spezialist/Fachreferent. Aktueller Stand post-endodontischer Versorgung, Indikationen, Möglichkeiten, Praktische Übungen, Fortbildungspunkte (CME): 9
Kursgebühr: 390 EUR inkl. MwSt. und Material im Wert von 250 EUR
Auskunft: DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH, Elbgastr. 248, 22547 Hamburg, Kostenlose Hotline: 0800/364 42 62 Fax: 040/840 06-222 E-Mail: info@dmg-dental.com

Thema: Herstellung eines gnathologischen Set-Up
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 10. 02. 2007
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZTM Peter Stückrad
Kursgebühr: 219 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/ CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Digitale/Dentale Fotografie aus der Praxis – Orale Fotografie
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 10. 02. 2007
Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZTM Wolfgang Weisser
Kursgebühr: 195 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/ CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Implantologie in Theorie und Praxis – einfach und sicher mit dem IMPLA-System – Einsteigerkurs
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 10. 02. 2007
Ort: Dr. Rainer Valentin, Deutzer Freiheit 95-97, 50679 Köln
Sonstiges: Ref.: Dr. Rainer Valentin
Kursgebühr: 269 EUR – 299 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Schütz Dental GmbH, Frau Lenz, Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach, Tel.: 06003/814-396 Fax: 06003/814-906

Thema: Diodium-Laser – Anwenderseminar mit Live-OPS
Veranstalter: Schütz Dental GmbH
Termin: 10. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Kurpark Hotel, Seminarraume Wilhelmshöhe, Wilhelmshöher Allee 336, 34131 Kassel

Sonstiges: Ref.: Dr. Jürgen Drewniok
Kursgebühr: 395 EUR zzgl. MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat: 125 EUR zzgl. MwSt.
Auskunft: Schütz Dental GmbH, (Ingrid Weinlich, Maria Wotschel, Thomas Naß), Dieselstr. 5-6, 61191 Rosbach, Tel.: 06003/8 14-220, -230, -240 Fax: 06003/8 14-906

Thema: Frauenpower 2
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Termin: 11. – 13. 01. 2007
Ort: Schlehdorf in Obb.
Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer, Frau Graf-Nieborg, Frau Nemeč; 20 Punkte
Kursgebühr: 850 EUR + MwSt.
Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting GmbH, Kocheler Straße 1, 82444 Schlehdorf am Kochelsee Tel.: 08851/61 56 91 Fax: 08851/61 56 90 e-mail: info@aufwind.org

Thema: Modellgusskurs I – Grundkurs
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG – CDC – Centrum Dentale Kommunikation
Termin: 14. – 16. 02. 2007
Ort: 75228 Ispringen (bei Pforzheim)
Sonstiges: Ref.: ZT Berthold Wetzel
Kursgebühr: 299 EUR + MwSt.
Auskunft: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/ CDC, Sabine Braun, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: MSA II Manuelle Strukturanalyse
Veranstalter: Verein für Innovative Zahnheilkunde e.V.
Termin: 15. – 18. 02. 2007
Ort: Pulheim bei Köln
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

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

Pat. Init. 	Geburtsdatum 	Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsmonat:	

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

Arzneimittel/Werkstoff:	Dosis, Menge	Applikation	wegen	BfArM-Nr.
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				

Vermuteter Zusammenhang mit Arzneimittel ① ② ③ ④ dieses früher gegeben ja nein vertragen ja nein ggf. Reexposition neg. pos. _____

Allgemeinerkrankung: _____

behandelt mit: _____

Anamnestiche Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneim. Abusus

Sonstiges: _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen: _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:
wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt Exitus
(ggf. Befund beifügen) Todesursache: _____

Weitere Bemerkungen (z. B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.):

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM , Hersteller , Arzneim.-Komm. Ärzte sonstige _____ Beratungsbrief erbeten

Name des Zahnarztes (evtl. Stempel) _____ Klinisch tätig? ja nein Datum: _____

Unterschrift _____

Schadenersatz nach dem Einbruch

Voll versichert statt voll verschätzt

Wie gut ein Versicherungsschutz ist, merkt der Kunde erst, wenn er ihn braucht. Diese Weisheit gilt. Besonders für die Versicherung von Geschäftsinhalt und Betriebsunterbrechung der Zahnarztpraxis. Schlimm, wenn der Niedergelassene erst bei einem Schadensfall erkennt, wie sehr er unterversichert ist.

Schadensfälle wie Einbruch, Überschwemmung oder Brand treffen den Praxisinhaber ebenso überraschend wie nachhaltig. Wer sich finanziellen Schaden gering halten will, sollte vorsorgen – rechtzeitig und mit der richtigen Versicherung.

Leicht gesagt. Meist schnüren die Versicherer jedoch verschiedene Gefahrenkomponenten zu einem Bündel, das keinesfalls unbedingt den individuellen Bedürfnissen des Zahnarztes entspricht. Zudem differieren Bedingungen, Laufzeiten, Rabatte oder Obergrenzen für Entschädigungen von Vertrag zu Vertrag. Doch einige allgemeine Fallstricke gibt es. Gut, wenn der Zahnarzt sie kennt und vermeidet. Und weiß, wie er die Regulierung eines Schadens eventuell vorantreibt.

Das hätte auch Dr. O., Zahnarzt in Gelsenkirchen/NRW, geholfen. Er kennt aus eigener Erfahrung jenen Schreck in der Morgenstunde, der einem beim Anblick der aufgebrochenen Praxis in die Glieder fährt. Seine Mitarbeiterin hatte ihn bereits per Telefon vorgewarnt: „Chef, hier wurde eingebrochen!“ Dennoch, der Schock saß. Doch es kam noch schlimmer. Die Polizisten hatten den Schaden aufgenommen, die Versicherung war informiert. Deren Regulierer konnte die Höhe des Schadens jedoch nicht schätzen und schickte einen Sachverständigen. Dessen Urteil: Unterversichert!

Deckung statt Lücken

Verantwortlich für die Ermittlung der Versicherungssumme ist immer der Versicherungsnehmer. Versicherer empfehlen, bei der Betriebsversicherung den Neuwert der Praxis zu versichern, um eine Unterversicherung zu vermeiden. Als Neuwerte gelten die Listenpreise der Hersteller oder die

Werte für die Neuanschaffung der Geräte und des Inventars inklusive Frachten, Montage und Anpassung.

Zur Praxiseinrichtung zählen neben Geräten und Möbeln auch jene Dinge, die der Zahnarzt auf eigene Kosten in den Räumen

Ein unbedingtes Muss ist die Praxisversicherung. Sie deckt Schäden durch Brand, Diebstahl, Vandalismus, Leitungswasser, Sturm und Hagel ab. Anbieter kombinieren sie gerne mit einer Betriebsunterbrechungspolice. Die Sachversicherung steht für den jeweiligen Sachschaden ein, die Versicherung für die Betriebsunterbrechung übernimmt den Ausfall, der entsprechend durch Praxisstillstand/-störungen entsteht. Beinhaltet die Police eine dynamische Anpassung der Versicherungssummen, um eine Unterversicherung zu vermeiden, müsste dies doch ausreichen. Wären da nicht weitere Haken. Also heißt es, die Leistungen der einzelnen Policen zu kennen.



Foto: Project Photo

Lohnt sich's? Immer öfter spähen kriminelle Profis ihr Zielobjekt sorgsam aus. Der aktuelle Trend gezielter Brüche in Zahnarztpraxen deutet auf Auftragsarbeiten einer ganz besonderen „Beschaffungsorganisation“ hin.

installiert hat, etwa Trennwände, Strahlenschutzeinrichtungen, Einbauschränke, Teppichböden, besondere Deckenverkleidungen, sanitäre Einrichtungen und mehr. Berücksichtigt ein Zahnarzt bei der Ermittlung der Versicherungssumme lediglich die Geräte und Möbel, hat aber in der Praxis umfängliche Um- und Einbauten vornehmen lassen, wäre die Lücke im Schadensfall fatal: Nur ein Teil der Schadenssumme würde von der Versicherung bezahlt.

Eine Praxisversicherung umfasst die technische und kaufmännische Betriebseinrichtung sowie den gesamten Warenbestand. Der Blick ins Kleingedruckte verrät, welche Schäden tatsächlich versichert sind und welche ausgeschlossen. Im Schadensfall zählt nur der dokumentierte Sachverhalt im Vertragstext als Grundlage der Regulierung. Rechtzeitige Kontrolle schützt vor unliebsamen Überraschungen. So sollte zum Beispiel jeder Zahnarzt wissen, ob ihm an-

Wertdefinitionen

Bei der Zeitwertversicherung ebenso wie bei der Neuwertversicherung werden die schadensbedingten Instandsetzungskosten ersetzt. Die Grenzen liegen jedoch einmal beim Zeitwert und einmal beim Neuwert.

PKWs zum Beispiel sind im Schadensfall bis zu ihrem Zeitwert versichert. Bei einem Unfall werden die unfallbedingten Schäden erstattet, die notwendig sind, um das Fahrzeug wieder zu reparieren. Eine Grenze stellt der Zeitwert des Fahrzeugs dar. Übersteigen die Reparaturkosten den Zeitwert, wird lediglich letzterer erstattet. Anders bei der expliziten Neuwertversicherung: Hier werden die schadensbedingten Reparaturkosten bis zur Höhe des Neuwerts ersetzt. Anbei ein paar Definitionen zur Orientierung.

1. Anschaffungswert / Neuwert

Der Anschaffungswert umfasst die Kosten, die aufgewendet werden müssen, um die Sache zu beschaffen.

2. Wiederbeschaffungswert

Der Wiederbeschaffungswert umfasst die Kosten, die aufgewendet werden müssen, um am Bewertungsstichtag eine gleichartige und gleichwertige Sache wiederbeschaffen zu können.

3. Zeitwert

Der Zeitwert ist der Wert einer Sache unter Berücksichtigung ihres Alters und ihres Betriebszustandes, insbesondere der Abnutzung und Instandhaltung (!), der Verwendung und Nutzung sowie der durchschnittlichen technischen Nutzungs- und Lebensdauer.

4. Reparaturwert

Der Reparaturwert umfasst die Kosten, die aufgewendet werden müssen, um die Sache in den Zustand zu versetzen, in dem sie vor dem Schadensereignis gewesen ist.

5. Restwert

Der Restwert stellt den Wert der Sache dar, der dem Zustand, in dem sie sich nach dem Schadensereignis befindet, entspricht.

vertrautes Eigentum mitversichert ist. Berücksichtigen die Vertragsbedingungen Leihgaben nicht, bleibt ein Schadensfall ungedeckt, unter Umständen voll zu Lasten des Zahnarztes.

Viele Versicherungen decken Diebstahl von Bargeld bis zu einer jeweils festgelegten Summe ab, in der Regel 500 bis 1 500 Euro. Die Betriebsversicherung tritt in der Regel auch noch ein, falls aus einem Safe größere Summen Bargeld verschwinden, nicht aber bei größeren Mengen Gold und Edelmetallen. Dieser Schutz muss gesondert vereinbart werden.

Auch die Absicherung durch die Feuerversicherung sollte der Zahnarzt bei dieser Gelegenheit hinterfragen. Üblicherweise sind Nutzwärme- und Sengschäden ausgeklammert, manchmal schließt auch die Leitungswasserversicherung einige Ursachen aus, wie Wasserdampf, Reinigungs- oder Sprinkler-Wasser. Will ein Praxisinhaber diese Risiken abdecken, muss er laufende Verträge entsprechend erweitern oder neue abschließen. Die Elektronikversicherung (Schwachstromanlagenversicherung), die solche Schäden sowie Bedienungsfehler durch Mitarbeiter mit einschließt, bietet sich beispielsweise an.

Der Vollständigkeit halber: Den Versicherungsschutz verliert, wer grob fahrlässig oder vorsätzlich handelt. Nachvollziehbar, denn die Klausel erschwert Betrügereien.

Längst aufgeblüht

Fachleute empfehlen, die Versicherungssumme regelmäßig an den tatsächlichen aktuellen Wert der Praxis anzupassen. Alle zwei bis drei Jahre sollte der Niedergelassene überprüfen, ob Investitionen oder auch die Abgabe von älteren Geräten und Einrichtungsgegenständen eine Korrektur erfordern.

Den Schaden in der Praxis von Dr. O. bezifferte der Sachverständige schnell: An zwei Behandlungseinheiten waren die Schläuche zu den Instrumenten der Behandlungseinheiten gekappt und entwendet worden – offensichtlich ein Auftragsdiebstahl. Zudem fehlten Kleingeräte und Vorräte. Doch als Zahnarzt und Regulierer die Versicherungs-

police prüften, stellten sie die Unterversicherung fest. Die Praxis war längst viel mehr wert als einst bei Vertragsabschluss.

Passt, wackelt und hat Luft

Unterversicherung droht etwa, wenn anlässlich einer Praxisübernahme die Anschaffungspreise der gebrauchten Geräte den Vertragswert bestimmen. Die Ausgaben für die Neuanschaffung (gegebenenfalls zu Listenpreisen) übersteigen schließlich bei Weitem den Wert von Gebrauchtem. Ein Beispiel zeigt, was im Falle einer Unterversicherung leicht passieren kann: Ein Zahnarzt hatte bei seinem Berufsstart den Wert der Praxiseinrichtung mit 100 000 Euro angegeben und diesen Betrag entsprechend als Versicherungssumme vereinbart. Inzwischen fiel diese Rechnung höher aus: Im Laufe der Zeit hat er investiert, der Wert der Einrichtung sich verdoppelt. Doch gilt im Schadensfall die vereinbarte Summe. Schließlich zahlt er nur für einen Teil der Einrichtung die Prämie. Bei einem Einbruch wird eine zwei Jahre alte Behandlungseinheit zerstört, prompt übernimmt die Versicherung nur die Hälfte des Schadens.

Geräte auf Probe wiederum sind ein eigenes Kapitel. Hat die jeweilige Firma mit dem Zahnarzt keine andere Vereinbarung getroffen, geht ein solches Gerät in den Versicherungswert der Praxis ein. Eine analoge Regelung gilt für Implantate, die zum Beispiel für Erprobungszwecke oder als Konsignationslager überlassen werden.

Die Anpassung hat nichts damit zu tun, dass sich der Wert der Praxis durch eine inflationsbedingte Erhöhung der Anschaffungskosten verändert. Diese inflationsbedingte Werterhöhung kompensieren die meisten Versicherungsgesellschaften durch eine automatische Summenanpassung oder Indexierung der Versicherungssumme. Ist dieses vertraglich vereinbart, wird eine Unterdeckung im Schadensfall verhindert, die zu Abzügen führen könnte. Eine weitere Falle ist verbreitet: Die Hersteller gewähren Praxisgründern teilweise zehn bis 20 Prozent Rabatt auf den Listenpreis. Korrigiert man diese Rabatte bei der Ermitt-

lung der Versicherungssumme nicht, ist im Schadensfall die Unterdeckung ebenso groß wie der Preisnachlass einmal war – aber keineswegs unbedingt wieder sein wird. Für Vorräte ist der Wiederbeschaffungspreis oder der Betrag für die Neuherstellung zu berücksichtigen.



Foto: Project Photo

Der entscheidende Moment: Hält das Schloss jetzt dem Angriff stand, geben die meisten Einbrecher auf. Eins zu Null für den Praxischef.

Vom Neuwert zum Flickwerk

Der Sachverständige beurteilte den Schaden in der Gelsenkirchener Praxis als reparablen Teilschaden. Das bedeutet, dass die entwendeten Teile und Komponenten neu beschafft und an die Einheit angebaut werden. Die hierfür notwendigen Kosten, also der Reparaturwert, bestimmen somit die Schadenshöhe.

Eine der beiden Einheiten war schon älter, zudem aus ausländischer Produktion. Zeitweise lauteten die Infos, sie könne mangels Ersatzteilen nicht mehr instand gesetzt werden. Zahnarzt O. nahm an, für diese würde ihm der Neuwert erstattet. Irrtum: Bei technischer Beurteilung kann jeder Defekt an

einer Einheit ohne Ersatzteilversorgung (gleich aus welcher Ursache) zu einem Totalausfall führen und die Einsatzdauer des Geräts beenden. Ergo hätte er als Zeitwertentschädigung maximal 40 Prozent erhalten! Dieses nachteilige Resultat konnte er nur vermeiden, indem er – nach aufwendigen Recherchen – schließlich doch Ersatzteile auftrieb. Ergebnis: Auch für diese Einheit konnte der Sachverständige die Schadenshöhe feststellen, anhand der Aufwendungen für die Anpassung und Modifikation anderer Instrumente an diese alte Einheit.

Bei der Praxisversicherung handelt es sich um eine Neuwertversicherung. Im Schadensfall wird deswegen auch bis zum Neuwert des gestohlenen oder beschädigten Gegenstandes von der Versicherung entschädigt. Sehr alte Geräte oder solche, die zum Beispiel keiner geregelten Ersatzteilversorgung durch den Hersteller unterliegen, werden unter Umständen nur noch mit einem Zeitwert entschädigt. Wann dieser Wechsel eintritt, entscheidet in der Regel ein Sachverständiger für den jeweiligen Fall. Ein fünf Jahre alter Praxiscomputer kann schon in die Zeitwertabdeckung fallen, während die zehn Jahre alte, gut gepflegte

Büroausstattung üblicherweise bis zum Neuwert erstattet wird.

Fakten müssen her

Eines wurde Zahnarzt Dr. O deutlich: Die Versicherung gibt sich im Schadensfall nicht mit allgemeinen Darlegungen eines Zahnarztes zufrieden, selbst wenn er sie durch Angebote und Informationen eines Dentaldepots unterstützt. Die übermittelten Informationen müssen stichhaltig sein und – technisch und kaufmännisch – einer Überprüfung standhalten.

Die Praxismitarbeiterinnen sollen direkt nach dem Einbruch beginnen, eine Schadensliste zu erstellen. In der ersten Aufregung übersehen viele die fehlenden Gegen-

stände zunächst. Üblicherweise dauert es also seine Zeit, bis alle beschädigten oder entwendeten Gegenstände erfasst sind. Die Auflistung sollte vollständig sein, zum Beispiel die Schäden an Einbauschränken, die technische und kaufmännische Praxiseinrichtung, die Vorräte und die fehlende Praxiskasse beinhalten. Ebenso Schäden an eventuell in der Praxis befindlichem Fremdeigentum, etwa beschädigte oder entwendete Bekleidung der Mitarbeiterinnen oder gar Zahnersatz von Patienten.

Ein schlüssiger Endabgleich basiert auf dem vom Steuerberater erstellten Inventarverzeichnis. Obwohl es nach steuerlichen Gesichtspunkten erstellt und häufig auch dahingehend optimiert ist, bildet es ganz große Teile des Inventars ab. Ein gut und differenziert geführtes Verzeichnis erleichtert es dem Geschädigten daher ganz wesentlich, den Schaden festzustellen.

In einem zweiten Schritt müssen die Anschaffungswerte der betreffenden Gegenstände ermittelt werden. Glücklicherweise kann sich der Zahnarzt schätzen, der die Beschaffungspreise anhand des Inventarverzeichnisses, vorliegender Rechnungen oder der Preislisten der Lieferanten belegen kann. Gibt seine Buchhaltung über die Anlagen keinen Aufschluss, braucht er Nachweise aus anderen Quellen, etwa vom Hersteller, oder vom Dental-Depot ein Angebot über die entsprechenden Gegenstände.

Manche Verträge sehen auch die Erstattung solcher Kosten vor, die der Zahnarzt zur Minderung des Schadens aufgeboten hat, sowie für dessen Ermittlung und Feststellung. Vorausgesetzt, er listet sie der Versicherung auf.

Anspruch, Euer Ehren

Als Versicherungsnehmer hat Zahnarzt Dr. O. einen Rechtsanspruch darauf, dass die Schäden behoben werden. Sofern diese durch Instandsetzung zu beseitigen sind, gilt der Reparaturwert. In seinem Fall also die Kosten für Adaption und Ersatz neuer Schläuche und Instrumente an den beschädigten Behandlungseinheiten (Behebung eines Teilschadens). Die gestohlenen Kleingeräte bilden einen Totalschaden und wer-

Frisch geschädigt

Der Zahnarzt muss den Schaden sehr sorgfältig nachweisen. Das gilt auch für übermittelte Informationen eines Serviceunternehmens, etwa des Dentaldepots. Pauschalaussagen wie „Die Einheit stellt einen Totalschaden dar, wunschgemäß bieten wir Ihnen ... Einheit xyz ... 41 000 Euro an“ sind einer professionellen Schadensregulierung regelmäßig abträglich.

Der Geschädigte ist verpflichtet, den Schaden konkret nachzuweisen und zu dokumentieren. Sprich: Er muss das beschädigte oder entwendete Praxisinventar genau und vollständig auflisten. Deshalb sollte der Zahnarzt größte Sorgfalt auf die vollständige Erfassung der entwendeten oder beschädigten Gegenstände legen. Die Liste zu erstellen, ist keine lästige Pflicht, sondern die Basis seiner Ansprüche an den Versicherer und – gegebenenfalls nach Prüfung durch einen Sachverständigen – sein bestes Beweismittel. Die Inventarliste, beim Steuerberater in Kopie angefordert, erleichtert die Abwicklung. ■

den zum Wiederbeschaffungswert ersetzt, ebenso die Vorräte. Der Erstattungsbetrag errechnet sich aus der Höhe des Schadens unter Berücksichtigung der bestehenden Unterversicherung. Letztere kann sich übrigens bei kombinierten Verträgen auch auf Schäden durch Betriebsunterbrechung auswirken. Dann bleibt der Praxischef auch auf einem Teil der Kosten sitzen.

Die Regulierung läuft also nur dann einigermaßen glimpflich ab, wenn die Praxisversicherung ausreicht – in Höhe und Umfang. Sonst bringt ein Versicherungsfall neben Stress auch erhebliche finanzielle Nachteile. Denn selbst mit einer guten Versicherung hat dabei noch kein Zahnarzt Profit gemacht.

Auf Abstand zu den Profis

Mit einem Schadensfall wie bei Dr. O. darf leider jeder Kollege rechnen: Laut Kripo-Aussagen scheinen sich Einbrüche nach einem ganz bestimmten Muster in Zahnarzt-

praxen zu häufen, gerade als lägen Aufträge vor. Diese Einbrecher zerstören kaum etwas mutwillig, gehen eher vorsichtig zu Werke und entwenden gezielt Instrumente, Vorräte und Kleingeräte, klauen selbst das Composite aus dem Kühlschrank. Auch die chirurgischen Instrumente – komplett weg. Bei den Einheiten werden die Schläuche durchgeschnitten, die Motoren mitgenommen. Praxis-EDV und -kasse sind bei ihnen ebenfalls begehrte „Sammlerstücke“. Von Vandalismus keine Spur.

Schützen kann man sich vor solchen Einbrüchen nur bedingt, erklärten involvierte Polizeibeamte von der kriminalpolizeilichen Beratungsstelle in Recklinghausen, einen Gelegenheitsdieb halten jedoch schon „einfache“ mechanische Sicherungen davon ab, die Praxiskasse zu klauen. Profidiebe dagegen, die Abnehmer mit heißer Ware aus Praxen beliefern, benötigen nur wenig Zeit, um eine Praxis auszuräumen. Genau die aber wird knapp, wenn eine Alarmanlage den Bruch an ein Wachschutzunternehmen meldet und sofort die Polizei auf den Plan ruft. Optimal sei die Kombination aus mechanischen Sicherungen und Einbruchmeldeanlage. Der Weg zu diesem Ziel führe zwingend über die individuelle Beratung, zum Beispiel durch eine (kostenlose) kriminalpolizeiliche Beratungsstelle vor Ort.

Weitere Tricks befreien von Sorgen: Allabendliche Up-dates der Sicherheitskopie schützen vor Datenverlust. Geld bleibt auf dem Konto sicherer als in der Bar-Kasse, deren Bestand klein gehalten wird. Schloss und Riegel sichern den Eingang, der mit einem Sicherheitsschloss statt mit einem herkömmlichen versperrt wird.

Seit der Gelsenkirchener Zahnarzt all die guten Ratschläge beherzigt, fühlt er sich deutlich besser. Jetzt mit der passenden Versicherung in der Hinterhand.

*Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Zahnärztin, Master of Business Administration
Mittelstraße 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen*

*Dipl. Ing. Claus Hilger
Sachverständiger (ö.b.v.)
für Schäden an Medizintechnik
Keuloserstr. 75, 36093 Künzell*

Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006“

Marketing bei Niedergelassenen

Werbung und Marketing halten Einzug in die Praxen der niedergelassenen Ärzte: 53 Prozent halten Werbemaßnahmen für wichtig bis sehr wichtig. Dies zeigt die repräsentative Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006“ der Stiftung Gesundheit.

Im Vorjahr gaben noch acht Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte an, eigens ein Marketing-Budget für ihre Praxis festgelegt zu haben, im laufenden Jahr 15,7 Prozent.

Eine detaillierte Analyse im Rahmen dieser Studie zeigt laut Aus-



Foto: stockdisc

folg, gemessen am Umsatz, erzielen. Doch trotz Öffnung der Berufsordnung bleibt den Zahnärzten jede anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung verboten. Vor Investitionen empfiehlt es sich, die Kammer zu kontaktieren.

Die Erhebung führte die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse durch.

Unter „http://www.stiftung-gesundheit.de/presse/start_presse.htm > Studien“ kann die gesamte Studie heruntergeladen werden. pit/pm

sagen der Stiftung Gesundheit darüber hinaus, dass die Ärzte mit einem höheren Werbebudget auch den besseren Praxiser-

Neu gestalten

Minijobs

Minijobber werden in jeder Zahnarztpraxis beschäftigt. Deshalb wird auch jede Praxis mit der Erhöhung etwaiger „Lohnkosten“ hierfür belastet.

Mit dem neuen Haushaltsbegleitgesetz 2006 im Mai erhöhte sich der pauschale Beitragssatz des Arbeitgebers für geringfügig Beschäftigte im gewerblichen Bereich (Minijobs) zum 1. Juli von 25 auf 30 Prozent.

Die Voraussetzungen dafür, ob eine Tätigkeit als „Minijob“ eingestuft wird, änderten sich

nicht. Den Zahnarzt kostet eine „Minijobberin“ seit Juli 2006 insgesamt 520 Euro (400 Euro Arbeitsentgelt zuzüglich 120 Euro Pauschalbeiträge und -steuern), also 20 Euro mehr als zuvor.

Eine effektive Mehrbelastung von immerhin vier Prozent. Pfiffige informieren sich deshalb über die Regelungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zwecks anderer Konstellation fürs nächste Jahr. pit/olb

Hinweis der Deutschen Rentenversicherung Bund

Mehr Rente durch Kontenklärung

Wer in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert ist oder war, hat dort ein individuelles Rentenversicherungskonto.

Weist die Rechnung im Rentenkonten Lücken auf, sollten Betroffene jetzt aktiv werden und die Kontenklärung beantragen, um den Rentenversicherungsträger beispielsweise über Schul-, Studien- oder Kindererziehungszeiten zu informieren. Eine Postkarte oder ein Anruf reichen aus.

Besonders wichtig sei dies für Versicherte, die in der ehemaligen DDR gearbeitet haben: Für sie wurden die Versicherungszeiten nicht zentral gesammelt,

sondern in den gelben und grünen Ausweisen für Arbeit- und Sozialversicherung eingetragen. Die Bundesregierung hat jetzt beschlossen, die Aufbewahrungsfrist vom Ende dieses Jahres bis Ende 2011 zu verlängern. Vorbehaltlich der im Dezember erwarteten Verkündung des Gesetzes bleiben also weitere fünf Jahre zur Klärung.

Mehr Infos stellen die Internetseite <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> sowie die Berater am bundesweiten kostenlosen Servicetelefon der Deutschen Rentenversicherung unter 0800 1000 4800 zur Verfügung. pit/pm

Bei Ferienjobs

Frist zu beachten

Für Schüler oder Studenten gelten die allgemeinen Steuerspielregeln. Der Arbeitgeber behält bei Abrechnung über eine Lohnsteuerkarte auch Steuern und Solidaritätszuschlag ein. Doch diese Steuern erhalten Schüler und Studenten meist zurück, wenn sie beim Finanzamt eine Antragsveranlagung (früher Lohnsteuerjahresausgleich) beantragen.

Volljährige Kinder sollten beachten, dass Ihre Eltern nur noch Anspruch auf Kindergeld haben, wenn die Einkünfte und Bezüge im Jahr 2006 nicht mehr als 7 680 Euro betragen.

Die Faustformel: Ohne Nachweis höherer Werbungskosten bei ledigen Schülern oder Studenten mit maximal 10 700 Euro brutto per ano gibt's jeden Cent der gezahlten Steuer zurück. Ausgenommen bei Minijobs:



Foto: MEV

Zwar musste der Chef aus eigener Tasche zwei Prozent Steuern abführen, aber diese werden nicht erstattet.

Die Antragsveranlagung muss spätestens zwei Jahre nach Ende des Jahres im Briefkasten des Finanzamts landen, erinnert der Haufe-Verlag. Für das Jahr 2004 also bis 31. Dezember 2006.

pit/pm

Edelsteine: funkelnde Kostbarkeiten

Die Magie der Farbe

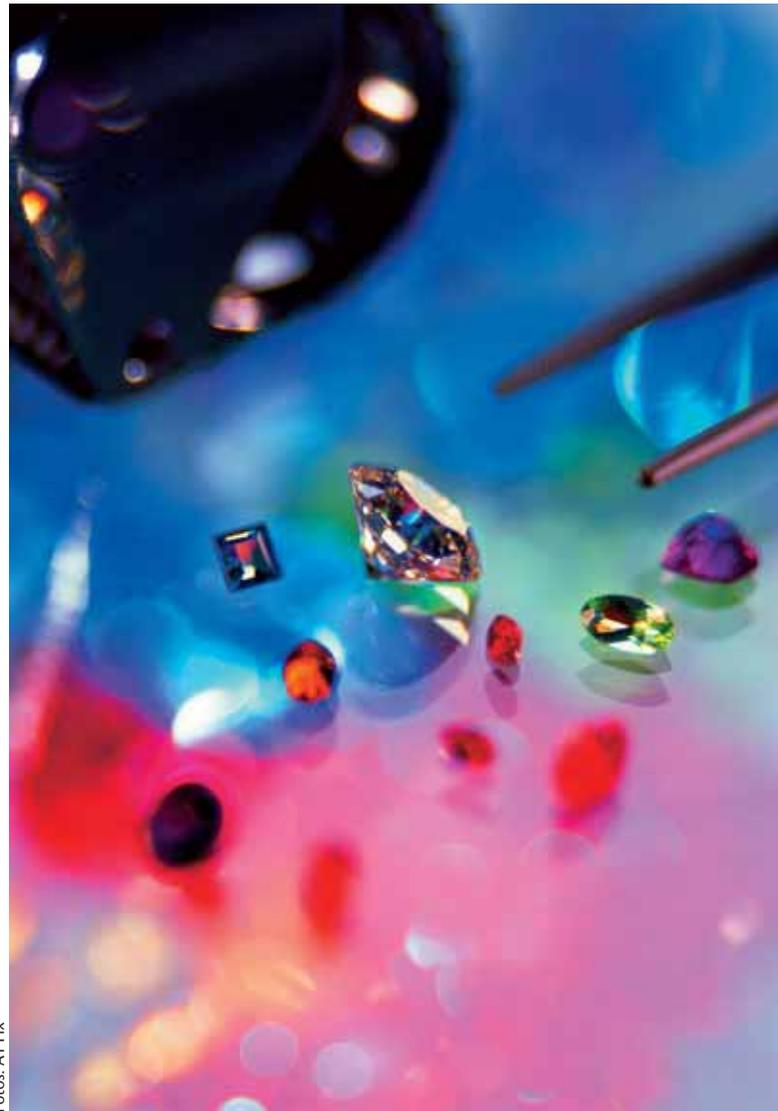
Orientalische Dichter schrieben den edelsten unter den Farbsteinen magische Kräfte zu. Auch heute noch verzaubern die Leuchtkraft und die Vielfalt der Farben die Liebhaber der Schmucksteine. Wer ein solches Wunder der Natur besitzen möchte, tut gut daran, sich vor dem Kauf ganz nüchtern und gründlich über Qualitäten und Preise zu informieren.

„Zum Leben braucht der Mensch die Farbe. Sie ist ein ebenso notwendiges Element wie das Wasser und das Feuer.“ Zu dieser Erkenntnis gelangte der Franzose Fernand Léger (1881 bis 1955), zu dessen Berufung als Maler der geniale Umgang mit dem Spektrum des Regenbogens gehörte. Er schuf Meisterwerke, die heute in den bedeutendsten Museen und Sammlungen hängen. Dennoch dürfte seine Farbgebung und

fen. Sie entstehen im Innern der Erde. Heißes Magma ist die mineralhaltige Substanz, die die Grundlage für Edelsteine bildet. Steigt das Magma auf und kühlt sich dabei ab, bilden sich unter großem Druck im Verlauf von Millionen Jahren Kristalle. Je symmetrischer die innere Struktur und je größer die Klarheit, desto begehrt der entstandene Edelstein. Vulkanische Prozesse befördern sie an die Erdoberfläche.

Auf die Menschen üben die Steine eine magische Anziehungskraft aus. Viele glauben sogar an ihre heilende Kraft. Sie sind bereit, sehr viel Geld für sehr kleine Steine, einzeln oder in Gold, Silber oder Platin gefasst, auszugeben. Und hier scheiden sich die Geister: Ein Diamant von perfekter Reinheit und in feinstem Weiß lässt den überzeugten Liebhaber von Farbedelsteinen kalt. Höchstens bei farbigen oder Fancy Diamonds regt sich Interesse.

Ins Schwärmen freilich geraten Kenner nur beim Anblick eines tiefroten Burma-Rubins oder eines Kaschmir-Saphirs in Kornblumenblau. Die Preise bestätigen die Meinung von Michael Klar, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Edelsteinbewertung in Idar-Oberstein: „Unter den Topqualitäten ran-



Fotos: A1 Pix

In Fachkreisen ist die Trennung zwischen Edel- und Halbedelsteinen längst gefallen. Dadurch wurden mehr bunte Steine salonfähig. Viele schöne Exemplare sind auch für Durchschnittsverdiener erschwinglich.

giert der Rubin auf Platz eins vor dem Diamant. Danach folgen die Saphire und Smaragde.“

Blutstropfen der Natur

Auf der Mohs'schen Härteskala steht der Rubin mit Härtegrad neun nach dem Diamant (Härtegrad 10) auf dem zweiten Platz. Er gehört zu den Korunden, und die besten stammen aus Burma. Ist dem Grundmaterial Tonerde ein wenig Chrom beigemischt, ergeben sich Rottöne, die selbst ausgebuffte Steinhändler faszinieren. Die Orientalen, um blumige Beschreibungen für die Schönheit nie verlegen, nennen

den roten Glitzerstein „einen Blutstropfen der Natur“.

Ins schier Unendliche steigen die Preise, wenn ein Rubin wie das Blut der Taube leicht ins Bläuliche schimmert. Sorgt aber eine Spur von Eisen für einen Braunschich, wie es bei den Rubinen aus Thailand vorkommen kann, fällt der Preis in den Keller.

Nur ein Prozent der gesamten Rubin-Produktion ist von solcher Qualität, dass er für die Schmuckverarbeitung geeignet ist. Dieser Mangel veranlasste gewiefte Chemiker schon früh, synthetische Steine herzustellen. Normalerweise verraten sich die Kunstprodukte durch fehlende Einschlüsse.



Mit Härtegrad 9 glänzt der Rubin als „Blutstropfen der Natur“ nicht nur im Orient auf dem Siebertreppchen.

auch die seiner weltberühmten Kollegen nicht an die Leuchtkraft eines Edelsteins in höchster Qualität heranreichen. Licht, Feuer und Transparenz eines Rubins, Saphirs oder Smaragds kann nur die Natur schaf-

Wenn die Chemie stört

Moderne Synthesen allerdings erschweren es auch Experten, Echtes vom Falschen zu unterscheiden. Die Falsifikate werden immer perfekter. Das gilt auch für die Methode, schlechtes Material in gute Steine zu verwandeln.

Darin versuchten sich geschickte Handwerker schon vor langer Zeit. Ende des 14. Jahrhunderts handelte der König von Kastilien wohl in gutem Glauben, als er dem Sohn Edwards III. von England einen gut fünf Zentimeter durchmessenden Rubin als Anerkennung für dessen Tapferkeit überreichte. Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts erkannten Fachleute den nach dem Empfänger benannten Black Prince's Rubin als minderwertigen Spinell. Dennoch dürfte sein Wert höher liegen als die vier Pfund, für die er zwischendurch einmal verkauft wurde.

Heute sind die Grenzen zwischen legaler Bearbeitung und Betrug nicht immer gut zu unterscheiden. „Mit einer Wärmebehandlung helfen wir der Natur nur etwas nach“, erklärt



Foto: OKAPIA

Unbehandelt und in leuchtendem Kornblumenblau gehört der Saphir zu den Favoriten der Steinesammler. Seine Farbpalette reicht von Blau über Grün, Gelb, nahezu Farblos bis zum Rosa.

Michael Klar. Dabei wird kleinen Kanälen, die den Stein durchziehen, mithilfe von Borax die Luft entzogen. Sie sind nach der Behandlung unsichtbar und die Farbe strahlt dann umso schöner. Eine solche Behandlung können Experten bei einer Untersuchung nachweisen. Die Auffrischung drückt den Preis.

Schimmernd wie Kornblumen

Kleine Schönheitsoperationen dieser Art kommen auch so manchem Saphir zugute. Unbehandelt und in leuchtendem Kornblumenblau gehören sie zu den Favoriten der Steinesammler. Durchziehen dann noch haarfeine Kanäle den Stein, verleiht im diese kleine Unregelmäßigkeit einen seidigen Schimmer. Experten wissen dann, dass das Prachtexemplar aus Kaschmir kommt. Die besten Steine stammen aus einer inzwischen erschöpften Mine in rund 5000 Meter Höhe. Von ausgesuchter Qualität war auch der Stein in dem Ring, den damals Prinz Charles der ehemaligen Königin der Herzen, Prinzessin Diana, zur Verlobung ansteckte. Viel Glück hat er ihr leider nicht gebracht. Heute kommen die meisten Sa-

phire in Kaschmir-Qualität aus Burma. Sie gehören wie die Rubine zur Mineralgruppe der Korunde. Der Saphir zeigt sich nicht nur in Blautönen. Seine Farbpalette reicht von nahezu Farblos über Gelb, Grün bis zum Rosa. Die meisten indischen Qualitäten sind je nach Metallgehalt hell- bis tintigblau. Stammen sie jedoch aus der berühmten Mine von Padparadscha, können sie sogar die Farbe von Orangen annehmen. Liegt der

Fundort in Ceylon, heißt die Farbe Goldgelb, grün fast schwarz sind sie, wenn sie aus Australien stammen. Eine Eigenart, wie sie nur Saphire und Rubine aufweisen, ist der so genannte Asterismus. Feine Einschlüsse lassen je nach Lichteinfall ein meist sechsstrahliges Sternbild auf der Oberfläche erscheinen.

Kleopatras Faible

Die Augen der weltberühmten Kleopatra-Darstellerin Liz Taylor haben die Farbe von Smaragden. Sie inspirierten ihren verstorbenen Schauspieler-Kollegen und zweimaligen Ehemann Richard Burton bei der Wahl seines Verlobungsgeschenks: eine Brosche mit Diamanten und Smaragden. Dazu trug sie ein Geschmeide ebenfalls mit den grünen Steinen besetzt. Abgesehen von der Schönheit verband sie auch diese Vorliebe mit der ägyptischen Verführerin. Die

zm-Index

Stichwort: Carat

Das Wort Carat stammt vom griechischen keratio – Johannisbrotbaum. Das Besondere an diesem Baum ist, dass jeder ausgewachsene Samenkern in den dunkelbraunen Schoten das gleiche Gewicht hat: 0,2 Gramm. Diese Samenkörner dienten früher als Gewichtseinheit für Edelsteine. Heute kürzt man Carat ab: 1 ct = 0,2 Gramm. ■



Foto: Cinetext

Passend zur Augenfarbe wählte Richard Burton Smaragde für das Geschmeide aus, das er Elisabeth Taylor zur Verlobung schenkte.



Heißes Magma ist die mineralhaltige Grundsubstanz für Edelsteine. Kühlt es beim Aufsteigen ab, bilden sich die Kristalle, die umso begehrtere Edelsteine werden, je symmetrischer ihre innere Struktur und je größer die Klarheit ist.

Foto: Vario Images

Herrscherin vom Nil jedenfalls war eine der ersten Frauen, die der Faszination der Smaragde erlag. Um 50 vor Christus ließ sie die älteste Mine in der Nähe von Assuan ausbeuten. Weicher als Rubine und Saphire rangieren Smaragde auf der Mohs'schen Skala bei Härtegrad acht. Wie die Aquamarine gehören sie zur Gruppe der Berylle. Lupenreine Steine sind sehr selten. Einschlüsse wirken sich aber kaum negativ auf den Preis aus. Den Ausschlag gibt immer die Leuchtkraft der Farbe. Die berühmtesten Smaragde stammen aus den kolumbianischen Minen in Muzo und Chivor. Wegen ihrer gelbgrünen Farbe weniger begehrt sind die Steine aus Brasilien.

Der Stein, der mitlacht

Die Preise für die drei begehrtesten Farbedelsteine Rubin, Saphir und Smaragd variieren sehr stark. Ausschlaggebend ist immer zuerst die Farbe. Einschlüsse senken den Preis, wenn sie stören, ebenso eine Wärmebehandlung. Für große Steine in

schöner Farbe zahlen Kunden mehr pro Carat als für kleine. Handelt es sich um minderwertige Steine, kann ein Rubin nur 50 Cent pro Carat kosten. Für einen schönen Rubin in mittlerer Qualität reichen vielleicht 1 500 Euro pro Carat.

Bei außergewöhnlichen Qualitäten ist die Preisskala nach oben offen. Das gilt auch für

Saphire und Smaragde. So liegen die Preise für Saphire zirka 15 Prozent unter denen von Rubinen. Etwa denselben Abstand halten die Smaragde zu den Saphiren. Doch jeder Stein ist ein Unikat und lässt sich nur schwer in ein Schema pressen.

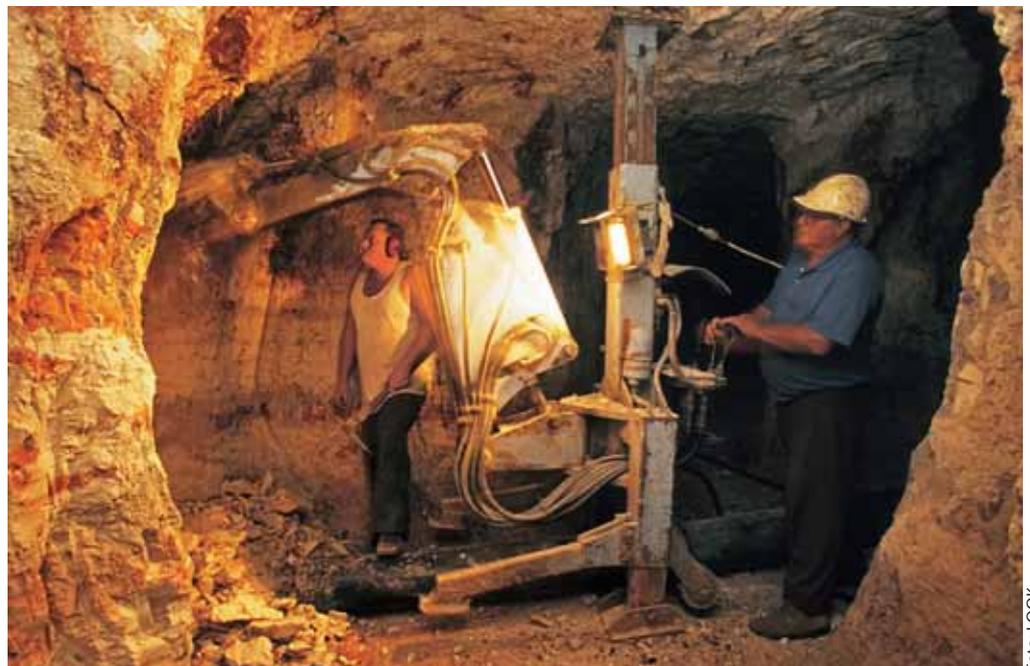
Vor etwa 15 Jahren haben Experten versucht, ein Ordnungssystem ähnlich wie bei Diamanten durchzusetzen. Bislang ist das Projekt gescheitert. Deshalb schaut sich ein Liebhaber der bunten Juwelen viele Steine bei verschiedenen vertrauenswürdigen Händlern an und entscheidet sich dann für den „Stein, der mit ihm lacht“.

Die wahren Kenner beschränken ihr Interesse nicht auf die „großen Drei“, Rubin, Saphir und Smaragd. Zumal in Fachkreisen die Trennung zwischen Edel- und Halbedelsteinen längst aufgehoben ist.

Des Seefahrers Glück

Sie wissen beispielsweise um die Vielfalt und den Zauber, der von einem meerblauen Aquamarin ausgeht. Der Sage nach stammt er aus dem Tresor der märchenhaften Seejungfrauen und gilt seit alten Zeiten als Glücksstein der Seeleute. Nach Überlieferungen verspricht er seiner Trägerin eine glückliche Heirat sowie Frohsinn und Reichtum. Kein Wunder, dass der Aquamarin fast so beliebt ist wie Rubine und Smaragde.

Seine Härte liegt auf der Skala zwischen sieben und acht. Eisen verleiht ihm die blaue Farbe, die, je intensiver sie ist, den Preis in die Höhe treibt. Zu den begehrtesten gehören die intensiv blauen Santa-Maria-Steine aus der brasilianischen Mine Santa Maria de Itabira. Den Zusatz Africana tragen die Santa Marias, wenn sie aus dem afrikanischen Mozambique stammen. Der



Für den Abbau unter Tage – wie hier für die Gewinnung von Opalen in Australien – kommt heute der Luftdruckhammer zum Einsatz.

Foto: LOOK

Aquamarin ist der Lieblingsstein der modernen Designer.

Günstig aus der Mode

In Blau aber auch in allen anderen Farbtönen schimmert der Topas. Am häufigsten erscheint er in Gelb. So wurde er auch 60 Jahre lang im Schneckenstein,

Grenzfluss Kunene zwischen Namibia und Angola. Später entdeckte man fast so schöne Steine in Nigeria. Dank seiner hohen Lichtbrechung fasziniert seine Leuchtkraft, und das Orange symbolisiert die Lebenslust und die Energie seiner Trägerin. Wegen seiner Härte von 7 bis 7,5 auf der Mohs-Skala gilt der Mandarin-Granat als unkompliziert.



Foto: OKAPIA

In der ältesten Smaragdmine, nahe bei Assuan in Ägypten, ließ Kleopatra bereits vor 2000 Jahren schürfen. Den Wert des Fundes bestimmt immer die Leuchtkraft seiner Farbe.

einem der bedeutendsten Edelsteinfelsen während des 18. Jahrhunderts in Sachsen, abgebaut. In der Mystik wird dem Topas kühlende blutstillende Wirkung zugeschrieben. Er soll bei seinem Träger Traurigkeit, Zorn und nächtliche Furcht vertreiben. Derzeit ist der Topas nicht en vogue. Vielmehr wartet der schöne Stein auf seine Wiederentdeckung. Entsprechend günstig ist er zu haben.

Leuchtende Lebenslust

Erst seit zehn Jahren kennt die Fachwelt den Mandarin-Granat und seitdem schwärmen Experten wie Liebhaber von den herrlichen Farben und der hohen Brillanz der orangefarbenen Juwelen. Die ersten fanden Sucher im

Gesuchte Raritäten

Ebenso selten wie kostbar sind die kupferhaltigen Turmaline aus der Mina da Batalha im brasilianischen Bundesstaat Paraíba. Nur diese Turmaline strahlen in einem so intensiven Türkisblau bis Grün. Der Edelsteinsucher Heitor Dimas Barbosa entdeckte ihn erst 1980. Brasilien gilt als Heimat der Turmaline, die ihre verschiedenen Farben dem Zusatz von Eisen, Mangan, Chrom und Vanadium verdanken. In Paraíba sorgen Kupfer und Mangan für die Farbenpracht der meist ziemlich kleinen Steine. Sie gehören heute zu den gesuchtesten und teuersten Edelsteinen. Ihre Carat-Preise können daher schon mal fünfstellig sein. Exklusivität, Herkunft und die fantastische Farbe machen auch



Foto: dpa

Schon als Solitär strahlt ein kostbarer Smaragd. In prächtigen Geschmeiden potenziert sich seine Wirkung, wie in dem Collier, das eines der ältesten Juwelierhäuser Deutschlands am Berliner Kurfürstendamm ausstellt.

den Tansanit zu einem der begehrtesten Edelsteine der Welt. Benannt wurde er nach seiner weltweit einzigen Fundstelle im ostafrikanischen Tansania, im Schatten des Kilimandscharo. Das rare Objekt der Begierde schimmert in tiefem Blau mit einem Hauch von Purpur. Je nachdem wie man ihn dreht, wandelt er seine Farbe bis ins Gelb. Störendes Braun entfernt ein kundiger Schleifer, indem er den Stein im Ofen auf zirka 500 Grad erhitzt. Mit einer Härte von 6,5 bis sieben ist er nicht allzu widerstandsfähig. Dank seiner Seltenheit bezahlen Sammler fast jeden Preis für den exklusiven Edelstein.

Träum' süß

Weniger selten dafür umso mysterischer ist der Mondstein. Er bezaubert mit seinem Farbenspiel. In der Fachsprache Adularaszenz genannt, zeigt er in der Bewegung ein geheimnisvolles Schimmern. Mondsteine aus Sri Lanka erscheinen zart bläulich. Stammen sie aus Indien, zeigen sich Schattierungen in Orange, Grün

bis Braun. Dort glauben die Menschen, dass ihnen der Mondstein in der Nacht schöne Träume bringt. Dem Träger beschert er Intuition und Einfühlungsvermögen. Der mit Härtegrad sechs eher weiche Stein gehört zur Gruppe der Feldspate, aus denen fast zwei Drittel aller Gesteine bestehen. Es bedarf der Kunst eines sehr guten Schleifers, um dem unscheinbaren Rohstein seinen verborgenen Zauber zu entlocken. Am besten eignet sich der Cabochon-Schliff. Der empfindliche Stein will vorsichtig behandelt werden. Kleinere Schäden bringt der Juwelier mit Polieren zum Verschwinden. Die Intensität der Farbe, Transparenz und Größe bestimmen den Preis. Am teuersten ist der klassisch blaue Stein mit seiner dreidimensionalen Farbtiefe. Günstiger zu haben sind die farbenfrohen indischen Mondsteine.

Diese Auswahl verschiedener Edelsteine ist sehr begrenzt. Tatsächlich bergen die Tiefen der Erde viele verschiedene wunderschöne Arten wie Amethyst, Lapislazuli und andere mehr. Jeder Stein ist einzigartig und wirkt

auf jeden Menschen anders. Deshalb lohnt sich die Mühe, den für sich selbst „richtigen“ Edelstein zu finden. Damit die Freude anhält, sollten sich angehende Liebhaber an die Regel halten, lieber einen kleineren Stein, ihn aber dafür in bestmöglicher Qualität zu kaufen. Den größten Einfluss auf den Preis nimmt die Farbe. Erst an zweiter Stelle steht die Reinheit. Der Schliff ist wichtig, weil er die Schönheit erst zur Geltung bringt. Je größer der Stein, desto höher der Preis pro Carat. Ist ein Stein gerade mal nicht in Mode wie der Topas, ist der Markt mit

einer Sorte gerade reich bestückt, ist die Farbe (gelb, braun) zurzeit nicht aktuell oder der Härtegrad zu niedrig – alle diese Merkmale drücken den Preis. Es gibt viele Beispiele von seltenen wunderschönen und kostbaren Edelsteinen, die nur wenig kosten im Vergleich zu einem schlechten Rubin.

Die Internationale Colored Gemstone Association ICA, ein internationaler Verband der Farbedelstein-Industrie, in New York, gibt Preisklassen für verschiedenen Farbsteinkategorien vor, die aber nur als Anhaltspunkte dienen können:

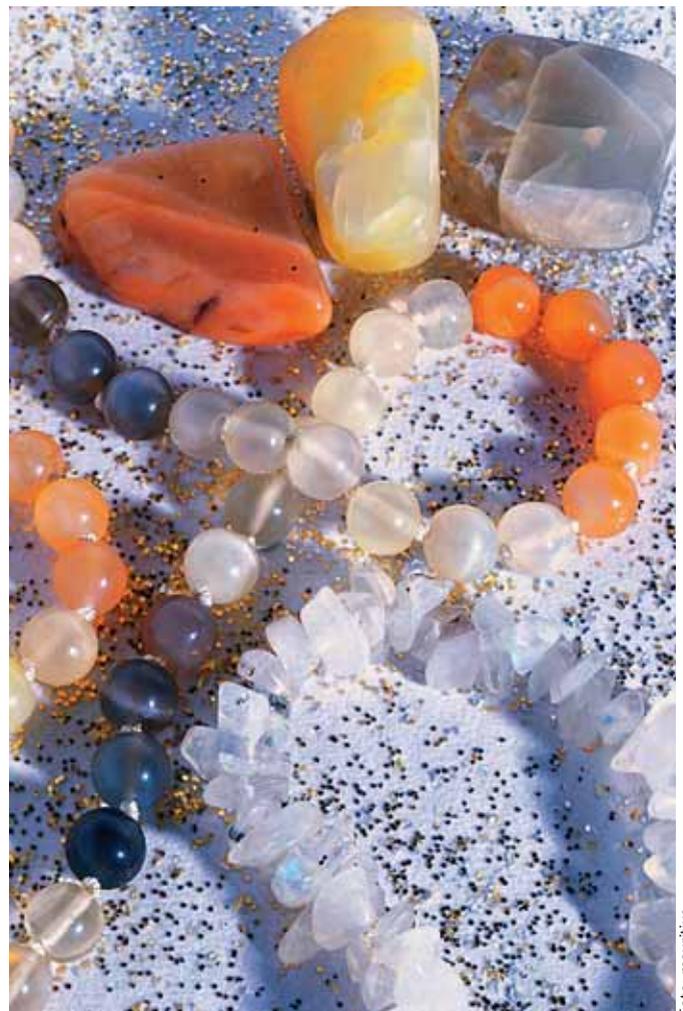


Foto: mauritius

Der Mondstein ist nur eines von vielen Beispielen dafür, dass eine wunderschöne Kostbarkeit wenig kosten kann im Vergleich zu einem schlechten Rubin. Der erfahrene Liebhaber wählt „den Stein, der mit ihm lacht“.

Traditionelle Edelsteine

Rubin, Saphir und Smaragd kosten als Einkaräter zwischen 200 und 8 000 Euro. Für hochfeine Exemplare zahlen Liebhaber Fantasiepreise. So geschehen auf einer Auktion bei Christie's. Dort erzielte ein Rubin von acht Karat 425 000 Dollar pro Carat.

Neu-klassische Edelsteine

Das sind die kommenden Stars wie Tansanit, Tourmalin und Aquamarin. Ihre steigende Beliebtheit wirkt sich auf die Preise und auf das Angebot aus. Sehr schöne Exemplare muss man suchen. Die Preise liegen zwischen 40 und 800 Euro pro Carat, selbstverständlich mit Ausreißern nach oben.

Connaisseur-Steine

Spezialitäten, wie schwarzer Opal, Jadeit, pinker Topas oder Katzenauge, sind eher selten und daher relativ teuer: Die Preise liegen zwischen 200 und 4 000 Euro pro Carat.

Sammler-Steine

Diese Kategorie umfasst Mondsteine, Spinnelle, verschiedene Berylle und andere seltene Edelsteine. Nur wenige kosten 1 000 und mehr Euro pro Carat. Die meisten liegen im Hunderter-Bereich.

Als Carat-Steine zu Preisen zwischen 5 und 100 Euro gibt es so leuchtende Farbsteine wie Lapislazuli, Amethyst, weißer Opal oder blauer Topas.

Wirkliche Schnäppchen sind sehr selten. Kenner vermeiden es daher, sich von einer besonderen Urlaubsstimmung zum Kauf eines Edelsteins verführen zu lassen. Denn es ist ein Irrglaube, dass es im Erzeugerland günstige Edelsteine gäbe. Das zeigt

Wertgutachten

Wer sich in einen besonders schönen, aber teuren Edelstein verguckt hat, kann ihn vor dem Kauf auf seinen Wert hin prüfen lassen. Die Deutsche Gesellschaft für Edelsteinbewertung in Idar-Oberstein untersucht den Stein auf Echtheit, prüft, ob er behandelt wurde und legt ihn sechs Experten zur Begutachtung und Preisempfehlung vor. Aus diesen Angaben wird ein mittlerer Wert ermittelt. Die Kosten betragen 130 Euro für Steine bis zu einem Wert von 9 000 Euro. Bei wertvolleren Exemplaren kostet das Fachurteil 1,5 Prozent vom Schätzwert plus Mehrwertsteuer.

■ **Weitere Informationen gibt es im Internet unter:**
<http://www.gemcertificate.com/degeb.htm>

das Beispiel des Touristen, der sich von einer Asienreise einen vermeintlich tollen Rubin mitgebracht hat. Erst die Untersuchung bei der Deutschen Gesellschaft für Edelsteinbewertung in Idar-Oberstein brachte die Wahrheit ans Licht: Der „Rubin“ war mit Bleiglas raffiniert gefüllt. Der Betrüger hatte sogar auf die Einschlüsse geachtet. Gefälscht werden vor allem Rubine, Saphire und Smaragde. Sehr gut gemachte Synthesen stellen auch so manchen Gutachter vor schwer lösbare Aufgaben. Deshalb ist der Kauf bei einem vertrauenswürdigen Juwelier sicher die bessere Empfehlung. Wer dennoch unsicher ist, lässt den Stein seiner Wahl vor dem Kauf in Idar-Oberstein prüfen.

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de

Aktuelle Rechtsprobleme der Kieferorthopädie

Nutzen vor Kosten

Beschäftigten im Bereich Kieferorthopädie (KfO) bisher vorrangig Detailfragen die Gerichte, so mehren sich jetzt Grundsatzdiskussionen, in denen die Therapiefreiheit behauptet werden muss gegenüber den Versuchen der PKV, Kosten zu sparen. Die Kenntnis der aktuellen Rechtsprechung erleichtert die Orientierung im Falle eines Regresses.



Foto: zm

Den Status quo ante, also vor der Entscheidung zu erheben, ob und gegebenenfalls welche Behandlung notwendig ist, mag die PKV als entbehrlich betrachten, für den Kieferorthopäden bleibt sie ein Muss. Für viele Richter auch.

In der Vergangenheit befassten sich allenfalls die Sozialgerichte mit spezifischen Fragen der Kieferorthopädie, insbesondere, wenn es um die Honorarverteilungsgerechtigkeit und um die Stichworte Degression und Budget ging. In letzter Zeit mehren sich auch die zivilgerichtlichen Judikate, die sich zur Abgrenzung rein kosmetischer Behandlungen von medizinisch notwendigen Behandlungen verhalten und die Kostenerstattungspraxis der privaten Krankenversicherungen betreffen.

Aufgrund der breiten Varianz der vertretbaren kieferorthopädi-

schen Behandlungsansätze geht es häufig um die Behauptung der Therapiefreiheit des Kieferorthopäden gegenüber Einflussnahmen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung unter Kostengesichtspunkten.

Der Status „ante“

Zur Beurteilung, ob kieferorthopädischer Behandlungsbedarf besteht, bedarf es einer umfangreichen Eingangsdiagnostik. Bereits hier bestehen zuweilen Meinungsverschiedenheiten mit der PKV, in welchem Umfang und mit welchem Kostenauf-

wand eine solche Eingangsdiagnostik angemessen ist. Unzulässig ist jedenfalls die Haltung der PKV, die die Kosten für diese Eingangsdiagnostik erst nach Übermittlung und Prüfung der darin erhobenen Befunde erstatten will. Dies ist unzulässig, weil es bei der Entscheidung, ob eine solche Diagnostik eingeleitet wird, auf den Zeitpunkt ante-

kommt. Denn ob eine Behandlung medizinisch notwendig sein wird oder nicht, lässt sich eben nur entscheiden, wenn der Status erhoben wird. Auch wenn dadurch klar wird, dass der Patient ohne Behandlung auskommt.

Wie auch sonst im privaten Krankenversicherungsrecht ist aus nachträglichen Entwicklungen, beispielsweise dem Eintritt oder dem Ausbleiben des Heilerfolges oder der Auswertung der erhobenen Befunde, kein Rückschluss auf die medizinische Notwendigkeit der Ausgangsentscheidung vor Beginn der Behandlung zulässig.

Spiel auf Zeit

Die PKV zögert den Beginn der kieferorthopädischen Behandlung häufig hinaus, indem sie die Kostenzusage für den Heil- und Kostenplan (HKP) erst dann gibt, wenn ihr Duplikate der Eingangsdiagnostik zur Prüfung vorliegen. Zuweilen spielt die PKV hier auf Zeit, indem sie die Ausgaben für Vervielfältigung und Versendung der Behandlungsunterlagen entweder gar

nicht oder aber erst nach Zugang der Behandlungsunterlagen tragen will.

Sofern Patient und Kieferorthopäde im Vertrauen auf die nachträgliche Kostenerstattung der Versicherung die Unterlagen zuschicken, begeben sie sich in deren Hand. Sprich, sie akzeptieren, dass die Auslagen spät oder nur zum Teil erstattet werden.

Es empfiehlt sich aber, entweder zuvor eine schriftliche Kostenzusage einzuholen oder den Versicherer die Kosten vorab überweisen zu lassen. Denn diesen Aufwand muss die PKV ersetzen, wie sich aus § 670 BGB i. V. m. § 67 VVG ergibt (Amtsgericht (AG) Saarbrücken, Ur. v. 30.1.1998, 36 C 802/94). Das wird im Übrigen selbst von der assekuranzfreundlichen Kommentierung der Versicherungsbedingungen so bestätigt (Bach/Moser, Private Krankenversicherung MB/KK, 3. Auflage, 2002, § 9, 10 Rd. Ziff. 31, 38).

Die konkrete Kapitalisierung des Zeitaufwandes des Kieferorthopäden kann laut Rechtsprechung nach Betriebsunterbrechungen und kurzfristigen Patientenabsagen erfolgen: In pauschalisierter Weise sind dabei in jüngeren Entscheidungen für zahnärztliche Honorarauffälle Stundensätze ermittelt und zugrunde gelegt worden: 107,40 Euro (AG Viersen, Ur. 13.09.05, 32 C 30/05), 119,21 Euro (AG Viersen, Ur. 30.12.05, 17 C 199/05).

Heraus damit

Jeder Kieferorthopäde wird seine Behandlungsplanung gegenüber Beanstandungen des Beratungszahnarztes der PKV vertreten wollen, wofür er dessen Entbindung von der Schweige-

pflicht sowie eine Vollmacht durch den Patienten benötigt. Dann muss die Versicherung ihm die Stellungnahme des PKV-Kollegen herausgeben – auch, wenn diese nicht als „Gutachten“ bezeichnet ist, sofern die Versicherung einen externen Kieferorthopäden beauftragt hatte. Dieser Anspruch ist geklärt (Bundesgerichtshof (BGH), Urt. v. 11.06.03, IV ZR 418/02) und ergibt sich aus § 178m Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Zur Wahrung der „Waffengleichheit unter den Parteien des Versicherungsvertrages“ ist die Schwärzung des Namens des „Gutachters“ deshalb unzulässig. Dies gilt auch für sogenannte kieferorthopädische Fachgutachten, die seitens eines Universitätsklinikums für eine private Krankenversicherung erstellt werden: Weil weder die universitäre Klinik ein objektives Schutzbedürfnis hat noch der betreffende Klinikarzt ein berechtigtes Interesse, sein Inkognito zu wahren, wenn es sich um objektiv belastbare Gutachten handelt, deren Vergütung in den universitären Haushalt einfließt. Beratungszahnärzte ohne Spezialisierung auf das kieferorthopädische Fachgebiet sollten abgelehnt werden. Allgemein Zahnärzte, die sich gutachterliche Stellungnahmen zugleich zur Kieferorthopädie und auch der Implantologie zutrauen, werden von den Gesellschaften wohl aus anderen Gründen als ihres ob-

jektiven Sachverständes beauftragt. Bemerkenswert ist auch die Haltung eines Gutachters, der zwar für eine PKV Ablehnungsgutachten zu einer bestimmten Behandlungsmethode schreibt, gleichzeitig aber den Auftrag eines Zivilgerichtes für ein belastbares Gutachten für eine gerichtliche Auseinander-



Foto: Align Technology GmbH

„Noch nicht ausreichend erprobt“ – behaupten Versicherer gerne, um die Kosten für neue Verfahren, wie Invisalign® abzulehnen. Der Einwand zieht nicht unbedingt.

setzung ablehnte – mit der Begründung, ihm mangle es an Zertifizierung und eigener praktischer Erfahrung.

HKP als Prognose

Planung ist die Ersetzung des Zufalls durch den Irrtum, wie ein Richter des Bundesverwaltungsgerichtes einmal ausführte. Die Planung braucht lediglich im Zeitpunkt ante unter medizinischen Gesichtspunkten vertret-

bar gewesen sein, auf die nachträgliche Bestätigung oder Widerlegung dieser Prognose im Behandlungsverlauf kann es nicht ankommen, soweit es um die Leistungspflicht der Versicherung geht.

Der Patient kann bereits vor Beginn der Behandlung gerichtlich feststellen lassen, dass eine kie-

Das heißt, wenn sie in fundierter und nachvollziehbarer Weise das zugrunde liegende Leiden diagnostisch hinreichend erfasst und eine ihm adäquate, geeignete Therapie anwendet. Kostengesichtspunkte sind dabei nicht zu berücksichtigen.

Weit mehr als Kosmetik

Das Invisalign®-Verfahren lehnten private Krankenversicherer als Behandlung teilweise ab. Sei es, dass die geforderten medizinischen Langzeituntersuchungen noch nicht abgeschlossen seien, oder weil das Verfahren als solches einen rein kosmetischen Behandlungsansatz verfolgte.

Die Rechtsprechung hat nun den Indikationskatalog der DGKfO vom Januar 2004 erweitert bezüglich der Behandlung von Kindern und der Korrektur sagittaler Stufen (LG Koblenz, Urt. 16.05.06, 14 S 388/03). Der medizinischen Notwendigkeit stehe auch nicht entgegen, wenn lediglich geringgradige Zahnfehlstellungen mittels dieses Verfahrens korrigiert werden sollen. Denn es sei nicht abzuwarten, bis sich der Grad der Fehlstellungen erhöht habe und möglicherweise bereits Folgeschäden eintreten seien (LG Lüneburg, 5 O 86/06).

*Michael Zach
Fachanwalt für Medizinrecht
Eickener Str. 83
41061 Mönchengladbach*

Bei Stellenumwandlung

Sozialabgaben auf Abfindung fällig

Wird eine Vollzeitstelle in eine geringfügige Beschäftigung umgewandelt, muss der Arbeitgeber für die gezahlte Abfindung Sozialabgaben zahlen. Dies hat das Sozialgericht (SG) Dortmund jetzt entschieden.

Ein Angestellter hatte mit seinem Arbeitgeber vereinbart, dass sein Arbeitsverhältnis beendet werde und dieser ihn abfinde sowie als geringfügig Beschäftigten weiter anstelle. Zudem sollte er eine Abfindung erhalten – abgabenbefreit.

Jetzt kam das Veto von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV). Bei einer Betriebsprüfung forderte sie nun von dem Arbeitgeber, aus der gezahlten Abfindung (26 000 Euro) die Beiträge



Foto: bda

(„Aufhebungsvertrag“) beinhalte die Vereinbarung in der Sache die Annahme einer Änderungskündigung durch den Arbeitnehmer. Echte Abfindungen, etwa bei Verlust des Arbeits-



„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.

zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung in Höhe von rund 2 300 Euro nachzuzahlen. Dagegen klagte die Firma mit der Begründung, es handele sich um zwei rechtlich voneinander getrennte Arbeitsverhältnisse, weshalb die Abfindung beitragsfrei bleibe.

Das SG wies die Klage ab. Die DRV erhebe zu Recht Beiträge nach, denn es handele sich um einmaliges Arbeitsentgelt. Trotz anders lautender Bezeichnung

platzes, würden für eine Zeit nach Ende der Beschäftigung gezahlt und seien daher sozialabgabenfrei. Dies treffe bei Abfindungen wegen der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen jedoch nicht zu. Der Angestellte habe weiterhin eine abhängige Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt bei der Firma verrichtet.

pit/dpa

SG Dortmund
Urteil vom 20. Oktober 2006
Az.: S 34 R 217/05

Berufswechsel nicht mitgeteilt

Anspruch auf Krankentagegeld weg

Die Nichtanzeige eines Berufswechsels kann den Schutz der privaten Krankentagegeld-Versicherung kosten. Das geht aus einem in der Zeitschrift „OLG-Report“ veröffentlichten Urteil des Saarländischen Oberlandesgerichts (OLG) Saarbrücken hervor.

Eine Krankentage-Versicherung hat ein berechtigtes Interesse daran, die Arbeits- und Berufsunfähigkeit des Versicherten jederzeit prüfen zu können. Sei ihr aber dessen berufliche Tätigkeit unbekannt, so werde ihr diese Möglichkeit genommen, meinten jetzt die Oberlandesrichter in Saarbrücken. Deshalb hielten sie den Wegfall des Versicherungsschutzes für gerechtfertigt, wenn der Betreffende einen Berufswechsel verschweige.

Das Gericht wies mit seinem Urteil die Klage eines ehemaligen Lebensmittelhändlers gegen seine Krankentagegeld-Versicherung ab. Die Versicherung hatte dem Kläger fast 8 000 Euro für die Zeit gezahlt, in der er krankgeschrieben war. Später erfuhr sie, dass der Kläger entge-

gen seinen Angaben bei Versicherungsabschluss nicht mehr als Lebensmittelhändler, sondern als Versicherungsvertreter gearbeitet hatte. Sie stoppte deshalb die Leistungen und bestand auf Rückzahlung.

Das OLG sah sowohl die Leistungsverweigerung als auch die Rückforderung als berechtigt an. Der Kläger habe schuldhaft eine so genannte Obliegenheit verletzt, als er den Berufswechsel nicht mitgeteilt habe. Zwar gelte diese Mitteilungspflicht nicht, wenn der Versicherte noch einen Nebenberuf annehme. Bei einem völligen Berufswechsel sei die Rechtslage jedoch anders. pit/dpa

OLG Saarbrücken
Urteil
Az.: 5 U 267/04-36



Foto: stockdisc

Die Position der Finanzoptimierer

Im Lager des Versicherten

Ein sogenannter Finanzoptimierer ist kein Versicherungsagent, sondern ein Interessenvertreter des Versicherungskunden. So sahen es jetzt die Saarländischen Oberlandesrichter.

Eine Versicherung muss sich Angaben, die der Kunde gegenüber einem sogenannten Finanzoptimierer beim Abschluss des Versi-

trages wegen arglistiger Täuschung.

Dem hielt der Kläger entgegen, er habe den Finanzoptimierer,

auf dessen Vermittlung er den Vertrag abgeschlossen habe, mündlich von der Erkrankung unterrichtet. Das OLG ließ jedoch offen, ob dies tatsächlich der Fall gewesen war. Maßgeblich sei vielmehr, dass der Finanzoptimierer im Interesse des Versicherten und nicht der Versicherung auftrete. Bild-



Foto: Project Photo

cherungsvertrages macht, nicht als „eigenes Wissen“ zurechnen lassen. Diese Grundsätze gehen aus einem in der Zeitschrift „OLG-Report“ veröffentlichten Beschluss des Saarländischen Oberlandesgerichts (OLG) Saarbrücken hervor.

Nach dem Spruch der Saarbrückener Richter gilt das selbst dann, wenn der Finanzoptimierer von der Versicherung eine Abschlussprovision erhält. Das Gericht verweigerte mit seinem Spruch einem Versicherungskunden die Prozesskostenhilfe, weil es für eine Klage gegen dessen private Krankenversicherung keine Erfolgsaussichten sah.

Der Kläger hatte beim Abschluss einer privaten Krankenversicherung in dem Antragsformular verschwiegen, dass er unter anderem an Leberzirrhose erkrankt war. Die Versicherung erklärte daher die Anfechtung des Ver-

trages gesprochen stehe er damit „im Lager“ des Versicherten.

pit/dpa

*OLG Saarbrücken
November 2007
Az.: 5 W 138/06-46*

Juristischer Erfolg für Gmünder

Freundlicher als freundlich

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) darf sich als „kundenfreundlichste Krankenkasse Deutschlands“ bezeichnen.

Das Sozialgericht Düsseldorf wies laut Bericht der Ärzte-Zeitung den Antrag einer AOK ab, die der Gmünder Ersatzkasse entsprechende Aussagen verbieten lassen wollte. In dem Streit ging es um Ergebnisse der Verbraucherstudie Kundenmonitor Deutschland. pit/ÄZ

Robert Koch und die moderne Infektionsprävention in Deutschland

Pionier der Medizin

Nicht zuletzt durch die neuen umfangreichen Empfehlungen zur Hygiene in der Zahnmedizin ist das Robert Koch-Institut in Berlin in den Fokus der zahnärztlichen Öffentlichkeit gerückt. Der Namensgeber des Instituts, Robert Koch, ist damit wieder sehr gegenwärtig. Der engagierte Arzt, Wissenschaftler von Weltruhm und Nobelpreisträger kämpfte vor allem für eines: Die Erforschung von Infektionserkrankungen und deren Prävention.



Robert Koch 1884

Die wissenschaftliche Leistung Robert Kochs wird nicht nur in der Fachwelt geschätzt, sondern ist auch in der Allgemeinheit immer noch ein Begriff. Unter 100 Fragen wird zum Beispiel in der Rubrik VIII „Kultur und Wissenschaft“ des Einbürgerungstestes des Bundeslandes Hessen nach Robert Koch gefragt: „Welcher deutsche Arzt entdeckte die Erreger von Cholera und Tuberkulose?“

Die Deutsche Post erinnerte 2005 mit einer Briefmarke an das 100-jährige Jubiläum seiner der Nobelpreisverleihung. Wer aber war dieser Mann, der mit seinen Forschungen Weltruhm erlangte und Jahre seines

Lebens mit beschwerlichen Expeditionsreisen im Dienste der Wissenschaft zu brachte?

Robert Koch wurde am 11. Dezember 1843 in Clausthal im Harz (heute Clausthal-Zellerfeld in Niedersachsen) geboren. Sein Vater war Herrmann Koch, der den Beruf des Bergamtsleiters ausübte, seine Mutter war Mathilde Koch, geb. Biewend.

Schon 1848 besuchte er die Schule. Er studierte seit 1862 an der Georg-August-Universität in Göttingen zunächst ein Semester Physik. Dann ging er zum Studium der Medizin über, das er 1866 mit Promotion und Staatsexamen beendete. Im darauf folgenden Jahr heiratete er Emmy Adolfine Fraatz, die 1868 die Tochter Gertrud zur Welt brachte.

Seine ersten Anstellungen als Arzt hatte Koch in Hamburg, in Langenhagen bei Hannover, in Niemegk/Provinz Brandenburg und in Rakwitz/Provinz Posen. Im Krieg zwischen Deutschland und Frankreich 1870/71 meldete er sich als Freiwilliger und arbeitete in einem Feldlazarett. Nachdem er 1872 die Physikats-Prüfung abgelegt hatte, war Koch von 1872 bis 1880 Kreisphysikus des Kreises Bomst in der preußischen Provinz Posen mit Praxis in Wollstein.

Bedeutung wächst

In diesen Jahren spürte Koch immer wieder die Machtlosigkeit der Mediziner gegenüber ansteckenden Krankheiten. Zur damaligen Zeit starb in Deutschland etwa ein Siebtel der Menschen an Infektionskrankheiten. Die hygienischen Verhältnisse, vor allem der einfachen Bevölkerung, waren völlig unzureichend. Neben seiner Tätigkeit als Arzt begann Robert Koch in einem be-



Foto: Robert Koch Museum

Der Wissenschaftler bei der Arbeit in Kimberley, Südafrika, 1896

scheidenen Labor die Ursachen der Infektionskrankheiten zu erforschen.

Als ersten Mikroorganismus entdeckte er 1876 den *Bacillus anthracis*, den Erreger des Milzbrandes, einer Krankheit, die vor allem Schafe und Rinder befällt, aber auch auf den Menschen übertragbar ist. Aufwändige Experimente, bei denen Koch ein System der isolierten Züchtung von Bakterien auf Nährböden entwickelt hatte, führten zum Erfolg. Bis dahin glaubten die Mediziner, dass so genannte Miasmen, das heißt die Luft verunreinigende Gifte, die Krankheiten verursachen würden. Im Namen Malaria findet sich noch die falsche Annahme, denn Malaria bedeutet „schlechte Luft“. Koch hatte zum ersten Mal bewiesen, dass belebte Erreger die Infektionskrankheiten auslösen. Mit seiner wegweisenden Entdeckung wurde aus dem unbekanntem Landarzt Robert Koch ein bedeutender medizinischer Forscher.

Um seine Fachkollegen von seiner Entdeckung zu überzeugen, wollte Koch die Bakterien fotografieren. Eine Fotografie konnte er den Kollegen vorlegen, sie für Veröffentlichungen reproduzieren. Zudem war die fotografische Platte empfindlicher als die Netzhaut des menschlichen Auges. Die Aufnahmen machte er mit hochwertigen Mikroskopen vor allem von der Firma Carl Zeiss in Jena. Er war der erste Wissenschaftler, der Mikroskopiefotos von Mikroorganismen anfertigte. Durch besondere Färbetechniken wurden die Bakterien klar und scharf sichtbar und waren gut von anderen Objekten zu unterscheiden. Über die Möglichkeiten der Mikroskopiefotografie

äußerte sich Robert Koch gegenüber Carl Zeiss im Jahre 1878 so: „Mit Hilfe dieses Instrumentes ist es mir gelungen, nicht unwichtige Entdeckungen zu machen und, um was es mir hauptsächlich zu tun war, eins der schwierigsten mikroskopischen Objekte durch photographische Abbildungen weiteren Kreisen zugänglich zu machen ... Auch in Form der Papierabdrücke haben meine Photogramme vielen Beifall gefunden und manches Lob eingetragen, das natürlich weniger mir, als Ihren ausgezeichneten Systemen gilt. Beim Arbeiten habe ich die Überzeugung gewonnen, dass die photographischen Systeme vorzügliche Leistungen Ihrer Kunst sind.“

Hygiene verbessert

Die Aufsehen erregende Arbeit Robert Kochs wurde auch in Berlin registriert. Mit 38 Jahren wurde Koch 1880 als Geheimer Regierungsrat Leiter des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin. Dort wurde das Forschen für Koch viel leichter. Mit dem Assistenzarzt Friedrich Loeffler (1852-1915,

Entdecker der Erreger von Diphtherie und der Maul- und Klauenseuche) und dem Stabsarzt Georg Gaffky (1850-1918, ihm gelang erstmals die Züchtung des Typhusbazillus) unterstützten Koch zwei erfahrene Mitarbeiter.

Neben der Erforschung von Infektionskrankheiten verbesserte Koch mit Experimenten zur Desinfektion und Sterilisation die Hygiene bei medizinischen Behandlungen. Diese Forschungen erleichterten auch die Arbeit der Zahnärzte.

Robert Koch testete die bis dahin zur Desinfektion verwendete Karbolsäure. Er konnte beweisen, dass die Wirkung der Säure bei der Abtötung von Keimen und Sporen nur ungenügend war. Koch experimentierte mit Hitze, die zwar die Bakterien vernichtet, aber nicht die Sporen. In einer Reihe von Experimenten gelang Koch schließlich mit heißem Wasserdampf der Erfolg. Bei seinen Versuchen hatte er gesehen, dass Milzbrandsporen, die kochendem Wasser ausgesetzt waren, in Minutenfrist vernichtet wurden. Das Verfahren im trockenen Sterilisator brauchte für das gleiche Ergebnis mehr als drei Stunden.

Die Experimente Kochs wurden in der Chirurgischen Klinik in der Ziegelstraße in Berlin unter ihrem damaligen Chef, Ernst von Bergmann, in der Praxis getestet. Bergmann bescheinigte Koch, dass er mit seinen Forschungen einen entscheidenden Schritt von der Antisepsis zur Asepsis vollzogen hatte. Mit der aseptischen Behandlung von Patienten waren die Infektionen stark zurückgegangen.

Kampf der Tuberkulose

Ab 1881 forschte Koch nach dem Erreger der Tuberkulose. Wie notwendig seine Forschungen waren, mag die Tatsache verdeutlichen, dass damals in Deutschland in der Altersgruppe der 15- bis 40-jährigen jeder zweite Todesfall auf Tuberkulose zurückging. Da die Opfer als Arbeitskräfte ausfielen, hatte die Tuberkulose beträchtliche volkswirtschaftliche Folgen.

Die Krankheit Tuberkulose ist den Menschen schon seit vielen Jahrhunderten bekannt. Da der Krankheitsverlauf mit einem



Foto: RKI

Das Robert Koch-Institut in Berlin



Foto: RKI

Portrait des Wissenschaftlers im Alter

allgemeinen Verfall des Körpers einhergeht, nannte der griechische Arzt Hippokrates (zirka 460-370 vor Chr.) die Krankheit „Phthisis“ (Schwindsucht). Der Arzt Johann Lucas Schönlein (1793-1864) gab der Erkrankung 1832 den Namen Tuberkulose. Denn in der Lunge der Erkrankten hatte er sogenannte Tuberkel gefunden.

Im Jahre 1882 kam der Durchbruch: Nach einer Reihe von Versuchen mit Meerschweinchen konnte Robert Koch das „*Mycobacterium tuberculosis*“ als Erreger der Tuberkulose nachweisen. Der Öffentlichkeit präsentierte er seine Entdeckung mit seinem Vortrag „Über Tuberkulose“ im Physiologischen Institut der Universität Berlin im März 1882: Im Detail schilderte er seine Versuche und Ergebnisse anhand von Präparaten und Fotografien. Den Zuhörern der Berliner Physiologischen Gesellschaft verkündete er zum Schluss seines Vortrages folgendes: „In Zukunft wird man es im Kampf gegen diese schreckliche Plage des Menschengeschlechts nicht mehr mit einem unbestimmten Etwas, sondern mit einem fassbaren Parasiten zu tun haben, dessen Lebensbedingungen zum größten Teil bekannt sind und noch weiter erforscht werden können.“

Der wissenschaftliche Erfolg in der Medizin brachte Koch auch akademische Ämter. 1885 wurde das Hygiene-Institut an der

Universität Berlin gegründet und Robert Koch wurde der erste Ordentliche Professor für Hygiene und Direktor des Institutes. Aber den Forscher Koch drängte es wieder ins Labor. Der reine Unterricht war nicht seine Sache, er ließ sich dort vertreten.

Das Institut, die „Koch'sche Schule“, zog an Bakteriologie interessierte Ärzte aus aller Welt an. Mit Robert Koch forschten dort unter anderem die späteren Nobelpreisträger Emil von Behring und Paul Ehrlich.

Vom Forscher zum Helden

Auf Druck der preußischen Regierung blieb Koch nicht bei der Erforschung der Ursachen von Infektionskrankheiten stehen. Es wurde von ihm erwartet, ein Medikament gegen die Tuberkulose zu finden. Dies schien ihm auch zu gelingen: Mit der Vorstellung des Heilmittels Tuberkulin brach in Deutschland und vor allem in Berlin eine wahre „Kochmanie“ aus.

Auf dem X. Internationalen medizinischen Kongress 1890 in Berlin erläuterte Koch seine Suche nach einem wirksamen Mittel gegen die Tuberkulose. Die Kollegen hörten von ihm: „Trotz des Misserfolges habe ich mich von dem Suchen nach entwicklungshemmenden Mitteln nicht ab-

schrecken lassen und habe schließlich Substanzen getroffen, welche nicht allein im Reagenzglas, sondern auch im Tierkörper das Wachstum der Tuberkelbazillen aufzuhalten imstande sind.“

Die Nachricht, Koch habe ein Medikament gegen die Tuberkulose entdeckt, ließ Ärzte und Patienten nach Berlin wandern. Überall in der Stadt wurden Lungenheilstätten errichtet. Aber zum großen Teil an völlig ungeeigneten Orten. Kollegen Kochs warnen vor allzu großer Euphorie.

Genau diese Euphorie machte sich zunächst breit: Koch wurde Ehrenbürger von Berlin, ein Kaufhaus machte Werbung mit ihm. Es gab „Fanartikel“ wie Sammeltassen, Taschenuhren, Taschentücher und Fächer zu kaufen. Selbst ein Kochlied wurde gesungen und im Kabarett seine Entdeckung gepriesen.

Aber der Jubel war verfrüht. Viele Patienten starben, eine erhoffte Langzeitwirkung blieb aus. Dennoch war das Tuberkulin von Nutzen; es verbesserte die Diagnosemöglichkeiten und blieb im Kampf gegen die Tuberkulose von Bedeutung.

Trotz der Enttäuschung über den Misserfolg des Tuberkulins blieb Kochs wissenschaftliche Leistung anerkannt. Im Jahre 1890 hatte der Preußische Staat beschlossen, für Robert Koch das Institut für Infekti-



Foto: RKI

Szene einer Reise durch Ostafrika

onskrankheiten zu errichten. Von 1891 bis 1904 leitete Robert Koch das Königlich Preußische Institut für Infektionskrankheiten.

Untersuchung der Cholera

Neben der Erforschung der Tuberkulose widmete sich Koch auch anderen verheerenden Infektionskrankheiten wie Malaria, Cholera, Schlafkrankheit und Pest.



Robert Koch mit seiner zweiten Frau Hedwig in Ägypten 1896

Robert Koch leitete 1883 eine Kommission in Ägypten, um die Cholera zu untersuchen. Von Indien ausgehend hatte sich die Cholera bis nach Ägypten ausgebreitet und bedrohte nun auch Europa. Im August 1883 traf Koch, von Georg Gaffky begleitet, in Alexandria ein. Die deutsche Kommission wohnte im griechischen Hospital und begann kurz nach ihrer Ankunft mit der Obduktion einer Choleraleiche und den mikroskopischen Untersuchungen von Exkrementen der Opfer. Koch und seine Mitarbeiter fanden ein bestimmtes stäbchenförmiges Bakterium, das sich in den Wänden des Darmes der Erkrankten zeigte. Allerdings konnten sie den Erreger noch nicht zweifelsfrei bestimmen. Zudem war die Choleraepidemie in Ägypten schon fast vorbei.

Daher bat Koch den zuständigen preußischen Staatsminister Karl Heinrich von Boetticher um die Erlaubnis, die Forschungen direkt in Indien fortsetzen zu dürfen. Die Kommission bekam die Zustimmung und konnte im November 1883 von Suez die Reise nach Indien antreten. Mitte De-

zember kam die Cholerakommission in Kalkutta an.

Im Januar 1884 konnte Robert Koch nach Berlin melden, dass es ihm gelungen sei, die bereits in Ägypten als Erreger der Cholera vermuteten Bakterien in Reinkultur zu züchten. Am Ende der Untersuchungen stand der Bazillus der Cholera mit Sicherheit fest. Zu den Eigenschaften des Bakteriums äußerte sich Koch wie folgt: „Die Cholera-bakterien verhalten sich also genau wie alle anderen pathogenen Bakterien. Sie kommen ausschließlich in der ihnen zugehörigen Krankheit vor; ihr erstes Erscheinen fällt mit dem Beginn der Krankheit zusammen, sie nehmen an Zahl dem Ansteigen des Krankheitsprozesses entsprechend zu und verschwinden wieder mit dem Ablauf der Krankheit.“ Die Kommission konnte auch nachweisen, dass verunreinigtes Trinkwasser zur Ausbreitung der Krankheit führte.

Wieder nach Berlin zurückgekehrt, berichtete Koch über seine Entdeckung auf der ersten Cholerakonferenz im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Die Regierung ernannte ihn zum Mitglied der Preußischen Wissenschaftlichen Deputation und des Preußischen Staatsrates. Auch der Kaiser honorierte die Arbeit Robert Kochs. Wilhelm I. empfing den Forscher im Mai 1884 persönlich. Für den Nachweis des Cholera-bazillus erhielt er eine Zuwendung von 100 000 Mark. Damit konnten Koch und seine Frau Emmy sich im vornehmen Berliner Stadtteil Tiergarten eine Wohnung leisten.

Lange Forschungsreisen

Zwischen 1896 und 1907 machte Koch wiederholt lange Forschungsreisen. Sie führten ihn unter anderem bis nach Neuguinea und immer wieder auf den afrikanischen Kontinent. Dort gewann er tropenhygienische und parasitologische Forschungsergebnisse wie die Kenntnis der Erreger der Pest, Rinderpest, Malaria und Schlafkrankheit. Durch den Erwerb von Kolonien hatte die Tropenmedizin in Deutschland einen großen Aufschwung er-



Foto: Robert Koch Museum/Lutze

Nobelpreisurkunde von 1905

lebt. Auf seinen Reisen begleitete ihn seine zweite Frau Hedwig. 1893 hatte Koch sich von seiner ersten Frau Emmy scheiden lassen und die über 30 Jahre jüngere Hedwig Freiberg geheiratet.

In den Jahren 1906 und 1907 reiste Koch nach Deutsch-Ostafrika, dem heutigen Tansania, um die Schlafkrankheit zu untersuchen. Koch hatte bereits zweimal die Kolonie besucht als er im März 1906 mit seiner Ehefrau von Hamburg aufbrach. Sie erreichten nach 60 Tagen Seereise Deutsch-Ostafrika. Begleitet wurde Koch unter anderem von seinem langjährigen Mitarbeiter, dem Arzt Friedrich Karl Kleine (1869-1951).

Die Ursache der Krankheit hatten bereits britische Forscher weitgehend geklärt. Die Schlafkrankheit wird durch Einzeller, so genannte Trypanosomen ausgelöst, die von der Tsetsefliege übertragen werden. Robert Koch selbst hatte auf den vorangegangenen Reisen den Wirtszklus der Parasiten weitgehend erforscht. Nun wollte er vor allem eine wirksame Therapie gegen die Schlafkrankheit finden.

Der Expeditionsweg führte Koch und seine Ehefrau bis an den Viktoriasee. In den zurückliegenden Jahren waren auf den Sese Inseln fast zwei Drittel der Bevölkerung an der Schlafkrankheit gestorben. Da die Inseln bereits auf britischem Kolonialgebiet lagen, holte Koch die Erlaubnis vom britischen Gouverneur ein, dort zu for-

schon. Seine Frau Hedwig hatte wegen einer Malariainfektion die Heimreise antreten müssen.

Zunächst bot sich Koch auf der Insel eine gute Forschungssituation. Zu seinem Kollegen Kleine sagte er: „Können Sie sich einen schöneren Platz auf der Welt zum Arbeiten vorstellen? Nichts stört uns, keine Besuche und so selten Post!“ Aber Koch wurde als einziges Expeditionsmitglied krank. Sandflöhe waren in seine Zehen eingedrungen und hatten zu Entzündungen geführt.

Nach 18 Monaten Forschung kehrte Robert Koch im Oktober 1907 nach Deutschland zurück. Das Ergebnis seiner Forschungsreise war nicht vollständig befriedigend. Seine Experimente mit Atoxyl, insbesondere mit Atoxyl, brachten auch unerwünschte Nebenwirkungen. Er selbst räumte ein, dass es kein „unfehlbares Mittel“ sei. Trotzdem waren seine Versuche mit Atoxyl bedeutend im Kampf gegen die Schlafkrankheit.

dort am 27. Mai 1910. Noch zu Lebzeiten hatte Robert Koch die Einäscherung seiner Leiche verfügt. Seine Kollegen fassten den Entschluss, für ihn ein Mausoleum im Institut für Infektionskrankheiten einzurichten. Dort wurde seine Urne am 10. Dezember 1910 beigesetzt.

Nach seinem Tod wurde an Koch vielfach erinnert. Über die Jahre wurden Stiftungen, Preise, Schulen und viele Straßen in der ganzen Welt nach Robert Koch benannt. Seit 1912 trägt das Institut für Infektionskrankheiten seinen Namen.

In dem Gebäude in Berlin-Mitte, in dem einst das Physiologische Institut untergebracht war, befand sich bis vor kurzer Zeit das Robert Koch-Museum. In einem Saal des Institutes hatte Robert Koch 1882 seinen Vortrag über die Entdeckung des Tuberkelbazillus gehalten.

Am ehemaligen Luisenplatz in Berlin, dem heutigen Robert Koch-Platz, erinnert ein imposantes Denkmal an ihn. Es wurde von



Foto: Lutze

Das Robert Koch-Museum in Berlin-Mitte

Nobelpreis verliehen

Bereits 1904 hatte sich Koch von der Arbeit im Institut für Infektionskrankheiten pensionieren lassen. Höchste Ehren wurden Koch 1905 zuteil, da er als zweiter Deutscher nach Emil von Behring den Nobelpreis für Medizin erhielt. Er bekam den Preis für seine Untersuchungen und Entdeckungen auf dem Gebiet der Tuberkulose. Am 10. April 1910 traf Robert Koch mitten in der Arbeit ein schwerer Herzanfall. Die erhoffte Genesung durch eine Kur in Baden-Baden trat nicht ein. Robert Koch starb

Louis Tuaille (1862-1919) in Carrara-Marmor gehauen und 1916 dort aufgestellt. Auf dem Sockel des Denkmals ist folgendes Zitat von Robert Koch zu lesen: „Ich wünsche, dass im Kriege gegen die kleinsten, aber gefährlichsten Feinde des Menschengeschlechts eine Nation die andere immer wieder überflügeln möge.“

Kay Lutze, M.A.
Lievenstraße 13
40724 Hilden

Prof. Dr. Michael Heners – ein Nachruf

Was Michael Heners als richtig und wahr erkannte, das galt für ihn. Jeder, der mit ihm in Berührung kam, spürte dies nach wenigen Augenblicken. Um diese Lebenshaltung durchzuhalten, braucht man vor allen Dingen eines: Mut.

Mut brauchte er, um 1978 aus den vertrauten Gefilden der Universität auszubrechen und sich einer vollkommen neuen Aufgabe zuzuwenden, der Leitung einer zahnärztlichen Fortbildungsinstitution. Die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe war als erste deutsche Fortbildungsinstitution bereits gut eingeführt. Sie bestand aus einem Hörsaal, einem Büro und einer kleinen zahnärztlichen Praxis. Kurz nach seinem Dienstantritt begannen die Bauarbeiten. In zweijähriger Bauzeit entstand ein großes Haus für die Fortbildung. Vier Hörsäle und eine große Poliklinik standen zur Verfügung, nicht nur um Fortbildung zu machen, sondern auch, um Ideen zu entwickeln. Die Akademie wurde der Grundstock für neue Fortbildungskonzepte, die dem Zahnarzt Zugang zu einer besseren Praxis eröffneten. Anfang der Neunzigerjahre wurden die ersten strukturierten Fortbildungscurricula aufgelegt. Moderierte Arbeitsgruppen, Qualitätszirkelarbeit und Kurse mit reflexivem Unterricht gewannen mehr und mehr Raum im Karlsruher Programm. Fortbildung ist gut, wenn sie in der Praxis Probleme löst und das Selbstvertrauen des Zahnarztes stärkt. Dies zusammen sah Michael Heners als den Weg zur zahnärztlichen Professionalisierung.

Auch die Gestaltung von Fortbildungsinhalten braucht Mut. Insbesondere dann, wenn sie auf die zahnärztliche Wirklichkeit zielt und davon absieht, ideale Scheinwelten zu konzipieren. Michael Heners war ein Kämpfer für den Zahnarzt. Der zahnärztliche Praktiker hatte seine uneingeschränkte Hochachtung. Ihm war klar, dass die zahnärztliche Praxis die Hauptlast der Versorgung trägt und unter schwierigen



Foto: Lopata

So kannten ihn alle. Engagiert für die Sache – und für die Zahnmedizin. Hier spricht Prof. Dr. Michael Heners anlässlich der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer in Erfurt.

Bedingungen sicherstellen muss. Für ihn war der Fortbildungsteilnehmer kein Student, dem neues Wissen eingetrichtert werden musste, sondern ein Kollege mit eigenem Erfahrungshintergrund, der in der Lage war, fachliche Informationen im Praxiskontext zu bewerten, indem er sie auf ihre Umsetzbarkeit und Sinnfälligkeit prüfte. Zahnärztliche Show-Welten, die den Referenten gegen Angriffe aus dem Publikum immunisieren, lehnte er ab. Er wollte keinen Graben

zwischen einer idealisierten und einer realisierbaren Zahnheilkunde.

Auch klinische Innovation kann ohne Mut nicht gelingen. Michael Heners war ein begeisterter Prothetiker. Die Fortentwicklung seines Faches lag ihm am Herzen. Anfang der Achtzigerjahre beschrieb er als erster die „dentoalveoläre Gerüstform“. Alles was den Patienten stört, Bügel und Platten für den Oberkiefer,

nach Karlsruhe einzuladen. Der Karlsruher Vortrag blieb ein einzigartiges Ereignis. Es gelang ihm immer wieder, die Öffentlichkeit in einem perfekten Rahmen zu den Zahnärzten einzuladen. Seine vorbildliche Gastgeberchaft, sein Charme, sein Humor und seine Stilsicherheit gewannen bei den Zahnärzten Sympathien auch von Seiten, von denen man es nicht erwartet hatte. Ohne Zweifel ist auch viel Mut erforderlich, um an die Zahnmedizin einen hohen Anspruch zu stellen und diesen dann einzufordern. Zahnheilkunde war für Michael Heners Heilkunde. Das ärztliche Denken und Handeln war Leitbild seines Berufsverständnisses. Er wehrte sich gegen die Verharmlosung der Zahnmedizin als mechanistisch geprägtes Handwerk. Für ihn galt, dass der zahnärztliche Eingriff in seiner wirklichen Kompliziertheit verstanden werden musste. Naiv-technischen Vereinfachungen für die Begründung von zahnmedizinischen Komplikationen sagte er den Kampf an. Insbesondere im zahnärztlichen Gutachten bestand er in dieser Hinsicht auf äußerster Sorgfalt. Er war sehr geschätzt in seinen vielfältigen berufspolitischen Aufgaben im Kammer- wie im KZV-Bereich, sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss als auch in seinen Aufgaben als objektiver Sachverständiger der zahnmedizinischen Standesorganisationen. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Michael Heners starb am 3. Dezember als Direktor seiner Karlsruher Akademie. Sein Tod kam unerwartet. Die Lücke, die er hinterlässt, wird nicht zu schließen sein. Sein Mut wird fehlen.

Prof. Dr. Winfried Walther

Ehrungen und Wahlen auf dem Deutschen Zahnärztetag 2006

VHZMK vertreten durch Prof. Dr. Hickel



Fotos: privat

Professor Dr. Reinhard Hickel, München, ist der neue Präsident der Vereinigung der Hochschul-lehrer der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK). Er löst damit Professor Dr. Dr. Siegmund Reinert, Tübingen, in seinem Amt ab. Präsident-elect wurde Prof. Dr. Peter Rammelsberg, Heidelberg. Als Generalsekretär wird Prof. Dr. Dr. Jürgen Hoffmann, Tübingen, für die nächste Amtsperiode tätig werden. PD Dr. Dr. Matthias Folwaczny, München, wird das Amt des Schatzmeisters bekleiden. ■

Prof. Schlagenhaut ist neuer Chef der DGP

Anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP), die während des Deutschen Zahnärztetages in Erfurt stattfand, wurde in der Mitgliederversammlung der DGP der bisherige Präsident Professor Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, in seinem Amt von Professor Dr. Ulrich Schlagenhaut, Würzburg, abgelöst. Hoffmann stand als designierter DGZMK-Präsident nicht mehr für das Amt

zur Verfügung. Neuer Generalsekretär ist Dr. Wolfgang Bengel, Bensheim. Als Schatzmeister wurde Dr. Filip Klein aus Frankfurt gewählt, als Beisitzer werden zukünftig Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt, Prof. Dr. Heinz Topoll, Münster, Prof. Dr. Anton Sculean, Nijmegen, sowie Dr. Tomislav Kresic, Hünsteden, für die DGP tätig werden. ■



Dr. Norbert Grosse steuert jetzt das Schiff der APW

Anlässlich der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurde Dr. Norbert Grosse, Frankfurt/Wiesbaden, in das Amt des Vorsitzenden der Akademie Praxis und Wissenschaft berufen. Er löst da-



Foto: Schunk/spectator.dentistry

mit Dr. Günther Dohm, Ludwigshafen, ab, der nicht mehr für das Amt zur Verfügung steht, da in der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) neue Aufgaben auf ihn warten.

Die Mitgliederversammlung entschied auch, dass die dzz (Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift), die im Deutschen Ärzte-Verlag erstellt und verlegt wird, ab 2007 als Mitgliederzeit-schrift vertrieben wird. ■

Goldenen Ehrennadel ausgezeichnet. Professor Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg, (Foto unten) erhielt die Ehrenmitgliedschaft mit den Worten „in Würdigung seiner außerordent-



Fotos: DGP/Bellmann

Goldene Ehrennadel der DGZMK

Ebenso wie Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (mehr dazu in der Titelstory auf den Seiten 40/41) wurde auch Prof. Dr. Ferdinand Sitzmann, Ulm, „in Würdigung seiner besonderen Verdienste während seiner Zeit als 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie von 1983 bis 1996 sowie für seine Arbeit in der DGZMK von 1992 bis 2003 für die wissenschaftliche Zahnmedizin und die gesamte Zahnärzteschaft“ mit der

lichen Verdienste, während seiner Präsidentschaft von 1993 bis 1997 die wissenschaftliche Zahnmedizin und die DGZMK neu zu positionieren sowie die Akademie Praxis und Wissenschaft innovativ und nachhaltig zu stärken“.

Ebenso wurde Dr. Siegwart Peters, Leichlingen, mit der Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet mit dem Wortlaut: „in Würdigung seines erfolgreichen Engagements während seiner Amtszeit als Vizepräsident der DGZMK und seiner besonderen Verdienste um die multimediale Präsentation der DGZMK.“ ■



v. l. n. r.: Dr. Strathmann, Generalsekretär der DGZMK Dr. Siegwart Peters, Prof. Ferdinand Sitzmann, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und Prof. Georg Meyer

Wissenschaftliche Preise:

DGZMK-Jahresbestpreis

Den Jahresbestpreis 2006 für ihre Arbeit „Eine klinische Langzeitstudie zur Bewährung von Teleskopprothesen“ erhielten Dr. Frederick Reza Mock, Dr. Harald Schrenker sowie Prof. Dr. Helmut Stark, Bonn.

DGZMK-Colgate Forschungspreis

Der Vorstand der DGZMK zeichnete die Arbeit „Orale Gesundheit bei Schul- und Vorschulkindern in Namibia unter Berücksichtigung von Fluoridkonzentration im Trinkwasser, Klimafaktoren, Ernährung und ethnischer Herkunft (Namibia)“ von Dr. Christine Heyduck, Greifswald, mit dem zweiten Preis des DGZMK-Colgate Forschungspreises aus. Der erste Preis ging an Dr. Henrik Dommisch, Bonn.

50 Jahre Mitgliedschaft

Für seine 50-jährige treue Mitgliedschaft wurde Zahnarzt Hans Joachim Becker, Wiesbaden, besonders geehrt.

DGZMK-Award

Den Poster Award 2006 erhielten Dr. Wolfgang Hadnagy, Düsseldorf, Dr. Octavia Winkler, Essen, Prof. Helga Idel, Düsseldorf, und Dr. Brigitta Juraneck, Bitburg, für ihre Untersuchungen bezüglich der Immunabwehr im Speichel.

DGZMK-Sensodyne Poster Award

PD Dr. Dr. Johannes Kleinheinz, PD Dr. Hans-Peter Wiesmann, Dr. Thomas Szuwart und Dr. Tim Noltin, alle Münster, erhielten den DGZMK-Sensodyne Poster Award. ■



Foto: dentsply

20. DGZMK / BZÄK / DENTSPLY

Förderpreis

Bereits zum 20. Male jährte sich diese außergewöhnliche Veranstaltung, die Industrie, Wissenschaftlichen Dachverband und die Landespolitik seither gemeinsam gestalten: So wurde der Dentsply/DGZMK/BZÄK-Förderpreis im ehrwürdigen Rahmen des Erfurter Kaisersaals an junge Nachwuchswissenschaftler verliehen, die noch keinen Hochschulabschluss haben. Wie auch in den vergangenen Jahren zeigte sich, dass der wissenschaftliche Nachwuchs immer besser wird, wie Prof. Dr. Georg Meyer anlässlich seiner Begrüßungsrede lobte. Auch Dr. Dr. Weitkamp, Präsident der BZÄK, sah in der Qualität der eingereichten Arbeiten nur die Bestätigung für den wissenschaftlich hohen Standard im Berufsstand der Zahnärzteschaft. „Eine wirklich außergewöhnliche Zahl, ge-

prägt von außergewöhnlichen jungen Menschen mit außergewöhnlich guten Beiträgen und Leistungen“, lobte auch Geschäftsführer Jesch die diesjährigen eingereichten Beiträge und übergab allen Teilnehmern in Anerkennung ihrer Leistung die Teilnahmeurkunde sowie ein Geschenk.

Die ersten drei Plätze wurden in diesem Jahr belegt durch: Dr. med. univ. Bernd Markus Stadlinger (erster Preis), Dresden, für seine Arbeit „Beschichtung dentaler Implantate mittels Komponenten der Extrazellulären Matrix – Einfluss auf die Osseointegration“. Der Preisträger erhält 1 500 Euro Preisgeld sowie eine Reise in die USA zum ADA Kongress 2007 zusammen mit seinem Tutor Dr. Günter Lauer.

Der zweite Preis ging an Constanze Hirth, Giessen, (Tutor: Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel) für die Arbeit „Cyloxygenase-2:

Ein Mediator des Entzündungsstoffwechsels mit Einfluss auf die Tumorprogression“. Die junge Nachwuchswissenschaftlerin erhielt 1 500 Euro, der Tutor wird mit einem Wochenende für zwei Personen in Konstanz belohnt. Philipp Krämer aus Freiburg (Tutorin: Prof. Dr. Irmitrud Jonas) wurde für seine Arbeit „Systematische Erfassung der 3-D-Kraft / Drehmomentsysteme bei unterschiedlichen Zahnfehlstellungen und Drahtbogenmaterialien“ mit dem dritten Platz belohnt und erhielt 1 000 Euro. Die Tutorin darf ein Wochenende für zwei Personen in Konstanz verbringen. Insgesamt waren in den vergangenen 20 Jahren 320 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Universitäten aus Deutschland, der Schweiz und Österreich am Wettbewerb beteiligt. Der Förderpreis wird von Dentsply ausgerichtet, von der DGZMK wissenschaftlich getragen und von der BZÄK unterstützt. ■

Ehrungen der DGP

Dissertationspreis

Den Dissertationspreis der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, der mit je 750 Euro dotiert ist, erhielten Dr. Roßberg, Frankfurt sowie Dr. Murawel aus Berlin.

APW-Posterpreis

Der APW-Posterpreis ging an Dr. Manger aus Wernigerode.

Posterbestpreis

Posterbestpreise mit je 550 Euro erhielten Dr. Roßberg, Frankfurt,



Foto: GABA

V.l.n.r.: Prof. Dr. Peter Meisel, Dr. R Hinrichs, Prof. Dr. U. Schlagenhauf und Prof. Dr. T. Kocher

meridol®-Preis

Der insgesamt mit 6 000 Euro dotierte meridol®-Preis, auslobt von der DGP in Zusammenarbeit mit der GABA GmbH, wurde zum dritten Mal verliehen. In der Kategorie „Grundlagenforschung, Ätiologie und Pathogenese“ erhielt die Arbeitsgruppe um Peter Meisel, Greifswald, den ersten Preis (2 000 Euro). Den zweiten Preis mit 1 000 Euro erhielten Arndt Güntsch und Mitarbeiter aus Jena. In der Kategorie „Klinische Studien“ wurde die Arbeitsgruppe um PD Dr. Pia-Marete Jervøe-Storm, Bonn, mit dem ersten Preis (2 000 Euro) ausgezeichnet. Bettina Dannewitz, Heidelberg, und Mitarbeiter wurden mit dem zweiten Preis (1 000 Euro) geehrt.

Dr. Felix Krause, Bonn, sowie Tobias R. Hahn, Düsseldorf.

Kurzvorträge

Den ersten Preis für den besten Kurzvortrag der letzten Jahresveranstaltung ging mit 750 Euro an Dr. Alice Kiss, der zweite Preis mit 500 Euro an Dr. Arndt Güntsch.

Praktikerbestpreis

500 Euro und den Praktikerbestpreis ergatterten Dr. Bröseler sowie Dr. Tietmann für ihre besonderen Leistungen.

Spezialisten der DGP

Insgesamt sind anlässlich der Jahrestagung 15 Spezialisten der DGP neu ernannt worden, 22 erhielten ihre Folgezertifikate. sp

DGP-Ehrennadel 2005

Anlässlich der Jahrestagung in Erfurt nahm der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, die Ehrennadel der DGP in Empfang, die ihm bereits im vergangenen Jahr verliehen wurde. Wie der damalige DGP-Präsident Prof. Dr. Thomas



Foto: DGP/Bellmann

Hoffmann betonte, wurde dadurch das große Engagement Weitkamps um die Belange der Parodontologie anerkannt. „Parodontologie gehört in jede Praxis“, erklärte der BZÄK-Präsident in seiner Dankesrede. Das PAR-Geschehen in der zahnärztlichen Versorgung werde in Zukunft einen immer größeren Stellenwert einnehmen. So sei zum Beispiel zu überlegen, das Festzuschuss-System auf den PAR-Bereich auszudehnen. pr



Foto: GABA

V.l.n.r.: Dr. R. Hinrichs, Prof. Dr. E. Glockmann, Dr. Arndt Güntsch, Prof. Dr. P. Eickholz, Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Prof. Dr. Dr. Søren Jensen, Dr. Pia-M. Jervøe-Storm, Dr. H. AlAhadab, E. Semaan

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 112

BUSCH

Perfekte Instrumente zur Zahnreinigung



Die passenden Instrumente für die Zahnreinigung und Politur sowie für die erweiterte Fissurenversiegelung hat Busch in einem Set zusammengestellt. Die Reinigung der Zähne erfolgt mithilfe von Silikonkehlchen und Nylonbürsten. Für eine erweiterte Fissurenversiegelung steht ein ge-

eigneter Feinkorn-Diamantschleifer zur Verfügung. Die Fissuren werden nach erfolgter Versiegelung gegebenenfalls nachgearbeitet. Hierfür sind Silikonpolierer vorhanden. Die Instrumente sind übersichtlich auf einem Busch Steri-Safe Instrumentenständer mit Sicherheitsbügel aufgesteckt.

BUSCH & CO. KG
Unterkaltenbach 17-27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 22 63 / 860
Fax: 0 22 63 / 207 41
<http://www.busch.eu>
E-Mail: mail@busch.eu

Coltène/Whaledent

Präzise abformen in Silber und Gold



Mit Affinis Precious von Coltène/Whaledent steht eine neue Generation von Korrekturmaterien in den Startlöchern: Die Oberflächenaffinität wurde so optimiert, dass selbst in kritischen Situationen die sofortige Benetzung der Zahnflächen gewährleistet ist, auch im feuchten Umfeld. Um den Erfolg der Abformung zu beurteilen, wurde die Detail-Lesbarkeit deutlich verbessert. Die Wash- oder Korrekturmaterien erstrahlen in

Gold und Silber und ermöglichen eine gute Beurteilung. Affinis Precious und die Affinis Löfelfmaterialien haben eine aufeinander abgestimmte, kurze Mundverweildauer. Nach nur zwei Minuten ist die Abformung ausgehärtet. Zwei Konsistenzen stehen zur Wahl: Ein dünnfließendes, silbriges sowie ein mittelfließendes, goldenes Wash- beziehungsweise Korrekturmaterien, die mit dem gesamten Affinis Programm kombinierbar sind.

Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 805 - 0
Fax: 0 73 45 / 805 - 201
<http://www.coltenewhaledent.biz>
E-Mail: productinfo@coltenewhaledent.de

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

Corona

Modernstes Fräs Zentrum Süddeutschlands



Modern eingerichtet, technisch perfekt ausgestattet und bis auf den letzten Platz mit neugierigen Gästen gefüllt – so präsentierte sich Süddeutschlands modernstes Lava-Fräszentrum bei seiner Eröffnung am 14. Oktober. Für einen Nachmittag luden Gründer Rupprecht Semrau und seine Familie interessierte Zahnärzte und Zahntechniker aus ganz Bayern zur Besichtigung des hoch modernen Corona Lava Fräsentrums nach Starnberg ein. Rund 120 Behandler und Zahntechniker waren gekommen und informierten sich über die Vorzüge

metallfreier Restaurationen aus Lava-Vollkeramik. Dabei demonstrierte Zahntechniker Jan-Holger Bellmann aus Rastede, welche ästhetischen Möglichkeiten in Lava-Zirkonoxid stecken, und Zahnarzt Dr. Ungermann aus Tettnang erklärte, warum ihm mit Restaurationen aus Zirkonoxid die Zahnmedizin wieder mehr Spaß macht. Dr.-Ing. Daniel Suttor, Business Development Manager Lab & Lava bei 3M Espe, nutzte die Gelegenheit und stellte das Entwicklungspotenzial von 3M mit seinen weltweit über 70 000 Beschäftigten dar.

Corona
Lava Fräs Zentrum Starnberg
Münchner Straße 33
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51 / 55 53 88
Fax: 0 81 51 / 73 93 88
<http://www.lavazentrum.de>
E-Mail: info@lavazentrum.de

DMG

Erneut beste Bewertung für Honigum



Das unabhängige US-Testinstitut „The Dental Advisor“ nahm 50 A-Silikon-Abformmaterialien kritisch unter die Lupe. Mit einem „clinical rating“ von 97 Prozent erreichte Honigum von DMG die beste Bewertung aller Materialien. Das bestätigt die bereits früher an Honigum verbundene Höchstbewertung von fünf Pluszeichen und ist eine erneute Anerkennung der Materialeigenschaften des Präzisions-

abformmaterials. Dank der DMG patentierten rheologischen Matrix gewährleistet Honigum einerseits exzellente Stabilität, bietet aber dennoch eine gute Fließfähigkeit unter leichtem Druck. Feinste Details, auch unterhalb der Präparationsgrenze, können hoch präzise wiedergegeben werden. Zudem verfügt Honigum über eine hohe Reißfestigkeit, ein exzellentes Rückstellvermögen und hohe Elastizität.

DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH
Elbgaustraße 248
22547 Hamburg
Tel.: 08 00 / 364 42 62
<http://www.dmg-dental.com>
E-Mail: info@dmg-dental.com

Dürr Dental

Besonders leise absaugen



Mit der Spraynebel-Absaugung bei der Behandlung leistet das Absaugsystem einen wesentlichen Beitrag zu Praxishygiene und Infektionsschutz. Zwar lässt sich durch den hohen Volumenstrom von bis zu 300 Litern pro Minute eine Geräuschkentwicklung nicht ganz vermeiden, sie sollte aber möglichst dezent bleiben. Die Kanülen von Dürr Dental sind dabei erste Wahl – eine unabhängige wissenschaftliche Untersuchung des Fraunhofer Instituts für Bauphysik hat

ihnen besonders niedrige Geräuschpegel bescheinigt. Demnach sind die Universalkanüle III und die Universalkanüle Petito für Kinder von Dürr Dental deutlich leiser als Produkte von anderen Herstellern. Eine weitere Innovation stellt die Drehhülse mit Nebenlufteinlässen dar, die zusätzliche Sicherheit beim Absaugen bietet. Sie wird zwischen Kanüle und Saughandstück gesteckt und sorgt durch die Nebenluft für einen kontinuierlichen Luftstrom. Er reißt auch dann nicht ab, wenn sich die Kanüle einmal festsaugen und blockieren sollte.

Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höfingheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 290
Fax: 0 71 42 / 213 96
<http://www.duerr.de>
E-Mail: barnowski.c@duerr.de

Philips

Prophylaxe-Coaching in KFO-Praxen



Über 500 Kieferorthopäden und Mitarbeiter aus KFO-Praxen haben bislang an den Prophylaxe-Basiskursen von Dent-x-press teilgenommen. Jetzt bietet das Unternehmen individuelles Prophylaxe-Coaching in KFO-Praxen an. So wird das im Basiskurs erworbene Wissen weiter ausgebaut und das Prophylaxe-Kon-

zept in die Praxis integriert. Angeboten werden zwei Coaching-Modelle mit den Schwerpunkten „kaufmännisch“ und „medizinisch“. Empfohlen werden die Ein-Tages-Coachings von Philips Sonicare. Philips übernimmt 50 Prozent der Kosten. Nähere Informationen sind unter www.dent-x-press.de oder unter der Telefonnummer 089 / 552 639 - 0 erhältlich.

Philips GmbH
UB Elektro-Hausgeräte
Lübecker Tordamm 5
20059 Hamburg
Tel.: 0 72 49 / 95 25 74
Fax: 0 72 49 / 10 77
<http://www.sonicare.de>

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

GABA

Junior-Zahnpasta für das Wechselgebiss



Die neue elmex Junior Zahnpasta von Gaba ist auf die Anforderungen während des Zahnwechsels abgestimmt: Sie enthält 1400 ppm Fluorid aus Aminfluorid, das sich schnell auf der Zahnoberfläche verteilt und dort eine fest haftende Deckschicht bildet, die den Zahnschmelz noch Stunden nach

dem Zähneputzen mineralisiert. Eine In-vitro-Studie bestätigt die Wirkung der Junior-Zahnpasta gegenüber Zahnpasten mit geringeren Fluoridkonzentrationen. Ein interner Bericht kam zu dem Ergebnis, dass die Konzentration von 1 400 ppm Fluorid aus Aminfluorid zu einer besonders hohen Fluoridaufnahme in den Zahnschmelz und damit zu einer besonders guten Mineralisation führt. Die Fluoridkonzentration in den obersten Schmelzschichten ist signifikant höher als nach der Verwendung von Zahnpasten mit niedrigeren Fluoridkonzentrationen.

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

GO DENT

Beratungsgespräch via WebCam



Um den täglichen Arbeitsablauf interessierter Zahnärzte und Labore nicht unnötig zu belasten und gleichzeitig die Beratungsqualität zu optimieren, bieten die Modellspezialisten von Go Dent eine neuartige und für den Kunden praktische Form der Produktpräsentation an: das Beratungsgespräch via WebCam. Die Beratung erfolgt mittels einer Kamera, mit der die Präsen-

tations-Bilder in klarer Qualität direkt auf den PC des Betrachters übertragen werden. Die entsprechenden Erläuterungen erhält der Interessent parallel per Telefon. Go Dent bietet diesen in Deutschland bisher einmaligen Service täglich von Montag bis Freitag zwischen 8.00 und 21.00 Uhr an. Damit kann die Beratung in aller Ruhe und ohne zeitlichen Druck auch außerhalb der Praxis- oder Laborzeiten erfolgen.

GO DENT GmbH
Austraße 17
74613 Öhringen
Tel.: 0 79 41 / 95 86 68
Fax: 0 79 41 / 95 86 69
<http://www.godent.de>
E-Mail: godent@web.de

GC Germany

Zeit sparendes Einkomponentensystem



Kompositrestaurationen im Mehrschichtverfahren unter Verwendung eines Dentinadhäsivsystems zählen heutzutage zum Behandlungsstandard. Um den Zeitruck zu mindern, bietet sich ein selbststärzendes Einkomponentensystem an. Bei GC G-Bond von GC Germany ist weder die absolute Trockenlegung noch das Anätzen des Zahnschmelzes notwendig. Ebenso verkürzt das einfache Auftragen

des Einphasenmaterials die Verarbeitungsdauer enorm. Weil das Adhäsiv keine absolute Trockenlegung benötigt, sinkt die Gefahr von postoperativen Empfindlichkeiten. Eine zu starke Austrocknung der Pulpenausläufer in den Dentinkanälchen führt zu Irritationen und somit zu Symptomen von Aufbissempfindlichkeiten bis hin zur manifesten Pulpitis. GC G-Bond schützt die Pulpenausläufer aktiv durch einen Füllerteil von fünf Prozent, der die Dentintubuli zusetzt und abdichtet.

*GC Germany GmbH
Paul-Gerhardt-Allee 50
81245 München
Tel.: 0 89 / 89 66 74 - 0
Fax: 0 89 / 89 66 74 - 29
<http://www.gcgermany.de>
E-Mail: info@gcgermany.de*

DeguDent

Referentenvermittlung online

DeгуConsult
Kunden entwickeln

Einfacher geht es nicht: An den PC setzen, auf www.degudent.de über die Rubrik Fortbildung & Veranstaltungen die DeguConsult Referentenagentur anklicken, den gewünschten Schwerpunkt angeben, die Profile der Trainer anschauen, eine Auswahl treffen und per Mail zur Klärung aller weiteren Modalitäten Kontakt mit DeguDent aufnehmen. Schon kommt das Thema in Gestalt eines Referenten direkt zur Weiterbildung. So funktioniert die Aus-

wahl ausgesuchter Referenten über die neue DeguConsult-online-Information: Neben Zahnärzten und Zahntechnikern stehen dazu auch Trainer aus Bereichen wie Marketing und Kommunikation bereit. Die Themen sind dabei so vielfältig wie die Dentalwelt: Die Bandbreite der Angebote reicht von A wie Abrechnung bis Z wie Zirkonoxid.

*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*

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

Münster Tucker-Study-Club

Neues vom Gold-Standard



Ende August fand in Münster das Jahrestreffen der „Academy of Dr. Tucker“ - Studiengruppen statt, von denen es weltweit mehr als 50 gibt. Eingeladen hatte der Münster Tucker Study Club „Goldfinger“. Im Vordergrund stand das Bemühen um den perfekten Randabschluss bei Gold-Inlays nach der Technik von Dr. Richard V. Tucker im Bereich der klinischen Arbeit. Da die Goldversorgung des Zahnes auch heute noch die dauerhafteste Restauration darstellt, ist es wichtig, die geeignete Goldlegierung auszuwählen. Tucker hat Kriterien für eine Goldlegie-

rung erarbeitet, die bei der Legierung JRVT von Jensen erfüllt werden. Die Teilnehmer erwartete eine Kombination aus Vorlesungen, praktischem Arbeiten am Patienten sowie internationalem kollegialen Gedankenaustausch. Abschluss des Treffens war die offene Vorlesung von Dr. Richard D. Tucker, Sohn des Gründers der Academy, der den Zahnärzten die spezielle Inlay-Technik näher brachte.

*Münster Tucker Study Club
Dr. Albert Scherer
Warburgerstraße 57
33098 Paderborn
E-Mail: Albert.Scherer@t-online.de*

Cumdente

Exakte Bissmessung mit T-Scan II



Das T-Scan II System von Cumdente ermöglicht die direkte Verfolgung und Messung der Entstehung von Okklusion und Artikulation im Mund. Es bietet Sicherheit bei Funktionsanalysen, aber zum Beispiel auch beim Einschleifen von keramischem und implantatgetragenen Zahnersatz. Mittels feinsten Sensoren und detaillierter Analyse der Lastverteilung in Relation zur Echt-

zeit kann der Biss exakt gemessen und dokumentiert werden. Anhand klar strukturierter zwei- und auch dreidimensionaler Grafiken können Problemstellen ermittelt und dem Patienten veranschaulicht werden. Aus den durch T-Scan II ermittelten Daten können zusätzlich wichtige Informationen zur intercuspidalen Kraftentwicklung und zum Zustand der Kaumuskulatur gewonnen werden.

*Cumdente GmbH Tübingen
Konrad-Adenauer-Straße 9-11
72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 975 57 21
Fax: 0 70 71 / 975 57 22
<http://www.cumdente.de>
E-Mail: info@cumdente.de*

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

VITA

Erfolgreicher Start der ToothEvent-Reihe



Vita präsentierte Anfang September 2006 im Leipziger Oldtimermuseum Da Capo die erste Veranstaltung der Eventreihe Vita ToothEvent. Unter dem Motto „Vita präsentiert Ästhetik“ zeigten vier Referenten in informativen Fachvorträgen und Live-Demonstrationen, welches große Potenzial die herausnehmbare Prothetik bietet. Im Mittelpunkt des ersten ToothEvents in Leipzig standen die ästhetischen Möglichkeiten in der

Total- und Teilprothetik. Dr. Eugen End, Zahnarzt und Entwickler der Zahnlinie Vita Physiodens und des Aufstellkonzeptes Vita BLP, Bio-Logische Prothetik, referierte über das Thema der ästhetischen Frontzahnauflistung. ZTM Viktor Fürgut demonstrierte die individuelle Zahnfleischgestaltung. Auf Grund des positiven Feedbacks wird die Veranstaltungsreihe im Jahr 2007 fortgesetzt.

*VITA Zahnfabrik H. Rauter
GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 562 - 231
Fax: 0 77 61 / 562 - 510
<http://www.vita-zahnfabrik.de>
E-Mail:
s.wolz@vita-zahnfabrik.com*

Wrigley Oral Healthcare Programs

Pflegepastille gibt sauberes Mundgefühl

Seit Oktober gibt es eine Neuheit von Wrigley Oral Healthcare Programs: Die Pflegepastille für Zunge und Mund. Das Lutschen der innovativen Minzbonbons mit der lamellierten Oberfläche aus Mikrogranulaten führt zu einer signifikanten Bakterienreduktion um bis zu 74 Prozent auf der Zunge und im Mund. Zudem bescheidenen Konsumenten den zuckerfreien Pastillen einen spürbaren Reinigungseffekt und guten Geschmack. Damit runden Wrigley's Extra Professional Mints als praktische Mundpflegeergänzung für zwischendurch die Prophylaxe-Empfehlungen von Zahnärzten ab. Zudem stimulieren die Pastillen den Speichelfluss, fördern die Säureneutrali-



sation, den Anstieg des pH-Wertes im Mund und sind nicht erosiv. Bestellformulare können Zahnärzte per Fax unter 089 / 66 510 457 anfordern oder direkt im Internet unter www.wrigley-dental.de bestellen.

*Wrigley Oral Healthcare Programs
Biberger Str. 18
82008 Unterhaching
<http://www.wrigley-dental.de>
E-Mail: info@wrigley.de*

Ivoclar Vivadent

Wettbewerb „Okklusaler Kompass“



Ivoclar Vivadent sponsert gemeinsam mit dem Implantathersteller Camlog den Internationalen Wettbewerb „Okklusaler Kompass“, der vom deutschen Verlagshaus Teamwork Media durchgeführt wird. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit des zahntechnischen Handwerks aufzuzeigen. Die drei Erstplatzierten erhalten Geldpreise im Wert von 3 000 Euro für Platz eins, 2 000 Euro für Platz zwei und 1 000 Euro für Platz drei. Wer den schönsten Fall mit Verbundwerkstoffen von Ivoclar Vivadent löst, hat Chancen auf einen einzigartigen Sonderpreis: Der Gewinner kann mit einer

Begleitperson im April 2007 unvergessliche Tage beim 32. America's Cup, der bekanntesten Segel-Regatta der Welt, gewinnen. Teilnahmeberechtigt sind alle Zahntechniker, auch Arbeitsteams werden angesprochen. Nähere Informationen sind telefonisch unter 08243 / 9692-0 oder per E-Mail (service@teamwork-media.de) bei teamwork media erhältlich. Teilnahme-schluss ist der 26. Januar 2007.

Ivoclar Vivadent AG
Benderstraße 2
FL-9494 Schaan
Tel.: +423 235 35 35
Fax: +423 235 33 60
<http://www.ivoclarvivadent.com>
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com

Wieland

Eingefärbter AGC Glanzzusatz



Der überarbeitete AGC Glanzzusatz von Wieland ist zur Verwendung in den Systemen AGC Micro und Micro Plus vorgesehen. Mit der Einfärbung ergibt sich eine Reihe von Verbesserungen, die Galvanoarbeiten noch at-

traktiver machen: Sie ermöglichen eine optische Kontrolle, ob bereits Glanzzusatz verwendet wurde, geben Sicherheit und eine Verbesserung im Handling. Der Glanzzusatz kann bei den Stumpfmaterialien Gips, Kunststoff und Metall verwendet werden.

Wieland Dental + Technik
GmbH & Co. KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 0 8 00 / 943 52 - 63
Fax: 0 72 31 / 370 51 25
<http://wieland-dental.de>
E-Mail: info@wieland-dental.de

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

3M ESPE

Neu: präzise A-Silikone



Mit der Entwicklung von Express 2 hat 3M Espe die nächste Generation der VPS-Abformmaterialien für die Doppelmisch- und Korrekturtechnik eingeläutet. Es vereint klinisch relevante Eigenschaften für sehr hohe Passgenauigkeit von indirekten Restaurationen: präzise Wiedergabe der Präparationsgrenze durch gute Hydrophilie und glänzende Fließeigenschaften, sehr gute Dehnfestigkeit und nahezu 100 Prozent Rückstellvermögen nach der Entnahme der Abformung aus dem Mund des

Patienten. Mit der Express 2 Produktfamilie steht eine große Bandbreite von Abformmaterialien für viele Anwendungsbereiche und Techniken bereit: vier Löffelmaterialien und fünf dünnfließende Materialien.

3M ESPE AG
Espe Platz
82229 Seefeld
Tel.: 08 00 / 275 37 73
(kostenlos)
Fax: 08 00 / 329 37 73
(kostenlos)
<http://www.3mespe.com>
E-Mail: info3mespe@mmm.com

Beycodent

Neue Module für Prisma 3000



Das Abrechnungsprogramm Prisma 3000 von Beycodent wurde um zwei neue Module erweitert: Das PAR-Modul ermöglicht die komplette parodontologische Abrechnung einschließlich übersichtlichem Zahn-

schema und Formularausdruck. Der Menüpunkt Kieferbruch ergänzt und umfasst die Leistungserfassung und Abwicklung mit sämtlichen Formularen. Beide Module wurden nach dem Prinzip des Prisma-Explorers gestaltet.

BEYCODENT-Software
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44 / 92 08 30
Fax: 0 27 44 / 93 11 23
<http://www.software.beycodent.de>
<http://www.prisma.beycodent.de>
E-Mail: infoservice@beycodent.de

KaVo

Schnelle und sichere Sterilisation

Mit dem neuen Sterilisator Stericlave B ergänzt KaVo sein Produktportfolio im Hygienebereich. In Kombination mit dem Quattrocare Gerät steht ein Hygiene- und Pflegeprogramm für reine und hygienisch wiederaufbereitete Instrumente zur Verfügung. Direkt nach der Behandlung werden die Instrumente im Quattrocare gereinigt und gepflegt, verpackt und anschließend im Stericlave B sterilisiert. Spezielle Tüten und Trays komplettieren das Angebot. Neben



sieben Programmen, aus denen der Anwender wählen kann, besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Bowie & Dick oder Vakuum Tests. Als Autoklave der Klasse B, ist der Stericlave B für alle Sterilisationsgüter sowie alle Arten von Sterilisationsverpackungen uneingeschränkt einsetzbar.

*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*

Dental-Elan

PZR Postkarten jetzt in Din Lang

Mit den neuen PZR Postkarten in Din Lang lädt Dental-Elan Patienten in die Praxis ein und ergänzt die vorhandenen PZR Bonus-Karten und Poster zur Patientenbindung. Die Ansichtskarten profitieren von dem hohen Sympathiewert, der dem Medium Postkarte entgegengebracht wird. Wie die kleinen Foto-Recallpostkarten mit den Motivationsbildern zeigen auch die „PZR Postkarten“ ein schönes Lächeln, verbunden mit Lebensfreude. Damit schaffen sie Aufmerksamkeit für die Textinformation, die am Bildrand er-



klärt, welche Leistung die Praxis erbringt. Die Karte lässt sich weiterhin als Standard-Postkarte versenden.

*Dental-Elan
Am Leiderat 9
67434 Neustadt
Tel.: 0 63 21 / 35 51 86
Fax: 0 63 21 / 38 51 84
<http://www.dental-elan.de>
E-Mail: L.Hechel@t-online.de*



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 27. 1. 2007 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:

- 3M ESPE** – Neu: präzise A-Silikone (S. 111)
- Beycodent** – Neue Module für Prisma 3000 (S. 111)
- BUSCH** – Perfekte Instrumente zur Zahnreinigung (S. 107)
- Coltène/Whaledent** – Präzise abformen in Silber und Gold (S. 107)
- Corona** – Modernstes Fräszentrum Süddeutschlands (S. 107)
- Cumdente** – Exakte Bissmessung mit T-Scan II (S. 110)
- DeguDent** – Referentenvermittlung online (S. 109)
- Dental-Elan** – PZR Postkarten jetzt in Din Lang (S. 112)
- DMG** – Erneut beste Bewertung für Honigum (S. 107)
- Dürr Dental** – Besonders leise absaugen (S. 108)
- GABA** – Junior-Zahnpasta für das Wechselgebiss (S. 108)
- GC Germany** – Zeit sparendes Einkomponentensystem (S. 109)
- GO DENT** – Beratungsgespräch via WebCam (S. 108)
- Ivoclar Vivadent** – Wettbewerb „Okklusaler Kompass“ (S. 111)
- KaVo** – Schnelle und sichere Sterilisation (S. 112)
- Münster Tucker-Study-Club** – Neues vom Gold-Standard (S. 110)
- Philips** – Prophylaxe-Coaching in KFO-Praxen (S. 108)
- VITA** – Erfolgreicher Start der ToothEvent-Reihe (S. 110)
- Wieland** – Eingefärbter AGC Glanzzusatz (S. 111)
- Wrigley** – Pflegepastille gibt sauberes Mundgefühl (S.110)

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
 Universitätsstr. 73, 50931 Köln
 Postfach 41 01 69, 50861 Köln
 Fon: (02 21) 40 01-251,
 Leserservice Fon: (02 21) 40 01-252,
 Fax: (02 21) 4 00 12 53
 E-Mail: zm@zm-online.de
 http://www.zm-online.de
 ISDN: (0221) 4069392

Redaktion:

Egbert Maibach-Nagel,
 Chefredakteur, mn;
 Gabriele Prchala, M.A.,
 Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte,
 Leserservice), pr;
 Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d. L.
 (Wissenschaft, Dentalmarkt), sp;
 Marion Pitzken, M.A.,
 (Praxismanagement, Finanzen, Recht) pit;
 Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV,
 Technik, zm-online/newsletter), ck;
 Susanne Theisen, M.A., (Volontärin), sth

Gestaltung: Piotr R. Luba,
 Karl-Heinz Nagelschmidt, Margret Wallisch

Für dieses Heft verantwortlich:

Egbert Maibach-Nagel

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

Verlag, Anzeigendisposition Vertrieb und Herstellung: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Anschrift des Verlags:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
 Dieselstr. 2, 50859 Köln;
 Postfach 40 02 54, 50832 Köln,
 Fon: (0 22 34) 70 11-0,
 Fax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515.

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:
 Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:
 Norbert Froitzheim
 Froitzheim@aerzteverlag.de
 http://www.aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf
 Pinsdorf@aerzteverlag.de

Vertrieb:

Nicole Schiebahn
 Schiebahn@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler,
 Uhlandstr 161, 10719 Berlin,
 Fon: 0 30/88 68 28 73,
 Fax: 0 30/88 68 28 74,
 E-Mail: kneiseler@aol.com
Mitte/Südwest: Dieter Tenter,
 Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad,
 Fon: 0 61 29/14 14,
 Fax: 0 61 29/17 75,
 E-Mail: d.tenter@t-online.de
Süd: Ratko Gavran,
 Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
 Fon: 0 72 21/99 64 12
 Fax: 0 72 21/99 64 14
 E-Mail: Gavran@gavran.de

Konten: Deutsche Apotheker- und Ärztebank,
 Köln, Kto. 010 1107410
 (BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506
 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste
 Nr. 48, gültig ab 1. 1. 2006.

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



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

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Lt. IWV 3. Quartal 2006:
Druckauflage: 80 983 Ex.
Verbreitete Auflage: 79 809 Ex.

Ausgabe A
Druckauflage: 79 633 Ex.
Verbreitete Auflage: 72 803 Ex.
96. Jahrgang
ISSN: 0341-8995

Inserenten dieser zm-Ausgabe

APW Akademie Praxis und Wissenschaft Seite 13	Gendex Dental Systems GmbH Seite 57
BAI-Edelmetall AG Seite 73	Heraeus Kulzer GmbH Seite 35
BEGO Bremer Goldschlägerei – Wilh. Herbst GmbH & Co. KG Seite 93	InteraDent Zahn-technik AG Seite 41
BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG Seite 91	Kettenbach GmbH & Co. KG 2. Umschlagseite
Beycodent Beyer + Co. GmbH Seite 101	Nobel Biocare AB 3. Umschlagseite
Chemische Fabrik Kreussler & Co. GmbH Seite 9	NSK Europe GmbH Seite 17
Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG Seite 5 und 75	Planmeca GmbH Seite 31
CompuDENT Praxis-computer GmbH & Co. KG Seite 97	proDentum Dental-technik Seite 77
computer konkret AG Seite 73	Rabidental GmbH Seite 95
DampSoft Software-Vertriebs GmbH Seite 19	SDI Limited Seite 49
Dental Magazin Seite 59 und 87	Sirona Dental Systems GmbH Seite 15
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Leserreise Seite 39	Spectator Dentistry Seite 80 und 81
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung Seite 51, 67 und 139	Straumann GmbH Seite 73
DGI e.V. Seite 11	TEC Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Endodontie Seite 21
DUX Dental BV Seite 69	Trinon Titanium GmbH Seite 85
EOS Health AG Seite 99	W&H Deutschland GmbH & Co. KG Seite 23 und 109
Gaba GmbH 4. Umschlagseite	Wieland Dental + Technik GmbH & Co. KG Seite 7
	Zahnärztliche Mitteilungen / Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Seite 55
	Zahnersatz:Müller Seite 109

Patientenberatung in Schleswig-Holstein

Positive Jahresbilanz

Rund 51 000 Schleswig-Holsteiner haben in den letzten elf Jahren die zahnärztliche Verbraucherberatung im Lande in Anspruch genommen, mit steigender Tendenz. Im vergangenen Jahr verzeichnete die Patientenberatungsstelle fast 7 000 Anfragen. In einer Befragung bekräftigten 98 Prozent der Ratsuchenden, jederzeit wieder eine solche Beratung in den Räumen der Verbraucherzentrale in Anspruch zu nehmen.“ Im Mittelpunkt der Patientenfragen stehen mit 66 Prozent Behandlungsmöglichkeiten wie Implantate, Zahnersatz oder Füllungsalternativen. An zweiter Stelle folgen mit 14 Prozent allgemeine Fragen zum Beispiel nach Praxis-spezialisierungen, Behindertenbehandlung oder Meldungen in den Medien. Weitere Fragenkomplexe beziehen sich auf Kosten zahnärztlicher Leistungen, auf die Praxisgebühr, die Ge-

sundheitsreform sowie auf Regresse und allgemeine Beschwerden. Mehr als drei Viertel der Ratsuchenden sind älter als 50 Jahre. In diesem Jahr gab es 6 885 Anfragen bei der Zahnhotline, dies sind im Schnitt mehr als 29 Anfragen pro Tag. 2001 waren es noch tägliche 19 Anrufe, Briefe, Faxe oder E-Mails im Durchschnitt. pr/pm

Universität Homburg/Saar

Frisch gewählter Forschungsdekan

Professor Dr. Matthias Hannig, Chef der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde in der Universitätszahnklinik Homburg/Saar, ist aktuell zum Forschungsdekan der Medizinischen Fakultät am Universitätsklinikum des Saarlandes gewählt worden. sp

Jugendzahnpflege in Kaiserslautern

Seit 20 Jahren aktiv

Die Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Stadt und Landkreis Kaiserslautern (Arge) feierte vor kurzem ihr 20-jähriges Jubiläum. Die Arge, seit 14 Jahren unter Vorsitz von Dr. Peter Matovonic, ist wichtiger Ideen- und Impulsgeber. Zu den Aktivitäten-Highlights gehört



Foto: Arge

der Rheinland-Pfälzische Jugendzahnpflegetag im Fritz-Walter-Stadion. 1999 wurde die erste institutionsunabhängige Geschäftsstelle eingerichtet. Außerdem wurde ein Preis für Klassen ausgelobt, die sich am Verweisungssystem zum Hauszahnarzt beteiligen. Mittlerweile vergeben diesen Preis auch die anderen 22 Argen unter dem Dach der LAGZ. Als eine von zwei „Pilot-Argen“ stiegen die Kaiserslauterer 2005 in das Projekt „Ge-

sunde Zähne von Anfang an“ ein, das Eltern von Jungen und Mädchen im Krabbelgruppenalter darüber aufklärt, was sie für die Zahngesundheit ihrer Töchter und Söhne tun sollen. Mit 17 Schulen ist die Arge zudem im „Aktivprogramm Zahnvorsorge“, das besonders kariesgefährdete Kinder betreut, vertreten. Mehr als 40 Zahnärzte sind für die Arge aktiv und besuchen 119 Kindertagesstätten und 55 Schulen. pr/pm

Absender (in Druckbuchstaben):



zm **Leser service** **Nr. 24**
2006

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- D. Klingenberger: Bonusregelung (S. 18) Literaturliste
- D. Nolte: Autogene Zahntransplantation (S. 44) Literaturliste
- F. Koch: Ossifizierendes Fibrom (S. 56) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

Gebührenabschlag Ost**Jetzt auch Vertrags-Vergütung angleichen**

Die Beseitigung des Vergütungsabschlages Ost zum Jahr 2007 wird von den Präsidenten der Zahnärztekammern der neuen Bundesländer begrüßt.



Foto: DAK/Wigger

„Die Angleichung der privat-zahnärztlichen Vergütungen muss aber konsequent auch auf die vertragszahnärztliche Vergütung erstreckt werden“, fordern die Präsidenten.

Die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen in den neuen Bundesländern bleibe von dem Gesetz unberührt und daher weiter hinter der im Westen zurück. Da jedoch annähernd 90 Prozent der Bevölkerung der GKV angehören, werde die weit überwiegende Zahl der Leistungen der Zahnärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Es sei weder plausibel noch hinnehmbar, dass für diese Leistungen fast 16 Jahre nach der Wiedervereinigung Ärzte und Zahnärzte aus den neuen Bundesländern geringere Vergütungen erhalten als ihre Kollegen im Westen. Die Präsidenten der neuen Bundesländer fordern die Bundesregierung auf, diese Schiefelage schnell zu beenden. ck/pm

Innovationsmanagement**GKV will Neuerungen fixer umsetzen**

Die GKV-Spitzenverbände haben den Aufbau eines eigenen Innovationsmanagements beschlossen. Damit wollen sie nach eigenen Angaben im Vorfeld ihrer Mitverantwortung im Gemeinsamen Bundesausschuss Innovationen im Gesundheitswesen einer kontinuierlichen und frühzeitigen Überprüfung unterziehen.

Ziel sei zum einen, diejenigen Innovationen im Gesundheitssystem, die voraussichtlich Vorteile für die Patienten bieten, den Versicherten schneller als bisher zur Verfügung zu stellen.

Zum anderen solle möglichst frühzeitig klargestellt werden, dass unwirksame, schädliche oder unwirtschaftliche Verfahren nicht zu Lasten der Patienten angewandt werden dürfen. Mit dem Verfahren will man nach Aussage der Spitzenverbände auch Impulse für die frühzeitige Konzeption von Studien setzen, die den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin genügen und Voraussetzung sachgerechter Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind. ck/pm

Zahnmedizin-Forum in Brüssel**Sonderrichtlinie: Pro und Contra**

Über das Pro und Contra zur Initiative der EU-Kommission, den Gesundheitsdienstleistungsbereich gesondert zu regeln, diskutierten Fach- und Standesvertreter anlässlich des „6. Europäischen Forums für Freie Zahnmedizin“ in Brüssel. Dr. Ernst-Jürgen Otterbach, stellvertretender Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ), machte deutlich, dass die Kommissionsinitiative die Chance beinhalte, den europäischen Gesundheitsmarkt nach-

haltig zu beleben. Ziel müsse es sein, alle der europäischen Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit zuwiderlaufenden Hemmnisse bei der Inanspruchnahme und Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen für Ärzte, Zahnärzte und Patienten zu beseitigen. Dringend sei es erforderlich, „endlich die vom Europäischen Gerichtshof in eindrucksvollen Urteilen längst bestätigte europäische Dienstleistungsfreiheit im Gesundheitsbereich zu kodifizieren“. pr/pm

Annette Widmann-Mauz**Feinjustierung in Details**

Foto: CDU

„Bewegung“ hineinkommen. Auch beim Insolvenzrecht oder beim Wettbewerbsrecht müsse noch einiges geklärt werden. Widmann-Mauz: „Die Grundstrukturen werden wir so realisieren wie im Entwurf angelegt. In der Detailarbeit gibt es Feinjustierungen.“ pr/dpa

Die gesundheitspolitische Sprecherin der Unions-Fraktion, Annette Widmann-Mauz (CDU), rechnet im parlamentarischen Prozess noch mit „Feinjustierungen“ am Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform. „Ich gehe davon aus, dass es auch Veränderungen geben wird“, sagte sie im ZDF-„Morgenmagazin“. Der Strukturwandel in den Krankenhäusern müsse weiter vorangehen. Aber „wir werden beraten, ob die Einsparpotenziale, die wir bislang angesetzt haben, sachgerecht sind“, stellte die CDU-Politikerin den Ländern in Aussicht, die Änderungen ange-mahnt hatten. Es könne da noch

Gesundheitsreform**Fahrplan festgelegt**

Union und SPD haben den weiteren Fahrplan für die geplante Gesundheitsreform festgelegt. Der Bundestag könnte frühestens einen Tag nach dem für den 17. Januar 2007 geplanten Ende der Beratungen im Gesundheitsausschuss über die Reform abstimmen, berichtete der Parlaments-Pressedienst aus dem Ausschuss. Der Bundesrat soll im Februar oder Anfang März entscheiden, so dass die Reform am 1. April in Kraft treten kann. pr/dpa

BMG rechnet mit Überschuss

Milliarden-Plus bei Krankenkassen

Bei den gesetzlichen Krankenkassen rechnet das BMG für 2006 mit schwarzen Zahlen. In den ersten neun Monaten verbuchten sie zwar ein Minus von knapp 300 Millionen Euro, für das Gesamtjahr sei aber mit einem Überschuss von mindestens einer Milliarde Euro zu rechnen. Das BMG forderte die Kassen auf, die sich abzeichnende positive Finanzentwicklung bei der Festsetzung der Beitragssätze für 2007 ebenso zu berücksichtigen wie den Bundeszuschuss von 1,5 Milliarden Euro.

Im ersten Quartal hatte die GKV noch ein Defizit von 1,2 Milliarden Euro verbucht, zur Jahresmitte 2006 ein nahezu ausgeglichenes Ergebnis vorgelegt. Seither wirkt sich das Arzneimittel-Sparpaket zunehmend entlastend aus. ck/dpa

Kommunale Kliniken

Tarifvertrag beschlossen



Foto: stockdisc

Rund 14 Monate nach dem Beginn des Tarifstreits für die rund 55 000 Ärzte an den kommunalen Kliniken hat der erste arzt-spezifische Tarifvertrag in diesem Bereich die letzte Hürde genommen.

Die Große Tarifkommission der Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und der Gruppen-

ausschuss der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) stimmten dem Mitte August ausgehandelten Tarifvertrag nun zu, wie der MB in Berlin mitteilte. Acht Wochen Streik waren vorausgegangen. In den vergangenen Monaten hatten beide Seiten noch über Details verhandelt. ck/dpa

Finanzaufsichtsbehörde moniert

Basistarif kollidiert mit Europarecht

Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) hat rechtliche Bedenken gegen wichtige Aspekte des geplanten Basistarifs in der privaten Krankenversicherung. In einem Brief an den Gesundheitsausschuss des Bundestags weist die BaFin darauf hin, dass die Regel, wonach den Versicherungsunternehmen der Leistungsumfang

des Tarifs vorgeschrieben werden soll, nicht mit Europarecht vereinbar sei. Das berichtet die Financial Times Deutschland (FTD). Der BaFin, die auch für die Versicherungsbranche zuständig ist, stößt der FTD zufolge auf, dass der Gesetzestext vorsieht, der PKV das Leistungsspektrum des neuen Basistarifs vorzuschreiben. Es soll sich eng am Pflichtkatalog der GKV orientieren. Auch die Bezahlung der Ärzte soll für im Basistarif versicherte Privatpatienten ähnlich sein wie bei den gesetzlichen Kassen. Bis 1994 mussten private Krankenversicherer sich den Leistungsumfang staatlich absegnen lassen. Aufgrund einer EU-Regel wurde dies jedoch abgeschafft. Darauf weist die BaFin in ihrem Schreiben ausdrücklich hin.

Zitat laut FTD: „Die Einführung einer aufsichtsrechtlichen Genehmigungspflicht für Tarifbestimmungen des Basistarifs wäre für den Bereich der privaten Krankenversicherung somit wesenfremd.“ ck/pm

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Qualitätsbericht veröffentlicht

Die KBV hat ihren dritten Qualitätsbericht herausgegeben. „Schon heute unterliegen fast 40 Prozent der Behandlungen im ambulanten Bereich einem Genehmigungsvorbehalt. Das bedeutet, dass ein Arzt diese Leistungen, etwa eine Mammographie, nur erbringen darf, wenn er regelmäßig bestimmte Qualifikationsnachweise erbringt. Das gibt es so nur in der ambulanten gesetzlichen Krankenversicherung“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Köhler, in Berlin. Neue Wege beschreite die KBV mit der Einführung von Qualitätsindikatoren, um die Versor-

gungsqualität in der ambulanten Versorgung vergleichbar zu machen. Außerdem ließ die KBV das Qualitätsmanagementprogramm QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen, von Experten speziell für den niedergelassenen Bereich entwickeln.

Erstmals berichten auch Anwender über ihre Erfahrungen in der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis. Laut Köhler will die KBV künftig regelmäßig durch Versichertenbefragungen ermitteln, wie zufrieden oder unzufrieden die Bürger mit der ambulanten Versorgung in Deutschland sind. pr/pm/KBV

TK zahlt als erste Kasse

Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs

Die Techniker Krankenkasse (TK) übernimmt als erste gesetzliche Kasse die Kosten für eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Das Angebot gilt für Mädchen und junge Frauen im Alter von 11 bis 18 Jahren, teilte die TK jetzt in Hamburg mit. Gebärmutterhalskrebs entsteht durch eine Infektion mit Humanen Papilloma Viren (HPV), gegen die eine Impfung möglich ist. In Deutschland erkranken nach Angaben der TK jährlich mehr als 6 500 Frauen an dem Krebs. Geimpft wird in drei Einzeldosen im Abstand von meh-



Foto: stockdisc

reren Monaten per Spritze in den Oberarm. pit/dpa

Advent, Advent, die Bude brennt

Ein Japaner hat mit einer Cannabis-Zucht im Schrank die Feuerwehr in Alarmzustand versetzt. Das berichtet die japanische Boulevardzeitung „Hochi“. Demnach hatte der 25-Jährige zur Aufzucht des Hanfes eine starke Lampe im Wohnzimmer-schrank installiert und dessen Innenwände mit Aluminiumfolie beklebt. Eines Morgens ließ der Mann versehentlich die Lampe brennen. Wegen der über-großen Hitze im Schrank ging der Feuermelder in der Wohnung los und rief die Beamten auf den Plan. pit/dpa

Aus dem Verkehr gezogen

„Ein 34 Jahre alter Mann ist am Samstagnachmittag mit 3,44 Promille Alkohol im Blut in Essen aus dem Verkehr gezogen worden.“, meldete dpa. Die Presse-agentur meinte das „gezogen“ wortwörtlich: Nachdem der Mann mit seinem Wagen zwischen den Bordsteinkanten zweier Fahrstreifen umhergeschlingert war, fand ihn die Poli-

zei in einer Nebenstraße – mit dem Kopf auf dem Lenkrad, eingeschlafen. Sein Führerschein wurde sichergestellt, er bleibt vorerst „aus dem Verkehr gezogen“. pit/dpa

Die Fantastischen Acht

Eltern tun gut daran, ihre Kinder von der Existenz des Weihnachtsmannes zu überzeugen. Sagen britische Psychologen. Er könne ihnen Werte wie Hilfsbereitschaft und Großzügigkeit vermitteln. Die Psychiaterin Lynda Breen schrieb im „Psychiatric Bulletin“: „Der Weihnachtsmann ist eine spirituelle Instanz, die ihre moralische Entwicklung vorantreibt“.

Ihr Kollege Mark Salter ergänzte, Fantasie müsse trainiert werden, sonst verkümmere sie: „In einer Gesellschaft, in der Rationalität unklugerweise über alles geht, verschwindet langsam die Bedeutung von Mythen und Magie – einschließlich jener acht Rentiere, die das All durchkreuzen.“

pit/ÄZ/pm



zm 96, Nr. 24, 16. 12. 2006, (3456)



illu.: zaharzt-cartoons.de/Gerald Paulus

Komplimente machen schön

Komplimente machen schön – die Deutschen machen zu wenig Komplimente ... So stand es kürzlich in der Zeitung. Seitdem, wohl um dem Trend entgegenzuwirken – und möglicherweise auch meinem natürlichen Alterungsprozess – sagt mein Mann mir täglich, wie toll ich aussehe. Brauch' ich das? Wird Hässlichkeit durch Komplimente schön? Würde aus Dummheit Schläue? Aus Alter Jugend, langsam zu schnell und umgekehrt? Möglich.

Da wird auch klar, warum wir so viele Arbeitslose haben, so viele Kriminelle, die dicken Kinder und all die Singles in ihren Einpersonenhaushalten ... Wir packen's eben falsch an! Die Kraft liegt im Positiven. Schmeicheleien bringen Motivation schafft Energie führt zu Aktion und zu Veränderung. Aaahhhhh. Lieber Chef, bewundernswert, wie gut Sie immer drauf sind. Hallo Schatz, toll, wie Du die Küche aufgeräumt hast! ... Sehr geehrtes Regierungspersonal, Ihr seid so kompromissfähig, so entscheidungsfreudig, so weitsichtig – Hut ab. Und ja, Angela, Franz, und wie Ihr alle heißt, mal ganz im Ernst, einen super Job macht Ihr da. Wirklich ohne Gleichen. Was Ihr schon alles erreicht habt! Und was Ihr noch alles leisten werdet ... Kompliment! ... Jetzt wird bestimmt alles besser. Die Wahrheit liegt im rechten Wort. Fühlt sich einer verunkt? Das kann nicht sein. Ist doch prima, wenn Lösungen sich so spontan ergeben ...