



Gefährliche Keime

**Qualitätsmanagement
für Vertragszahnärzte**

**Check für
Versicherungen**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

dreißig Jahre ist es inzwischen her, dass *Legionella pneumophila* erstmals beschrieben wurde. Damals infizierten sich auf einem Veteranentreffen amerikanischer Militärs 182 Teilnehmer mit diesen gefährlichen Bakterien. Wenig später starben 29 dieser „Legionäre“ an akuter Lungenentzündung. Die Medien berichteten ausführlich, auch über weitere Infektionsfälle – in mehr oder minder großen Abständen bis heute. Die damals entstandene Angst vor der sogenannten „Legionärskrankheit“ blieb. Dabei hat sich seit Mitte der Siebzigerjahre einiges geklärt: Man weiß, dass die Vorsorge gegen Infektionskrankheiten durch die gefährlichen Legionellen unkompliziert ist. Das Bakterium *Legionella* – prinzipiell nachweisbar ist es in vielen wasserführenden Leitungen – fühlt sich nur in Biofilmen warmer, stehender Wasserleitungen richtig wohl.

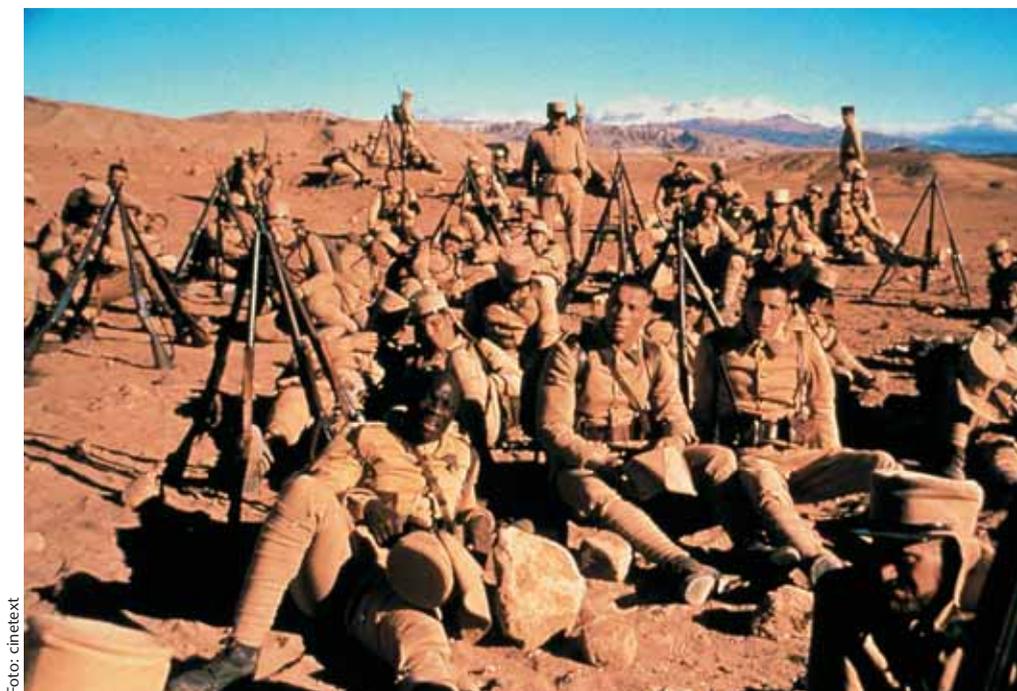


Foto: cinetext

■ Sie sind nicht nur immer wiederkehrendes Motiv internationaler Kino- und Belletristikkultur: „Legionäre“ standen auch Pate für eine gefährliche Krankheit durch Infektionen mit dem Bakterium *Legionella pneumophila*. Gegen die sogenannte „Legionärskrankheit“ greift in unseren Breitengraden – ob in Haushalten, im Hallenbad oder auch in der Zahnarztpraxis – eine konsequente Hygiene-Vorsorge.

Wer also länger in den Leitungen befindliches Wasser gründlich abfließen lässt, sorgt schon für einen ausreichenden Schutz gegen die Krankheitsgefahr. Ein Tipp, den inzwischen viele Menschen, sei es in warmen Gefilden im Urlaub, sei es bei Rückkehr nach längerer Abwesenheit vom eigenen Haushalt vor dem Duschen, Waschen oder Trinken beherzigen.

Sicher, für manchen in unserer immer stärker ökologisch motivierten Gesellschaft ist das wohl kein leicht von der Hand gehendes Unterfangen. Aber es bleibt – gerade auch wegen der vor heutigen Wassersparzeiten vielfach weit größer angelegten, inzwischen deshalb überdimensionierten Leitungen – sicherlich ein nachweislich präventiver Aspekt. Auch hier hat Hygiene Vorfahrt.

Diese Form hygienischer Vorsorge wird auch in Deutschlands Zahnarztpraxen erfolgreich praktiziert. Laut Robert Koch-Institut, das in Deutschland Jahr für Jahr im-

merhin insgesamt etwa 500 Fälle von *Legionella*-Infektionen feststellt, war in den vergangenen Jahren nicht in einem Fall eine Zahnarztpraxis der Infektionsherd und damit die Ursache für die festgestellten Erkrankungen.

Festzuhalten ist, dass die „Keimattacke aus dem Wasserhahn“, wie sie unsere Titelseite darstellt, bei richtigem Hygieneverhalten kein Problem darstellen muss.

In Deutschlands Zahnarztpraxen ist das gewährleistet.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto und Foto: creativ collection

Zum Titel

Sie sind überall, wo warmes Wasser ist, das nicht fließt: die Legionellen. Mehr dazu ab

Seite 28



Fotos: stockdisc/ddp

Qualitätsmanagement ist gesetzlich vorgeschrieben. Die Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung liegen jetzt vor.

Seite 16



Immer da, immer nah! Stalker belauern ihre Opfer permanent, jede Abweisung ignorierend. Jetzt wurde das Delikt auch bei uns unter Strafe gestellt.

Seite 26



Foto: Reiss

18 Jahre praktische Erfahrungen mit CAD/CAM bestätigen die absolute Praxisreife.

Seite 34



Foto: cinetext

Für alle Fälle versichert? Zu viel des Guten! Wichtiger ist es, den wahren Bedarf abzudecken. Also die Police fürs Krankentagegeld statt Krankenhaustagegeld für alle, die wie James Stuart in „Das Fenster zum Hof“ zu Hause genesen wollen.

Seite 78



Editorial	1	Tagungen	
Leserforum	4	40. Jahrestagung Neue Gruppe: Wege zur Implantation	46
Leitartikel		DGZS: Eine gute Nacht für einen guten Tag	50
Dr. Wolfgang Eßer, stellvertretender Vorsitzender der KZBV, zu den neuen QM-Richtlinien	6	Nebenwirkungsformular	49
Nachrichten	8, 12	Fachforum	
Gastkommentar		Neues aus der Welt der Kons	54
Dr. Rudi Mews, Parlamentskorrespondent in Berlin, über mangelnde Sorgfalt beim GKV-WSG.	10	Rezensionen	58
Politik und Beruf		Veranstaltungen	60
Qualitätsmanagement für Vertragszahnärzte: Richtlinie beschlossen – Ziel erreicht	16	Praxismanagement	
Professionspolitisches Handeln: Im Zeichen des Wandels	20	Spiegel in der Praxis: Anblick mit Einsicht	74
Gesundheitsreform: Gründlich blamiert	24	Trends	76
Gesundheit und Soziales		Finanzen	
Stalking: Kranker Liebeswahn	26	Überflüssige Versicherungen: Für Hochzeiten und den Todesfall	78
Titelstory		Recht	
Legionellen: Keimattacke aus dem Wasserhahn	28	Urteile	82
Zahnmedizin		Prophylaxe	
Das Cerec®-System: Die 18-Jahres-Studie	34	Kostenloses Aktionsspiel: Frisch geputzt und blitzblank	84
Der aktuelle klinische Fall: Nachblutung nach Weisheitszahnentfernung	40	Neuheiten	86
Medizin		Impressum	91
Herpes zoster bei Erwachsenen: Rosen, die nie verblühen	44	Leserservice Kupon	117
		Letzte Nachrichten	117
		Zu guter Letzt	120

Fürchterliche Wahrheit

■ Zum Interview „Deutscher Zahnärztetag“ in zm 22/2006:

Heutzutage ist es (leider) möglich, eine Zahnarztpraxis als GmbH zu führen, mit weisungsgebundenen Zahnärzten, die die wirtschaftlichen Ziele der Investoren umsetzen müssen. Und diese erwarten gute Rendite. Und dann gibt es demnächst vielleicht auch noch zahnärztliche Franchise-Ketten, wo bevormundete, gegängelte, wie Sklaven gehaltene Kollegen einen Großteil ihres hart erkämpften Geldes an das Franchise-Unternehmen abführen müssen. Ausstattung, Materialeinkauf, Preisgestaltung und Marketing der Praxis sind fremdgesteuert, sind dem Arzt aus der Hand genommen. Er kann sich abends am Fernseher überraschen lassen, wie für seinen Laden geworben wird.

Offenbar ist diese perfide Geschäftsidee juristisch nicht zu kippen. Man kann eigentlich nur an die interessierten Kollegen appellieren, sich auf diese, einem freien Beruf unwürdige, Fremdbestimmung nicht einzulassen. Vor diesem Hintergrund erstaunt die Stellungnahme unserer KZBV-Spitze. „Letztlich darf ein Zahnarzt in der Ausübung seiner zahnmedizinischen Tätigkeit nicht durch Dritte eingeengt werden. Deshalb gilt es, weitere, rein ertragsmotivierte Übergriffe Dritter auf die Therapiefreiheit und das Direktverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zu verhindern.“

Das klingt wie ein Bürgermeister, der angesichts des Deichbruchs

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

verspricht, dass der Deich niemals brechen werde. Warum kann die Landespolitik nicht endlich zugeben, dass sie gegenüber diesen fatalen Tendenzen der Ökonomisierung der Medizin juristisch machtlos ist? Wir sind doch alle erwachsen und können die Wahrheit ertragen. Es ist wie es ist, und es ist fürchterlich.

Dr. med. dent. Paul Schmitt
Liederbacher Str. 17
65929 Frankfurt a. M.

Im Igel-circuit

■ Zum Beitrag „Schmerzen einfach mit dem Tape therapieren“ in zm 23/2006:

Eine Leserbrief-Kontroverse über ein Feld der „komplementären“ Zahnmedizin ist wohl (vorläufig?) beendet, (zm 96, Nr. 23, 1.12.2006 (3758-3160)), eine schwelt jetzt in den online-Foren weiter (zm 96, 16.11.2006, (2990)), schon tut sich ein neues Feld auf: bestimmte Schlüsselbegriffe lassen aufhorchen: „Energetik des Körpers“, „Blockaden der Muskulatur“, „Probleme im Zahnbereich“, die durch „Fehlstellung der Wirbelsäule bedingt“ sind. Was kann da helfen? Es muss eine Methode sein, wo sich hinten ein „-ing“ anhängen lässt, es muss etwas „energetisch-physiologisches“ sein, man muss es mit Abbildungen von appetitlichen Blondinen verbinden können, und – man muss die Größe besitzen, auf Literaturangaben verzichten zu können. Dann muss man es nur noch schaffen, einen dieser furztrockenen Korinthenkacker mit ihrer ewigen „Evidenz“ zu einer beserwisserischen Reaktion zu veranlassen – dann ist man drin im Igel-circuit.

Gut, dass es eine Zeitschrift gibt, die sich diese kontraproduktive

„peer-review“-Nummer spart, die mal, frei von der Leber weg die Kollegenschaft dann fachlich ins bunte Bild setzt, wenn einem der Behandlungsbedarf, ange-regt durch Publikumszeitschriften à la „Weltbild“, schon die Türe einrennt.

Schade, dass Mongolinnen nicht blond sind, sonst würde es mein mongolisches Trommelseminar zur Therapie des dislozierten UK-Totalersatzes auch auf die geachteten Seiten der zm schaffen. Herr Professor Staehle, könnten Sie vielleicht irgendetwas trocken-es gegen mich äußern?

Dr. Kai Müller
Seestr. 36, 82237 Wörthsee

Futterneid

■ Zum Beitrag „Ärztliche Nar-kose in Zahnarztpraxen“ in zm 16/2006:

„In Zeiten akuter politischer Gesundheitsdiskussion müsste es normalerweise leicht erkennbar sein, dass extreme Stellungnahmen aus den eigenen Reihen in der Öffentlichkeit nur dem politischen Gegner in die Hände spielen.“

Auch wenn die eigene Selbstverliebtheit kaum noch zu unterdrücken ist, müsste doch zu verstehen sein, dass eigene Erfahrung nur entstehen kann, wenn man in seinem eigenem Bereich auch solche Angebote anzubieten hat. Man würde dann Patientenfälle kennenlernen, die man ohne dieses Angebot nie sehen würde. Die Diskussion über die Ausgrenzung von Leistungen sollte eine politische geführte Diskussion bleiben und keine medizinische, zumal ansonsten der fade Nachgeschmack des Futterneides verbleibt.

Dr. Joachim Welters
Bahnhofstraße 52, 35390 Gießen

Aushellen

■ Zum Beitrag „Die Rettung hoffnungsloser Zähne durch Trans-Replantation in zm 22/2006:

„In dieser bemerkenswerten Falldarstellung wird der Erfolg der beschriebenen Therapie am Zahn 31 und am Zahn 38 jeweils anhand dreier Röntgenbilder dokumentiert.“

Unklar bleibt im Falle des Zahnes 38, wie die distale Füllung des Zahnes 37 auf dem zweiten Röntgenbild (Zustand unmittelbar nach Trans-Replantation) auf der Kontrollaufnahme (Zustand 3,5 Jahre nach der Trans-Replantation) wieder „aushellen“ konnte.

Um den Behandlungserfolg angemessen einordnen zu können, wäre eine klärende Bemerkung der Autoren sicherlich hilfreich.“

Dr. Lutz Schmitt
Hahnerbergerstraße 114
42349 Wuppertal

◆
Um einen Unterkieferweisheitszahn bei derart desolaten Knochenverhältnissen im Rahmen dieser Trans-Replantation „freischwebend“ fixieren zu können, muss die Schienung mit Kunststoff gut genug dimensioniert werden. Dies bedingt eine große Klebefläche an dem, glücklicherweise intakten Approximalschmelz des hier abgebildeten Zahnes 37. Deutlich zu erkennen ist aber der von distal nach mesial dünn auslaufende buccale (und linguale) röntgenopaque Kunststoff (Kerr Herculite), der mit Entfernung der Schienung, auf dem letztem Bild, logischerweise wieder verschwunden ist.

Dr. Thomas Hiedl
Ludwigsplatz 36
94315 Straubing



QM-Systeme nicht über einen Kamm scheren

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

aufmerksamen Mitmenschen dürfte das Motto „Was gut für die Ärzte ist, ist für die Zahnärzte schon lange gut“ in der deutschen Gesundheitspolitik schon das ein oder andere Mal aufgefallen sein. Dass zunächst auch im Gemeinsamen Bundesausschuss die nicht zahnärztlichen Vertreter mit entsprechenden Ansichten aufwarteten, kann deshalb kaum verwundern.

Sicherlich fällt es nicht schwer, Parallelen und deckungsgleiche Interessen zwischen Medizinerinnen und Zahnmedizinerinnen auszumachen. Als Vertreterin der beruflichen Interessen der Vertragszahnärzte hat die KZBV es sich aber zur Aufgabe gemacht, gegen unangemessene oder gar kontraproduktive Gleichmachereien anzutreten. Ein Vorgehen, das in letzter Zeit nicht selten mit Erfolg gekrönt und – nach entsprechenden Erfahrungen – im Nachhinein selbst von den Verhandlungsparteien als richtiger Lösungsansatz bestätigt wird.

Die vor allen Dingen vom BMG intendierte Zielsetzung, den Zahnärzten die schon Anfang 2006 für die Vertragsärzte entwickelten QM-Maßgaben überzustülpen, ist von Beginn an auf sachlichen und inhaltlichen Widerstand der KZBV gestoßen. Es zeugt eben nicht vom gern bekundeten Willen differenzierter Lösungsansätze des

Gesetzgebers, alle Parteien des Gesundheitswesens über den gleichen Kamm zu scheren.

Verständlich wird die restriktive Haltung der Zahnärzteschaft bei der Umsetzung dieser SGB V-Forderungen schon deshalb, weil „QM“ keine Neuerfindung des Gesetzgebers ist. Es wurde in Zahnarztpraxen seit geraumer Zeit aus ureigenem Interesse eingeführt und ist in vielen Praxen schon weit über die geforderten Normen hinaus freiwillig umgesetzt.

Folgerichtig hatte der Gesetzgeber seine Absichten für die QM-Richtlinien auch schon auf diese Verhältnisse zurechtgeschnitten: Er wollte sie ausdrücklich auf Mindestanforderungen beschränkt wissen. Diesen Ansatz hat die KZBV von Anfang an geteilt. Es galt, die niedergelassenen Zahnärzte vor weiterer Überregulierung, Bürokratisierung und überflüssigen Zusatzkosten zu bewahren. Vieles hat der Berufsstand schon alleine bewerkstelligt. So haben beispielsweise die Zahnärztekammern bereits dezidiertes und umfangreiches Hilfsmaterial etwa in Form von Praxishandbüchern zur Verfügung gestellt.

Im Übrigen sollten die Mitspracherechte der Krankenkassen auf den Akt der Normsetzung beschränkt bleiben. Kontrollbefugnisse in gemeinsamen „Qualitätsmanagement-Kommissionen“, wie sie für die Ärzte

umgesetzt wurden, schießen über das Ziel des Gesetzgebers hinaus und können der Sache, sachdienliche Handlungsspielräume in den Praxen zu schaffen, keinesfalls gerecht werden.

Letztlich hat die zahnärztliche Vertretung im Bundesausschuss sich in diesen wichtigen Fragen durchsetzen können und ihre vorab gesetzten Ziele erreicht: „Eigene“, zahnärztlich spezifisch formulierte QM-Richtlinien als Eckpunkte. Deren Umsetzung in den kommenden vier Jahren wird in den zahnärztlichen Praxen dokumentiert. Die KZVen prüfen stichprobenartig die Einhaltung der Richtlinie. Das ist der richtige Ansatz.

„QM“ kann nur dann nutzenstiftend für die zahnärztliche Versorgung sein, wenn dessen Sinnhaftigkeit verinnerlicht werden kann. Es muss aus Überzeugung, freiwillig und in Eigenverantwortung, bezogen auf die individuelle Praxissituation erfolgen, ohne Zwang von außen oder regressbehafte Kontrollmechanismen von Verwaltungsbehörden. Wir sind von der Bereitschaft des Berufsstandes überzeugt, solche Systeme in berufsständiger Eigenverantwortung in die Praxis zu integrieren, und zwar angepasst an die individuelle Praxissituation.

Eine weitere Aufgabe der KZBV ist es, den Berufsstand vor rein kommerziell betriebenen QM-Angeboten zu schützen, die mehr den finanziellen Vorteil der Anbieter im Auge zu haben scheinen, als die Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der zahnärztlichen Versorgung.

Mit diesem Verständnis sind wir in die Verhandlungen gegangen und froh darüber, die Krankenkassenverbände und Patientenvertreter von der Sinnhaftigkeit unseres Denkens überzeugt zu haben. So gesehen ist diese QM-Richtlinie ein gutes Beispiel für praktizierte Selbstverwaltung und setzt einen Akzent im ordnungspolitischen Gestaltungswahn unserer Zeit.

Ihr

Dr. Wolfgang Eßer

Vorstandsmitglied der KZBV

Mangelnde Sorgfalt kann schaden

Kurz vor Weihnachten hat Bundeskanzlerin Angela Merkel Bundespräsident Horst Köhler einen Besuch abgestattet. Im Gespräch der beiden ging es nicht zuletzt um zwei Gesetze der großen Koalition, die das Staatsoberhaupt wegen verfassungsrechtlicher Bedenken nicht unterschrieben und damit deren Ausfertigung verhindert hatte. Dafür war Köhler – zumindest bei Teilen der Regierungsparteien CDU/CSU und SPD – „in Ungnade gefallen“. Die Formulierung allein macht schon deutlich, wie widersinnig es ist, wenn einzelne Abgeordnete oder gar Minister den Präsidenten dafür kritisieren, dass er sein Amt ordnungsgemäß führt und nach pflichtgemäßer Prüfung der Verfassungskonformität eines jeden Gesetzes zwei davon durchfallen lässt.

Die Entscheidung hat Köhler natürlich nicht allein gefällt, sondern mithilfe seiner Juristen im Präsidialamt. Aber die Verantwortung trägt er letzten Endes allein mit seinem Namenszug. Diesen zu verweigern, ist sein gutes Recht, wenn seine Bedenken größer sind als die der Legislative und Exekutive bei der Ausfertigung eines Gesetzes. Politisch korrekt könnte man sagen, die Parlamentarier hätten sich nicht ausreichend Zeit für eine ähnliche Sorgfalt genommen wie der Präsident. Populär könnte man es einfach als Schlamperie bezeichnen.

Der Vorgang hat einstweilen zwar nur am Rande mit dem GKV-Wettbewerbs-Förderungsgesetz (GKV-WSG) zu tun, könnte es aber auch betreffen. Denn auch dem GKV-

WSG gegenüber gibt es an einigen Punkten ernst zu nehmende verfassungsrechtliche Bedenken. Deren Prüfung erscheint jedoch als unbequem, weil sie den Fortgang der Legislative verzögern kann. Der Einigungsdruck, den die Gesundheitsreform auf die Fraktionen der beiden Regierungsparteien ausübt, ist erheblich. Bei ihrem Regierungsantritt hatten sie die selbst gestellte Aufgabe als das größte Reformvorha-

der im konkreten Fall selbst den Mut aufbringt, eine Entscheidung zu fällen, statt sie den Verfassungsrichtern zu überlassen. Sie brauchen mitunter Monate oder gar Jahre für eine Entscheidung. In dieser Zeit kann ein nicht stimmiges Gesetz erheblichen Schaden anrichten. Die Botschaft Köhlers scheint außerdem im Bundestag angekommen zu sein, und zwar nicht nur bei der

Opposition. Pars pro toto seien hier nur die ersten Mahnungen des stellvertretenden Vorsitzenden der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Wolfgang Bosbach genannt. Sie beziehen sich direkt auf die Arbeit am GKV-WSG.

Bosbach hat die Parlamentarier, die mit der Gesetzgebung befasst sind, aufgefordert, sauber zu arbeiten und sich mit den relevanten verfassungsrechtlichen Fragen frühzeitiger auseinanderzusetzen, nämlich bevor es der Bundespräsident täte. Er selbst, Bosbach, habe

bei einigen Regelungen der Gesundheitsreform grundsätzliche Bedenken; beispielsweise könnten die geplanten Änderungen im Bereich der privaten Krankenversicherung „verfassungsrechtlich fraglich“ sein. Bosbach ist im Zivilberuf Rechtsanwalt. Seine Warnungen sind ernst zu nehmen. Und erst recht sein noch deutlicherer Hinweis, er habe das Gefühl, im Bundesgesundheitsministerium werde dies nicht ernst genug genommen. ■



Foto: P/P/zim



Foto: Lopata

Die Entscheidung des Bundespräsidenten, zwei Gesetze der Regierungskoalition nicht zu unterschreiben, hat den Sinn dafür geschärft, dass ähnliche Schwierigkeiten auch beim GKV-WSG auftreten könnten, würde es handwerklich nicht ausreichend gut gemacht.

Dr. Rudi Mews
Parlamentskorrespondent
in Berlin

ben der gesamten Legislaturperiode ausgegeben. Jetzt sieht es eher so aus, als ob das hochmögliche Oeuvre Zug um Zug geschreddert würde – nicht zuletzt durch die Länderfürsten. Unter Druck kann aber ein weiteres Mal eine verfassungsrechtliche Schlamperie passieren. Und dafür hat Köhler mit seiner Entscheidung erheblich das Bewusstsein geschärft.

Überdies ist gut zu wissen, einen politisch denkenden Bundespräsidenten zu haben,

Arzneimittelzulassung**Verfahren wird beschleunigt**

Die Bundesregierung will die Zulassung von Arzneimitteln in Deutschland deutlich beschleunigen und deren Sicherheit erhöhen. Mit dazu beitragen soll die Umstrukturierung des zuständigen Bundesinstituts in eine Anstalt des öffentlichen Rechts, die das Kabinett auf den Weg brachte. Damit werde der Pharmastandort Deutschland gestärkt und die Sicherheit von Medikamenten und Medizinpro-



Foto: DAK

dukten verbessert, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in Berlin. Die Deutsche Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur (DAMA) werde ein effektives und flexibles Zulassungsmanagement auf hohem Wissensstand gewährleisten. Die Zulassungsverfahren

für Arzneimittel sollen nach dem Willen der Bundesregierung künftig im Schnitt „nicht länger als sieben Monate“ dauern. In den vergangenen Jahren hätten die entsprechenden Verfahren teilweise mehr als zwei Jahre gedauert, sagte Schmidt. Die Wege zur Zulassung müssten aber „so kurz wie möglich sein“, um die DAMA international wettbewerbsfähig zu machen. Die Einrichtung, die aus dem bisherigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hervorgeht, werde deshalb eine „moderne Agentur mit Autonomie“ sein, sagte Schmidt. Das Gesetz über

die Errichtung der DAMA soll nach dem Willen Schmidts noch vor der Sommerpause 2007 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden. Die DAMA soll – wie derzeit das Bundesinstitut – rund 1 100 Mitarbeiter haben. Es soll zwei Vorstände geben.

pr/dpa

Schmidt und Lauterbach**Strafverfahren wurde eingestellt**

Das Strafverfahren gegen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und den Abgeordneten Karl Lauterbach wegen übler Nachrede wurde eingestellt, teilte die Berliner Staatsanwaltschaft mit.

Die Freie Ärzteschaft hatte gegen die beiden SPD-Politiker wegen ihrer Äußerungen über die

Ärzteproteste Strafanzeige gestellt. Schmidt hatte gesagt, Ärzte würden Patienten in Geiselnahme nehmen. Die Staatsanwaltschaft sieht dies jedoch nicht als strafbar an. Die Äußerungen der Ministerin und des Bundestagsabgeordneten seien vom Grundrecht der Meinungsfreiheit gedeckt. ck/ÄZ

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz**Die KBV informiert**

Über das neue Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV Informationen auf ihrer Internetseite zusammengestellt. Das Gesetz modifiziert eine Reihe von Gesetzestexten, welche die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit regeln. Die KBV hat den neuen Wortlaut als Dienstleistung für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten im Internet veröffentlicht. In einer synoptischen Darstellung der alten und der neuen Rechtslage haben die Experten der KBV außerdem die im Bundesanzeiger nur in sehr verkürzter Form publizierte Änderungen ausformuliert. Diese

soll den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten als aktuelle Rechtsgrundlage dienen, bis das VÄndG im Bundesgesetzblatt erscheint. Die gesetzlichen Neuregelungen betreffen Themen wie die Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, medizinische Versorgungszentren, Unterversorgung, Praxisgebühr, Vergütung und Patientenbeteiligung. „Die geänderten Passagen sind fett gedruckt, die weggefallenen durchgestrichen. So können Anwender die benötigten Textstellen schneller finden“, hieß es aus der KBV. pr/DÄB

■ Mehr dazu unter: <http://www.kbv.de/themen/10001.html>

SPD-Grundsatzprogramm**Stück für Stück mehr Vorsorge**

Der Entwurf für das nächste SPD-Grundsatzprogramm wird nach Überzeugung von Brandenburgs Ministerpräsident Matthias Platzeck die Selbstverantwortung der Bürger betonen. „Wir müssen Stück für Stück mehr Vorsorgeelemente in unser Sozialstaatsdenken einführen, als das im vergangenen Jahrhundert der Fall war“, sagte er der Deutschen Presse-Agentur. Die Errungenschaften des Sozialstaats müssten „mit aller Kraft“ verteidigt, aber auch erweitert werden, so Platzeck. Den ersten Entwurf des Programms hat das SPD-Präsidium bereits im Dezember gebilligt; die Verabschiedung ist für den Oktober 2007 vorgesehen. Die Sozialdemokraten plädieren in dem Papier für eine Politik des Wirtschaftswachstums. Technischer Fortschritt und Leistung



Foto: CC

werden ausdrücklich bejaht. Leitmodell in dem Entwurf ist ein „vorsorgender Sozialstaat“, der die Menschen dazu befähigt, ihr Leben „selbstbestimmt zu meistern“. Unter anderem soll er Bürger durch gute Bildung in die Lage versetzen, sich vor Lebensrisiken wie Arbeitslosigkeit besser zu schützen. Außerdem sollen die sozialen Sicherungssysteme „zukunftsfest“ gemacht werden.

ck/sth/dpa

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Neuer Internetservice für Patienten

Die Zahnärzte in Sachsen-Anhalt beraten ihre Patienten jetzt auch online. Innerhalb eines Tages sollen Fragen zu Brücken, Kronen oder Mundhygiene per E-Mail beantwortet werden, teilte die Zahnärztekammer in Magdeburg mit. Über die Internetseite „www.zahnaerzte-sah.de“ geht es unter dem Link

„Zahnärztekammer-Patientenberatung“ zu der Serviceseite. Die Zahnärzteschaft bietet nach eigenen Angaben in Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 1997 kostenlose Beratung an. Seitdem nutzten mehr als 4500 Menschen diesen Service, der nun auf das Internet ausgeweitet wurde. ck/dpa

Wellness Plus

Zahnärzte auf der Grünen Woche



Foto: Messe Berlin

In Zusammenarbeit mit BZÄK und DGZMK macht das Informationszentrum Mundgesundheit und Prophylaxe des Deutschen Grünen Kreuzes im Rahmen der Grünen Woche 2007 in Berlin erstmals Station auf der

Gesundheitsmesse „Wellness Plus“. Vom 24. bis 28. Januar bieten Zahnärzte und Dentalhygienikerinnen Messebesuchern in Halle 02.1, Stand 291, eine professionelle Prophylaxeberatung an. Dabei wird zunächst die individuelle Zahn- und Mundsituation erhoben; anschließend erhält der Besucher Anregungen zur Zahnpflege, auf Wunsch auch eine Anleitung für eine effektive individuelle Zahn- und Mundhygiene. Darüber hinaus stehen Experten für eine allgemeine Implantatberatung zur Verfügung. sth/pm

Ärzte im Nationalsozialismus

Forschungspreis vergeben

Der Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus geht an Ralf Forsbach, Lorenz Peter Johannsen und Winfried Süß. Forsbach überzeugte die fünfköpfige Jury mit seinem Beitrag „Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im Dritten Reich“. Johannsen schrieb über den „Kinderarzt Karl Leven. Lebensspur – Todesspur“. Süß erhielt die Auszeich-

nung für seine Arbeit „Der ‚Volkkörper‘ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939 bis 1945“.

Ausgeschrieben hatten den Preis die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Bundesgesundheitsministerium. sth/pm

Steuervorteil für die Rürup-Rente

Bitte nachrechnen

Bislang erwies sich die Rürup-Rente für Selbständige als Flop. Denn die Möglichkeiten für selbständige Zahnärzte, Steuern sparend für ihr Alter vorzusorgen, halten sich in Grenzen. Die Beiträge für das Versorgungswerk und die Krankenversicherung zehrten den Steuervorteil

in Kauf nehmen:

■ Die Rürup-Rente ist nicht vererbbar. Wer seinem Ehepartner und den Kindern dennoch nach seinem Tod einen Teil des eingezahlten Kapitals zukommen lassen will, muss dafür eine Zusatzabsicherung vereinbaren. Und die geht zu Lasten der Rendite.

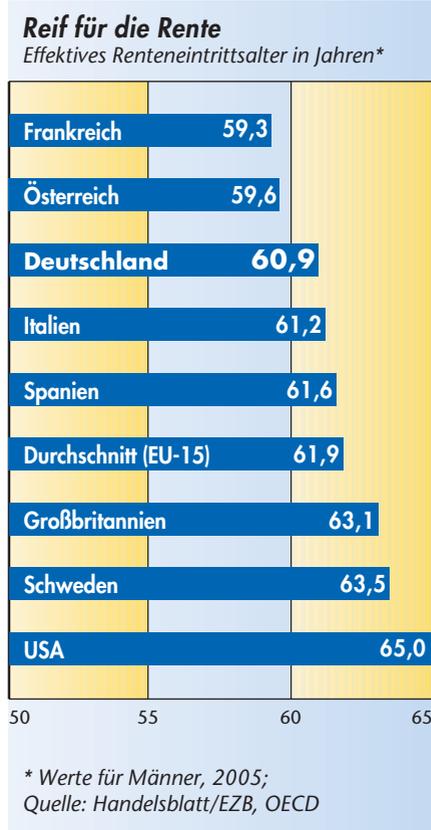
■ Wer im Alter dringend Geld braucht, kann nicht auf das gesparte Kapital zurückgreifen.

■ Ärzte, die ihren Ruhestand im Ausland verbringen wollen und ihre Ausgaben dort zum Teil mit der Leibrente finanzieren wollen, müssen damit rechnen, dass der Staat die gewährten Steuervorteile wieder zurückverlangt.

Und die sehen so aus: Die eingezahlten Beiträge kann der Versicherte in wachsendem Umfang steuerlich geltend machen und so den zu versteuernden Teil seines Einkommens senken. Zu

beginnen sind das 62 Prozent von 20 000 Euro (Verheiratete: 40 000 Euro) pro Jahr. Der Anteil steigt jedes Jahr um zwei Prozent auf bis zu 100 Prozent. Der entscheidende Vorteil des komplizierten Konstrukts: Der Versicherte kassiert die Leibrente bis an sein Lebensende.

Ob ein Rürup-Vertrag sinnvoll ist oder nicht, entscheidet man am besten zusammen mit seinem Steuerberater. pit/endru



auf. Das Jahressteuergesetz 2007 soll die Leibrente nun attraktiver machen. Von jedem Rürup-Euro sind 62 Cent steuerlich absetzbar. Interessant ist dieses Angebot eigentlich nur für Ärzte, die bei ihrer Altersvorsorge nicht nur auf das Versorgungswerk setzen.

Damit Vater Staat sich stärker an den Kosten für das Altersruhegeld beteiligt, muss der Versicherte einige harte Konditionen

Regierungspräsidium warnt

Gefährliche Schlankheitspillen

Das Regierungspräsidium Darmstadt hat vor gesundheitsgefährdenden Schlankheitspillen aus China gewarnt. Seit Anfang des Jahres seien allein in Frankfurt 81 Sendungen des verbotenen Schlankheitsmittels „Lida Dai Dai Hua“ von der Zollverwaltung sichergestellt und dem Regierungspräsidium übergeben worden, teilte die Behörde in Darmstadt mit. Das angeblich rein pflanzliche Arzneimittel werde hauptsächlich von Frauen über das Internet bestellt. Die Kapseln enthalten den hochwirksamen Arzneistoff „Sibutramin“. Die Appetit hemmende Substanz sei zwar auch in Deutschland erhältlich, unterliege aber wegen möglicher Nebenwirkungen der Verschreibungspflicht. Die Untersuchun-



Foto: EyeWire

gen der Behörde hätten ergeben, dass in den beschlagnahmten Pillen teilweise über das Doppelte der in Deutschland zugelassenen Menge enthalten ist. Sibutramin kann nach den Angaben vor allem bei einer Überdosierung zu Herz-Kreislaufstörungen, Blutdruckerhöhung, Benommenheit, Schlafstörungen und Depressionen führen. Den Kunden in Deutschland drohe neben gesundheitlichen Schäden auch ein Bußgeld wegen Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz. pit/dpa

DDR-Lohnunterlagen

Aufbewahrungsfrist verlängert

Die Aufbewahrungsfrist für DDR-Lohnunterlagen wurde um fünf Jahre bis zum 31. Dezember 2011 verlängert. Die gesetzliche Änderung wurde jetzt im Bundesgesetzblatt verkündet.

Ursprünglich war die Aufbewahrungspflicht für DDR-Lohnunterlagen bis Ende 2006 befristet gewesen. Bei einer Vielzahl von Arbeitnehmern, die Beschäftigungszeiten in der ehemaligen DDR zurückgelegt haben, hätte dann das Rentenversicherungskonto gegebenenfalls nicht mehr vollständig geklärt werden können. Die entsprechenden Nachweis-Lücken hätten zu geringeren Rentenansprüchen führen können.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund bittet alle Versicherten, die Beschäftigungszeiten in der ehemaligen DDR zurückgelegt und noch keine Klärung ihres Rentenversicherungskontos durchgeführt haben, diese nun umgehend zu beantragen.

Die notwendigen Antragsunterlagen für eine Kontenklärung können im Internet unter <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de> heruntergeladen werden. Bei allen Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung sind die Antragsunterlagen ebenfalls erhältlich. Diese helfen auch beim Ausfüllen der Unterlagen. pit/pm

Deutschland und Schweiz

Mehr Kooperation

Seit dem 1. Januar 2007 können sich deutsche Kassenpatienten einzelvertraglich im Rahmen eines Pilotprojektes in Spitälern der Kantone Basel Stadt und Basel Land behandeln lassen. Bislang wurden vier Verträge zwischen Schweizer Kliniken und der AOK Lörrach unterzeichnet. Mit fünf weiteren Kliniken laufen die Vertragsverhandlungen noch. 250 000 Euro stellt die AOK Lörrach pro Jahr für dieses Projekt zur Verfügung. Umgekehrt können Versicherte in der Schweiz klar definierte medizini-

sche Leistungen in deutschen Kliniken im Landkreis Lörrach in Anspruch nehmen. Krankenhäuser und Krankenversicherer leisteten damit einen weiteren Beitrag, um die Qualität der Gesundheitsversorgung im Grenzgebiet zu verbessern und Patientinnen und Patienten ohne Probleme die medizinische Behandlung im Nachbarland zu ermöglichen, teilte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Marion Caspers-Merk, nach einem Treffen mit Regierungsrat Dr. Carlo Conti, Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt, mit. pr/pm

Kinderkanal startet Kampagne

Clever essen und bewegen

Mit einer Aufklärungskampagne will der Kinderkanal Ki.Ka gesunde Ernährung fördern. Kinder sollen dafür Werbespots drehen, Plakate entwerfen oder Sprüche dichten, teilte der Sen-

dicker Kinder. Die Kampagne wird vom Bundesministerium für Ernährung und Verbraucherschutz und der Initiative „Deutschland bewegt sich“ unterstützt. sth/dpa



Foto: Ki.Ka

der in Erfurt mit. Das Motto der Beiträge lautet „Clever essen und bewegen“. Die Ergebnisse werden von Februar an in der Aktion „Spot Fit“ zu sehen sein. Der Wettbewerb richtet sich an Jungen und Mädchen im Alter von 7 bis 13 Jahren. Anlass der Aktion sei die wachsende Zahl

Zum sechsten Mal in Folge

Weniger Drogentote

Die Zahl der Drogentoten in Deutschland ist im vergangenen Jahr zum sechsten Mal in Folge zurückgegangen. Nach Angaben von Bayerns Innenminister Günther Beckstein (CSU) sank die Zahl der Todesopfer 2006 nach einer vorläufigen Auswertung um 11,2 Prozent. Insgesamt starben Beckstein zu Folge im vergangenen Jahr 1 179 Menschen an den Folgen des Konsums von illegalen Rauschmitteln. Im Jahr 2005 hatte es noch 1 326 Drogentote gegeben.

sth/dpa

Studie aus Harvard

Übermüdung erhöht Todesrisiko

In Behandlung übermüdester Ärzte sterben bis zu drei Mal mehr Patienten als bei ausgeruhten Kollegen. Das berichtet eine Forschergruppe der Harvard Medical School in Boston im Journal „PLoS Medicine“. Die Wissenschaftler um Charles

Czeisler hatten 17003 Monatsberichte von 2737 jungen Medizinerinnen ausgewertet, die nach dem Examen praktische Erfahrung im Klinikalltag sammelten. Die Zahl der Fehler stieg laut Studie in jenen Monaten, in denen zwischen einer und vier 24-Stunden-Schichten anfielen, auf das Dreifache. In Monaten mit wenigstens fünf 24-Stunden-Schichten lag das Risiko für Fehlentscheidungen sogar beim Siebenfachen, heißt es in dem Bericht. Zum Vergleich wurden Monate herangezogen, in denen die Ärzte keine langen Schichten leisteten. sth/dpa



Foto: cc

Gichtanfälle

Alkohol triggert

Schon lange gilt Alkoholkonsum als Trigger für rezidivierende Gichtanfälle; diese Hypothese wurde jedoch bislang noch nicht wissenschaftlich überprüft. In Boston führte man nun eine Internet-Studie durch, in der verschiedene potenzielle Risikofaktoren für Gichtattacken – einschließlich Alkohol – evaluiert wurden, so schreibt die Praxis-Depesche über eine im Am J Med 119 (2006) 800e13-800e18 veröffentlichte Studie. Über einen Zeitraum von zehn Monaten rekrutierte man online insgesamt 197 Probanden, die im vorangegangenen Jahr einen Gichtanfall erlitten hatten. Sie wurden gebeten, Zugang zu jenen ihrer Krankenunterlagen zu gewähren, die sich auf ihre Gicht bezogen. Trat eine erneute Attacke auf, befragte man die Patienten nach Menge und Art der alkoholischen Getränke, die sie an den zwei Tagen vor einem Gichtanfall sowie

an zwei Tagen vor einer anfallsfreien Phase zu sich genommen hatten. Dabei differenzierte man hinsichtlich Bier, Wein oder Schnaps als pures oder als Mixgetränk. In der Regressionsanalyse wurden die Einnahme von Diuretika und die Purinaufnahme berücksichtigt. Von den 197 Probanden erfüllten 179 (91 Prozent) die Kriterien des American College of Rheumatology für Gicht. Verglichen mit Abstinenz betrug die ORs für rezidivierende Gichtanfälle 1,1 bei ein bis zwei Drinks während der zwei vorangegangenen Tage, 0,9 bei drei bis vier Drinks, 2,0 bei fünf bis sechs alkoholischen Getränken und 2,5 bei sieben und mehr. Eine Dosis-Wirkung-Beziehung des Anfallrisikos ergab sich vor allem für den Alkoholkonsum während der 24 Stunden vor der Gichtattacke. Dabei spielte es keine Rolle, welcher Art die Getränke waren. sp/pd

Urlaubsmitbringsel

Q-Fieber schwer zu diagnostizieren

Das Q-Fieber zeigt meist die Symptomatik einer atypischen Pneumonie, eventuell mit Kopf- und Muskelschmerzen. Es kann aber auch untypisch verlaufen. Ein 67-jähriger hatte für zwei Monate Urlaub auf den kanarischen Inseln gemacht, an dessen Ende lumbosakrale Schmerzen sowie etwas später hohes Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen auftraten. Bei fehlender Leukozytose und hohen CRP-Spiegeln wurde zunächst mit Roxithromycin, dann auch mit Ofloxacin behandelt. Da keine Besserung eintrat, wurde er an eine Universitätsklinik verwiesen. Dort wurden unter anderem sehr hohe Leberenzyme, aber normales Bilirubin sowie eine verlängerte Prothrombinzeit festgestellt. Serologische Tests, auch auf Q-Fieber, verliefen negativ. Eine trotzdem

durchgeführte Leberbiopsie zeigte dann aber von einem Fibrinring umgebene Granulome. In der Serologie nach zwei Wochen konnten dann auch Antigene von *Coxiella burnetii* nachgewiesen werden. Die Diagnose Q-Fieber mit Leberbeteiligung wurde gestellt. Der Patient hatte sich im Urlaub höchstwahrscheinlich über den Verzehr von Schafskäse infiziert. Auch die Therapie gestaltete sich noch schwierig: Der Patient sprach nicht auf Tetrazykline an; erst unter Prednisolon-Medikation klangen die Symptome ab, die Laborwerte normalisierten sich. Möglicherweise beruhte die Leberbeteiligung auf einem Autoimmunprozess. Die anfänglich negative Serologie auf den Q-Fieber-Erreger ist wahrscheinlich auf die Antibiotikabehandlung zurückzuführen. sp/pd

US-Studie

Fettarm und kalorienreich



Foto: MEV

Wer Nahrungsmittel konsumiert, die als „fettarm“ gekennzeichnet sind, nimmt im Durchschnitt bis zu 28 Prozent mehr Kalorien auf. Das hat ein Forscherteam der Cornell University im US-Bundesstaat New York bei Erhebungen in Kinos, Ferienan-

lagen und Privathaushalten herausgefunden. „Die Leute vergegenwärtigen sich nicht, dass fettarm nicht unbedingt kalorienarm bedeutet“, so Studienleiter Brian Wansink laut einem Bericht der Online-Agentur EurekAlert. Tatsächlich hätten fettarme Snacks im Durchschnitt elf Prozent weniger Kalorien als herkömmliche Produkte – die Konsumenten schätzten die Kalorienzahl jedoch um bis zu 40 Prozent niedriger ein. Für fettleibige Menschen seien die Folgen dieses Irrtums besonders fatal, denn sie nähmen auf diese Weise mehr Kalorien zu sich, als wenn sie sich auf herkömmliche Weise ernährten. sth/ÄZ

Europäischer Vergleich**Verletzungen bei Profi-Kickern**

Bei niederländischen und englischen Fußball-Clubs kommt es häufiger zu Verletzungen als bei französischen, italienischen und spanischen Clubs.



Foto: cc

Das Verletzungsrisiko von Fußballspielern europäischer Spitzenclubs der UEFA Champions League wurde im Rahmen einer prospektiven Studie während der Saison 2001/2002 untersucht. 658 Verletzungen wurden beobachtet. Auf 1000 Stunden Spielzeit wurden 30,5 Verletzungen registriert, auf 1000 Stunden Trainingszeiten 5,8 Verletzungen. Das Verletzungsrisiko war bei den englischen und niederländischen Vereinen erheblich höher als bei den französischen, italienischen und spanischen Vereinen (41,8 versus 24,0 Verletzungen im Verlauf von 1000 Spielstunden). Auch die Schwere der Verletzungen war am höchsten bei den Spielern der englischen und niederländischen Vereine. Nationalspieler waren häufiger an Spielen beteiligt, wiesen jedoch weniger Trainingsverletzungen auf als die übrigen Spieler.

Zu den häufigsten Verletzungen zählten Oberschenkelzerrungen (16 Prozent), wobei der posteriore Oberschenkel signifikant häufiger als der anteriore betroffen war (67 versus 36). Etwa ein Viertel der Verletzungen war auf Foulspiel zurückzuführen, das vor allem zu Quetschungen (46 Pro-

zent) und Verstauchungen (37 Prozent) führte. Neun von zehn Verstauchungsfälle betrafen den Knöchel (51 Prozent) und das Kniegelenk (39 Prozent). Ein Drittel aller schwerwiegenden Verletzungen betraf das Knie. Verletzungen durch Überbeanspruchung verursachten Schmerzen im Rückenbereich und in der Leisten- und Leistengegend sowie Tendopathien im Bereich

der Achillessehne und der Knie- scheibe, wie die Praxis-Depesche 18/2006 berichtet. sp/pd

Alkoholsucht**Abstinenz führt zu Hirnregeneration**

Durch chronischen Alkoholmissbrauch atrophierte Hirne können sich teilweise erholen – wenn die Trinker von der Flasche lassen. Das berichtet eine internationale Forschergruppe um den Neurologen Dr. Andreas Bartsch von der Universitätsklinik Würzburg (Brain 130, 2006, 36).

Die Wissenschaftler hatten 15 Probanden zu Beginn und Ende einer sechswöchigen Abstinenz mit bildgebenden Verfahren untersucht. Im Durchschnitt nahm das Hirnvolumen laut den Forschern in dieser Zeit um zwei Prozent zu. Auch die Konzentrationen von N-Acetyl-Aspartat und Cholin seien um zehn bis 20 Prozent gestiegen. Beides sind Marker für die kognitive Leistungsfähigkeit und die Hirnregeneration. Dieser Zuwachs ging einher mit verbesserter Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit.

sth/ÄZ

Qualitätsmanagement für Vertragszahnärzte

Richtlinie beschlossen – Ziel erreicht

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinie zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM) für Vertragszahnärzte beschlossen. Quintessenz: Es handelt sich – wie im Gesetz gefordert – um Mindestanforderungen, deren individuelle Umsetzung der Praxis vorbehalten bleibt. Qualitätskommissionen unter Beteiligung der Kassen sind – anders als bei den Ärzten – im zahnärztlichen Bereich nicht vorgesehen. Den zahnärztlichen Vertretern ist es gelungen, in langen Verhandlungen ihre gesteckten Ziele für die Kollegenschaft zu erreichen.

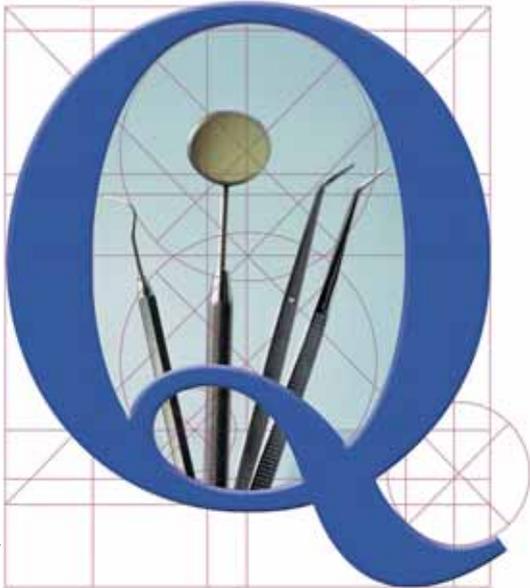


Foto: zm/stockdisc

Zu den Fakten: Am 17. November 2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen Beschluss über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie zur vertragszahnärztlichen Versorgung gefasst. Darin werden grundlegende Mindestanforderungen festgelegt, mittels derer Vertragszahnärzte ein Qualitätsmanagement für ihre Praxis individuell entwickeln können (mehr Details siehe Kasten diese Seite).

Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie ist sicherzustellen, dass in der Praxis eingesetzte System alle aufgeführten Grundelemente enthält.

Anders als bei den Ärzten liegt die Durchführung des Qualitätsmanagements für die Vertragszahnärzte in der Hand des Berufsstandes selbst. Die Richtlinien sind vom Bundesgesundheitsministerium nicht bean-

standet worden und mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger jetzt rechtswirksam.

Qualitätsmanagement an sich ist keine Neuerfindung des Gesetzgebers, sondern in vielen Praxen seit langem aus ureigenstem Interesse der in eigener Praxis tätigen Zahnärzte eingeführt und vom Berufsstand durch die Kammern gefördert. Gesetzlich festgezurrt wurden in den letzten Jahren aber die Vorschriften für den vertragszahnärztlichen Bereich.

So hatte das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahre 2004 im SGB V festgelegt (§ 135 a und § 136 b SGB V), dass die

Leistungserbringer im ambulanten Bereich erstmals auch gesetzlich verpflichtet werden, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Praxisarbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern. Der Aufwand habe in einem angemessenen Verhältnis insbesondere in Bezug auf die personelle und strukturelle Ausstattung zu stehen. Dabei beschränken sich die Vorgaben auf grundlegende Mindestanforderungen, weil die Einführung und Umsetzung von QM-Systemen stark von den einrichtungsspezifischen Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ abhängen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde beauftragt, durch Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung die grundsätzlichen Anforderungen an das einrich-

QM-Richtlinie für Vertragszahnärzte

Das Wichtigste in Kürze

- Die QM-Richtlinie für Vertragszahnärzte beschreibt die Grundelemente, die in bei der Umsetzung von QM in den Praxen zu berücksichtigen sind. Sie stellt eine Mindestanforderung dar.
- Das QM ist an die Bedürfnisse der jeweiligen Praxis anzupassen.
- Vorgabe zur Umsetzung ist ein Zeitraum von vier Jahren.
- Die Grundelemente und Instrumente sind vom Vertragszahnarzt zu dokumentieren.
- Die Einführung des einrichtungsinternen QM wird von den KZVen begleitet: vier Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie fordern sie jährlich zwei Prozent der Vertragszahnärzte per Stichprobe auf, Dokumentationen vorzulegen.
- Die Ergebnisse des Stands der Umsetzung meldet die KZBV, die von den KZVen informiert wird, an den Gemeinsamen Bundesausschuss.
- Grundelemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind: die Erhebung und Bewertung des Ist-Zustandes, die Definition von Zielen, die Beschreibung von Prozessen und Verantwortlichkeiten, die Ausbildung und Anleitung aller Beteiligten, die Durchführung von Änderungsmaßnahmen, die erneute Erhebung des Ist-Zustandes, die praxisinternen Rückmeldungen über die Wirksamkeit von QM-Maßnahmen. Dem zugrunde liegt die Methodik des Qualitätskreislaufs.
- Die Vertragszahnärzte können auf vorhandene QM-Systeme zurückgreifen oder ein eigenes QM-System einsetzen. Die KZVen stehen ihnen dabei beratend zur Seite. QM muss dabei individuell auf die spezifischen und aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der Patienten, der Praxisleitung und der Praxismitarbeiter bezogen sein. zm

■ **Der Beschluss ist auf den Internet-Seiten des G-BA abrufbar:**
http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs6/beschlusse/2006-11-17-QM_Zahn_WZ2.pdf

tungsinterne Qualitätsmanagement zu bestimmen. Vor dieser Entscheidung hatte die Bundeszahnärztekammer ihrerseits eine Stellungnahme abgegeben (siehe Kasten Seite 18).



Fotos: Lopata



Foto: KZBV

Den Vorsitz des G-BA Unterausschusses führte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz (l.). In langen Beratungen haben die beiden KZBV-Verhandlungsführer, Dr. Wolfgang Eßer (m.) und Dr. Günther E. Buchholz (r.), die für die Kollegen gesteckten Ziele erreicht.

So wurden bereits mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 im SGB V (ebenfalls §135a und § 136 b) Regelungen für die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung implementiert. Der Gesetzgeber stellt darin klar, dass die vertragsärztlichen Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qua-

lität erbracht werden müssen. Die fachlichen Qualitätsvorgaben für die Leistungserbringung sind vom G-BA zu erarbeiten. In der gleichen Vorschrift hat der Gesetzgeber die Vertragszahnärzte verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement zu etablieren und weiterzuführen,

weil er von den – so die Begründung des Gesetzgebers – „positiven Wirkungen des Qualitätsmanagements“ überzeugt ist. Die nähere Ausgestaltung hat durch den G-BA zu erfolgen. Hier können neue Aufgaben auf die KZVen zukommen.

Die Arbeit im G-BA-Unterausschuss war zu Beginn geprägt vom Inkrafttreten einer QM-Richtlinie im vertragsärztlichen Bereich

zum 1.1.2006. Sowohl die G-BA-Geschäftsführung wie auch die Spitzenverbände der Krankenkassen strebten eine sektorübergreifende Richtlinienharmonisierung und damit eine weitgehende Übernahme der ärztlichen QM-Inhalte auf den zahnärztlichen Bereich an. So sollten auch für den zahnärztlichen Bereich Qualitätskontrollkommissionen unter Beteiligung der Krankenkassen vereinbart werden. Dazu sahen aber die Vertreter der Zahnärzteschaft im Ausschuss und sogar auch die Patientenvertreter keine rechtliche Grundlage.

KZBV erhielt intensive fachliche Beratung und Unterstützung vom Vorsitzenden des Ausschusses Qualitätssicherung der Bundeszahnärztekammer Dr. Peter Boehme und der Zentralstelle Zahnärztliche Qualitätssicherung (zzq).

Nachdem in langer Überzeugungsarbeit zunächst die Kassen und die Patientenvertreter von der Prämisse einer eigenständigen Richtlinie ohne Qualitätskommissionen und überbordende Bürokratie überzeugt werden konnten, gelang es schließlich, sich gemeinsam gegen das Bundesgesundheitsministerium durchzusetzen und sich auf eine für den zahnärztlichen Bereich spezifische und eigenständige Richtlinie zu verständigen. Das zahnärztliche Ziel, eine eigene, sich bewusst vom ärztlichen Bereich abhebende Richtlinie zu erarbeiten, war erreicht.

Weitere Verhandlungen

Im Verlauf des Jahres 2007 wird das Thema Qualitätssicherung verhandelt. Im Bundesausschuss wird man sich, vor dem Hintergrund, dass die geltenden Richtlinien des zahnärztlichen Bereichs bereits zahlreiche fachliche Qualitätskriterien enthalten, intensiv mit der Frage beschäftigen müssen, ob und gegebenenfalls welche zusätzlichen Maßgaben erforderlich sind. Hier herrscht Klärungsbedarf.

Schließlich wird man sich im Ausschuss auch mit dem Thema „externe Qualitätssicherung“ im ambulanten Bereich befassen müssen. Hier ist noch alles offen. Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Dr. Rainer Hess, plädiert zum Beispiel dafür, mit der Einführung so lange zu warten, bis das ganze Unterfangen EDV-gestützt erfolgen könne. Hier handelt es sich also um ein reines Zukunftsprojekt, für das noch keine Zeitschiene festgelegt ist.

Auch bleibt abzuwarten, welche Regelungen das künftige neue GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vorsieht, das im April in Kraft treten soll. Geplant ist derzeit, Qualitätssicherung zunehmend sektorübergreifend zu regeln.

Für diesen Fall haben die Zahnärzte ihren Blick schon beim ersten Schritt weit genug



Die Stellungnahme der BZÄK

Die BZÄK hatte – wie gesetzlich vorgesehen – im Vorfeld zum Entwurf der Richtlinie Stellung genommen. Sie hält grundsätzlich eine Regelung zum QM auf gesetzlicher Basis für überflüssig, weil von den Kammern bereits eine Vielfalt von qualitätsfördernden Maßnahmen für Zahnarztpraxen angeboten werden. Sie betont, dass die neue Richtlinie sich auf grundlegende Mindestanforderungen beschränken soll. Davon ausgehend solle dem jeweiligen Vertragszahnarzt eine individuelle Entwicklung eines Qualitätsmanagements ermöglicht werden. Die BZÄK weist außerdem darauf hin, dass bei der Umsetzung der Richtlinie Kosten entstehen würden, die von den Praxen allein zu tragen seien. Die Kosten-Nutzen-Relation müsse daher streng beobachtet werden. Dazu gehört auch die Begrenzung der Dokumentations- und Berichtspflicht auf das notwendige Maß. Nur wenn die in der Praxis zu erbringenden Maßnahmen sinnvoll sind und ohne überflüssigen bürokratischen Aufwand erbracht werden können, wird die Richtlinie bei den Vertragszahnärzten Akzeptanz finden. zm

vorausgeworfen. Der KZBV-Vorstand wird auch zukünftig engagiert darauf achten, dass die zahnärztlichen Belange nicht einfach den ärztlichen untergeordnet werden.

Die Marschrichtung des KZBV-Vorstandes, wie auf der Vertreterversammlung in Erfurt dargestellt: „Für diesen Fall werden sich mit den QM-Richtlinien des ärztlichen und des zahnärztlichen Bereichs zwei unterschiedliche Umsetzungsmodelle gegenüberstehen. Eine Vereinnahmung der Zahnärzte wird dann nicht mehr so einfach möglich sein! Und es ist nicht ganz fernliegend – wir haben das alle zuletzt beim Thema Praxisgebühr miterleben dürfen – dass die KBV erkennen wird, dass unser Verhandlungsergebnis wieder einmal das bessere ist.“ zm



Foto: stockdisc

Die QM-Richtlinien stellen eine Mindestanforderung dar.

Individuelle Regelung

Der KZBV-Vorstand als Vertretung der Zahnärzteschaft im G-BA musste harte Überzeugungsarbeit leisten. „Wir werden nur solchen Regelungen zustimmen, die für unsere Praxen sinn- und nutzbringend sind und die keine weiteren Bürokratiemonster nach sich ziehen“, betonten sie stets in den Verhandlungen. Die elementare Forderung der KZBV-Spitze: eine Richtlinie für ein praxisindividuelles Qualitätsmanagement zu erstellen, welches möglichst frei von zusätzlicher Überreglementierung und Bürokratie und vor allem Nutzen spendend für die Praxen und die Versorgung der Patienten sein sollte. Es galt, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, Mindestanforderungen zu formulieren, um den Kollegen vor Ort einen weitreichenden Spielraum zu geben, den besonderen Gegebenheiten ihrer Praxen bei der Entwicklung und Implementierung eines QM-Systems Rechnung zu tragen. Die

Professionspolitisches Handeln

Im Zeichen des Wandels

Die zahnärztliche Tätigkeit steht zunehmend unter politischen, soziologischen, ökonomischen und kulturellen Einflüssen. Sowohl das Berufsbild selbst als auch das professionspolitische Handeln sind deshalb einer stetigen Weiterentwicklung unterzogen. Die zahnärztlichen Berufsorganisationen sind gefordert, diesen Wandel aktiv mitzugestalten.



Die Tätigkeit des Zahnarztes steht unter vielfältigen gesellschaftlichen Einflüssen.

Foto: stockdisc

Eine Aufgabe zahnärztlicher Berufsorganisationen ist es, gesellschaftliche Veränderungsprozesse in ihren konkreten Auswirkungen auf die zahnmedizinische Versorgung zu analysieren. Bereits Virchow stellte im Jahre 1848 fest, dass die Medizin (Zahnmedizin) eine soziale Wissenschaft und damit Resultat gesellschaftlicher Durchdringung ist. Zunehmend steht der Arzt/Zahnarzt im Zentrum kultureller, ökonomischer und politischer Einflüsse. Deshalb liefert eine soziologische Beschäftigung mit der Zahnmedizin dazu nähere Erkenntnisse.

Fest steht, dass zahnmedizinische Versorgungsstrukturen prinzipiell nur im Kontext ihrer sozialen Verpflichtungen mit der gesamten Sozialstruktur einer Gesellschaft verstanden werden können. Die zahnmedizinische Versorgung darf nicht nur als ein statisches System aufgefasst werden, sondern muss durch vielfältige Einflüsse, – zum Beispiel die gesellschaftliche Erwartung, gesetzgeberische Eingriffe oder neue Wissenschaftserkenntnisse – fortlaufend weiterent-

wickelt werden. Dadurch unterliegt auch das zahnärztliche Berufsbild stetigen Veränderungen.

Die zahnärztliche Profession reagiert auf den gesamtgesellschaftlichen Wandel und die sich dadurch veränderten Werte [Marotzki, 2004]. Es gilt, in einem stetigen Prozess darzustellen, welche Rolle und Bedeutung die Zahnmedizin für die gesundheitliche Betreuung in einem sozialen Sicherungssystem der Bevölkerung besitzt.

Kompetenz erweitern

Hinzu kommt, dass die heutige Informationsgesellschaft immer weiteren Teilen der Bevölkerung ein Mehr an Informationen auch über zahnmedizinische Fragestellungen bietet. Daraus ergibt sich, dass die Kompetenz des Zahnarztes für Belange der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erweitert werden muss. Hieraus leitet sich ab, dass die zahnärztlichen Berufsorganisationen auf hohem Qualitätsniveau und mit entsprechenden Kooperationspartnern – zum Beispiel der Wissenschaft, aber auch unter Umständen Verbraucherschutzorganisationen – ständig weitere Informationen über die Patientenberatung zur Verfügung stellen müssen.

Wichtigste Grundlage des zahnärztlichen Wirkens sind jedoch stabile Rahmenbedingungen im Versorgungsalltag. Dabei ist das gegenseitige Vertrauen zwischen Zahnarzt

Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis

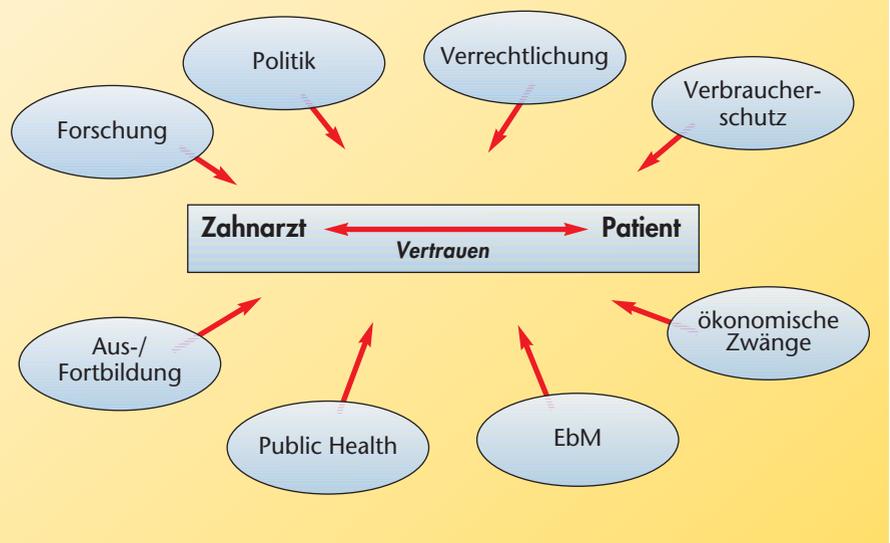


Abbildung 1: Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis unterliegt einer Vielzahl von Einzelfaktoren.

Ausgewählte Erkrankungsrisiken für KHK und Karies/Parodontitis

	Koronare Herzkrankheit	Karies/Parodontitis
Verhaltensrisiken	Rauchen Stress Ernährungsgewohnheiten (Fettzufuhr) Bewegungsmangel	schlechte Mundhygiene Ernährungsgewohnheiten (Zuckerzufuhr) Rauchen (Parodontitis) Stress
soziale Umfeldrisiken	niedriges Einkommen einfache Schulbildung	niedriges Einkommen einfache Schulbildung
somatische Risiken	genetische Ursachen Diabetes Übergewicht Gefäßanomalien Hypertonie unbehandelte Parodontitis	genetische Ursachen Diabetes (Parodontitis) verminderter Speichelfluss (NW durch Medikamente) Zahnstellung Zahnmorphologie immunologische Erkrankungen

Quelle: IDZ, 2003

Abbildung 2: Die Risikofaktorenmedizin zeigt Zusammenhänge auf.

und Patient in seinem Rollenverständnis der wichtigste Faktor für eine erfolgreiche zahnärztliche Betreuung. Das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren (Beispiele dafür siehe Abbildung 1).

Die enormen Fortschritte in der zahnmedizinischen Wissenschaft fordern den Berufsstand in allen Bereichen der Fort- und Weiterbildung heraus. Bundes- und landesweite Erhebungen zum Fortbildungsverhalten [IDZ, Nr. 2/2005; Oesterreich, Klammt, Curth, 2002 und 2004] verdeutlichen den enormen Fortbildungswillen und die Motivation des Berufsstandes. Über die Nutzung curriculärer Fortbildung erleben wir eine stärkere Spezialisierung einzelner Praxen als auch in Kooperationsformen. Insgesamt zeigt sich der Wandel des Berufsbildes hin zum Hauszahnarzt mit zwei bis drei Praxis-schwerpunkten.

Vom Therapeuten zum Manager

Der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin hin zu einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird deutlich durch veränderte Praxisstrukturen und Prozessabläufe mit einer stärkeren Strukturierung der Befunderhebung und Diagnostik. Das Ganze mündet ein in eine präventive Langzeitbetreuung. Der Zahnarzt wandelt sich vom ausschließlichen

Therapeuten hin zum Manager der oralen Gesundheit. Die in den letzten Jahren in der wissenschaftlichen Literatur verstärkte nachgewiesenen Zusammenhänge von oralen mit allgemeinmedizinischen Erkrankungen verdeutlichen den integrativen Status der Zahnmedizin im medizinischen Fächerkanon. Diese Erkenntnisse fließen ein in die Novellierung der Approbationsordnung und fordern den praktizierenden Zahnarzt sehr viel stärker in seiner medizinischen Kompetenz. Interaktion mit anderen medizinischen Fachgebieten und die intensive Auseinandersetzung mit medizinischen Parametern bei der Anamnese sind Ausdruck dieser Entwicklung.

Von besonderer Bedeutung für die Ausgestaltung zahnmedizinischer Versorgungsstrukturen bis hin zur Schwerpunktsetzung der einzelnen Zahnarztpraxis sind sozialepidemiologische Erkenntnislagen. Die jüngst publizierte Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt neben den nachhaltigen Erfolgen auch zahlreiche Handlungsfelder auf. Wichtige Erkenntnis der sozialmedizinischen Ergebnisse ist, dass die Bedeutung der Mundgesundheit aus der Sicht des Patienten im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten zahnärztlicher Dienstleistungen auf einem sehr hohen Niveau liegt. Auch ist die Patient-Zahnarzt-Bindung außerordentlich stark ausgeprägt. Nachgewiesen werden konnte ferner, dass die zahnprothetische Versorgung einen we-

zm-Info

sentlichen Einfluss auf die orale Lebensqualität besitzt. Insgesamt Ergebnisse, die die Bedeutung der Zahnmedizin aus der Sicht der Soziologie unterstreichen.

Handlungsfelder bestehen insbesondere im Hinblick auf die Verstärkung der Prävention über alle Lebensphasen und Bevölkerungsschichten hinweg. Besonders im Hinblick auf die Zunahme schwerer PAR-Erkrankungen bei den Senioren sowie bei der Zunahme von Wurzelkaries bei Erwachsenen und Senioren sind Herausforderungen erkennbar. Beide letztgenannten Handlungsfelder sind paradoxerweise Ergebnisse der zunehmenden Zahnerhaltung und erklären somit die Erkrankungsrisikoanstiege. Im Hinblick auf die insbesondere bei den PAR-Erkrankungen bestehenden Zusammenhänge zu allgemeinmedizinischen Erkrankungen steigt stetig die Bedeutung der Zahnmedizin im medizinischen Fächerkanon. Versorgungsbedarfe ergeben sich aber nicht nur in der Therapie, sondern vor allen Dingen auch langfristig im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter im Hinblick auf die Prävention der Parodontalerkrankungen.

Erhöhte Anforderungen

Zentrale Herausforderung bleibt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels der Bevölkerung der Ausbau und die stärkere Strukturierung der Alterszahnheilkunde. Diese stellt an die Versorgungssysteme, aber auch an die einzelne Praxis deutlich erhöhte Anforderungen. Es gilt also, entsprechende Versorgungsangebote in der einzelnen Praxis, aber auch darüber hinaus im Versorgungssystem unter Beteiligung des Berufsstandes zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Aus der Sicht der Behandlungsbedarfe ist im Hinblick auf gesundheitsökonomische Auswirkungen in der Zahnmedizin, wie bereits in der Medizin, eine deutliche Zunahme der Kostenentwicklung im Alter zu erwarten.

Die sozialmedizinischen Erkenntnislagen zeigen aber auch Zusammenhänge von Bildung sowie sozialem Status und der Mundgesundheit auf. Die Polarisierung der Krankheitslast zeigt, wie in der gesamten Medizin auch, die Grenzen zahnmedizinischer

Leitfaden Psychosomatik der Bundeszahnärztekammer

Ein Konzept für aktive Hilfestellung im Praxisalltag

Mit den bisher erschienen Leitfäden zur Individualprophylaxe, zur Gruppenprophylaxe und zur Alterszahnheilkunde hat die BZÄK kontinuierlich einen entsprechenden Input geliefert. Sie dienen als wissenschaftlich begründete und gleichzeitig praxisnahe Problemaufrisse für den berufstätigen Zahnarzt und als systematische Orientierungshilfe zu ausgewählten

sichtigen. Psychosomatische Symptome und Krankheitsbilder wirken hinein in alle Gebiete der Zahnmedizin. Deswegen ist es notwendig, dass die zahnärztliche Diagnostik und Therapie um den psychosomatischen Blickwinkel erweitert wird. Zentrale Feststellung in diesem Zusammenhang ist es, dass oftmals eine Diskrepanz zwischen Befund und Befinden des



Dienstleistungen der Zahnarztpraxis. Dabei spielt der neue Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde eine entsprechende Rolle.

Veränderungen im Morbiditätsspektrum moderner Industriegesellschaften haben unmittelbare Auswirkungen auf das Berufsbild des Zahnarztes. Dies gilt insbesondere bei der Zunahme psychischer Probleme, Störungen oder Erkrankungen mit ihren unmittelbaren Auswirkungen auf den Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Da das biopsychosoziale Krankheitsverständnis mittlerweile anerkanntes Gedankengut auch in der Zahnmedizin ist und die epidemiologische Situation aufzeigt, dass rund ein Viertel aller Deutschen unter psychosomatischen und psychischen Erkrankungen leidet, galt es, bei der Diagnostik und Therapie neben den modernen Methoden der Zahnheilkunde auch verstärkt psychische Faktoren zu berücksichtigen.

Der psychosomatisch denkende Zahnarzt stärkt somit das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis und fördert die orale Lebensqualität.

Der von der Bundeszahnärztekammer veröffentlichte Leitfaden Psychosomatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stellt die wesentlichen psychosomatischen Störungen, Krankheitsbilder und therapeutischen Ansätze im zahnärztlichen Versorgungsalltag dar und führt in die professionsübergreifende Zusammenarbeit ein. Darüber hinaus setzt der Leitfaden eine entsprechende Orientierung für Fortbildungsaktivitäten der Landes Zahnärztekammern und fördert die Kooperation mit anderen medizinischen Fachgebieten.

■ Der Leitfaden ist über die Landes Zahnärztekammern zu beziehen und steht unter <http://www.bzaek.de/list/za/leitfaden-bzaek06.pdf> im Internet zur Verfügung.

scher Betreuungssysteme. Vielmehr wird deutlich, dass gesundheitliche Chancengleichheit eine Querschnittsaufgabe aller Politikfelder ist. Nur in der Interaktion unter Beteiligung der Zahnmedizin werden hier zukünftige Verbesserungen erreichbar sein. Die Risikofaktorenmedizin zeigt hierzu die Zusammenhänge der Erkenntnislage auf (Abbildung 2).

Unzweifelhaft kann festgestellt werden, dass die intensive Beschäftigung des Berufsstandes mit diesen Rahmenbedingungen zwangsläufig konkrete Auswirkungen auf den täglichen Versorgungsalltag des Zahnarztes besitzt. Die zusammengetragenen Erkenntnislagen, die nur einige Facetten aufzeigen, bieten eine gute Grundlage für die Aufstellung des Berufsstandes in den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen. Allerdings wird deutlich, wie komplex, aber auch wie konkret das zahnärztliche Berufsbild Veränderungen unterworfen ist. Dabei



Foto: BZÄK

Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK, skizziert den professionspolitischen Wandel.

ist das aktive und gestalterische Herangehen an diesen Wandel die Aufgabe der Berufsorganisationen.

Die Bundeszahnärztekammer sieht es als ihre Verpflichtung an, jeden Kollegen auf den professionspolitischen Wandel vorzubereiten und konkrete Lösungsansätze zu bieten.

Es gilt, die Ausgestaltung des zahnärztlichen Berufsbildes aktiv zu unterstützen. Das mündet ein in konkrete Hilfestellungen, Konzepte und Handlungsanweisungen für die tägliche Praxis (siehe Kasten Seite 22).

*Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer
Chausseestr. 13
10115 Berlin*



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.

Gesundheitsreform

Gründlich blamiert

Man kann es nicht mehr hören, man will es nicht mehr sehen – und trotzdem geht der Koalitionsklamauk um die Gesundheitsreform weiter. Im nächsten Akt will die Regierung den Zeitplan wieder nach hinten verschieben. Der Grund diesmal: „Beratungsbedarf“.

Zum dritten Mal stellt die Regierung die Gesundheitsreform hintan. Zuerst sollte sie im Januar starten, dann – passenderweise – am 1. April. Im Folgenden wurde der fragwürdige Fonds von 2008 auf 2009 verrückt. Und jetzt geht es um die Schlussabstimmung im Bundestag: Sie soll nun nicht am 19. Januar, sondern erst im Februar stattfinden. Als Begründung für die neuerliche Verzögerung nennt Schwarz-Rot: Gesteigerter Beratungsbedarf. Den hätte man freilich schon im November vorhersehen können, als der Abstimmungstermin vereinbart wurde. Schließlich lagen schon damals alle aktuellen Vorbehalte gegen die Reform auf dem Tisch.



Ulla Schmidt und Bert Rürup präsentieren das neueste Gutachterwerk der Presse.

Krieg der Gutachten

Bekannt war und ist: Die unionsgeführten Länder, allen voran Bayern, beklagen, dass über den Fonds zusätzliche Milliarden in ärmere Regionen abfließen. Das „Kieler Gutachten“ bescheinigte denn auch Mehrbelastungen für Baden-Württemberg in Höhe von 1,61 Milliarden und für Bayern in Höhe von 1,04 Milliarden Euro. Nach dem Freistaat, Baden-Württemberg und Hessen klinkte sich auch NRW ein: Nach einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschafts-

forschung (RWI) zahle das Land gegenwärtig etwa 500 Millionen Euro mehr in das System als es selbst verbrauche. Die geplante Reform würde die Beitragszahler bis zu 142 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich kosten. Unter Berufung auf diese Zahlen drohte CSU-Chef Edmund Stoiber sogar damit, die Reform im Bundestag platzen zu lassen. Die Bundesregierung und das dem BMG unterstellte Bundesversicherungsamt wiegelten ab. Rückendeckung erhielten sie von Bert Rürup, dem Vorsitzenden des Sachverständigenrats: Die Methoden des Kieler Instituts für Mikro-Datenanalyse seien „außerordentlich fragwürdig“, die Zahlen „deutlich überdimensioniert“.

Das von ihm und seinem Kollegen Wille erstellte Gegengutachten für das Haus Schmidt wurde dann zwar mit Spannung erwartet, sorgte aber für keine Überraschung: Kommen die Experten doch zu dem Schluss, dass die Befürchtungen der Südländer völlig unbegründet seien. Dem Rürup-Wille-Gutachten zufolge würden über den geplanten Fonds aus Bayern zusätzlich zwischen 80,7 und 97,8 Millionen Euro jährlich in den Norden und Osten abgezogen – dorthin, wo die Lohntüte kleiner, die Arbeitslosigkeit dagegen umso höher ausfällt. Für Baden-Württemberg errechnen Rürup und Wille ein Manko von 72,1 bis 92,5 Millionen Euro, für Hessen 61,7 bis 64,2 Millionen. Das Gutachten sagt für Bayern, Baden-Württemberg und Hessen also Transferzahlungen von unter 100 Millionen Euro voraus – und widerspricht damit kategorisch den Ergebnissen aus Kiel. Zur Kasse gebeten würden auf alle Fälle Hamburg mit bis zu 36 Millionen Euro und NRW mit bis zu 20,4 Millionen Euro. Größter Gewinner wäre Sachsen mit bis zu 106,9 Millionen Euro mehr im Topf im Vergleich zum geltenden RSA.

Über die Beliebigkeit von Zahlen

Wess' Brot ich ess', dess' Zahl ich druck' – so kann es auch heißen angesichts der vielen Studien, die seit Herbst kursieren, um die jeweiligen Argumente Pro oder Contra Gesundheitsreform zu belegen oder schönzureden. Auch das jüngste Gutachten, das Ulla Schmidt zusammen mit dem Wirtschaftsweisen Bert Rürup vorlegte, bringt nicht wirklich Erleuchtung ins Geschehen. Die Sache stockt, der avisierte große Wurf wird zu einem Scheiterhaufen gerieren, egal, für wie „gut“ er von welcher Koryphäe auch immer erachtet wird. Alles, was bleibt, ist ein schaler Beigeschmack über die Beliebigkeit der Zahlen. Und die fast schon zynische Forderung, ein neues Gutachten zu erstellen – über die Qualität von Gutachten zur Gesundheitsreform.

Gabriele Prchala

Parallel zur Gutachterflut schwelt der Streit um die PKV. Die Union wirft Ministerin Schmidt vor, im Gesetzentwurf stehe etwas anderes als in den Eckpunkten vereinbart. In dieser Form höhle der geplante Basistarif das gut funktionierende PKV-System aus und belaste die heutigen Privatversicherten mit Kosten, die sie nicht zu verantworten hätten.

Zankapfel PKV

Strittig ist erstens, für wen der Tarif überhaupt gelten soll – die SPD will ihn nicht nur für Unversicherte, sondern für alle privat Versicherten, sogar für Beamte und Selbstständige, und zugleich die übliche Gesundheitsprüfung abschaffen. Der Union geht das zu weit. Fern einer Klärung ist auch die Frage, wer den Basistarif festlegt. Die SPD sagt: das BMG per Rechtsverordnung. Die Union sagt: die PKV selbst, und zwar durch ihre Aufsichtsbehörde.

Einig sind sich die Politiker in einem Punkt: Mit diesen Gesetzen wird man die Krankenversicherung nicht auf solide Füße stellen können. Das eigentliche Ziel dieser Reform gilt damit schon heute als verfehlt. Darüber hinaus bezweifeln etliche Kritiker, ob im Frühjahr wirklich der Startschuss fällt. Keiner wäre wohl überrascht, wenn es dann heiße: April, April!

Stalking

Kranker Liebeswahn

Sie lauern ihren Opfern auf, überschütten sie mit Liebesbriefen und betreiben Telefonterror – Stalker kennen keine Grenzen. Wer in ihr Visier gerät, traut sich oft kaum mehr aus dem Haus und leidet noch Jahre später unter Angst und Depressionen. Viele Betroffene bitten verzweifelt ihren Arzt um Hilfe.



Foto: Photothek.net

Stalker alles über sein Opfer, um es zu jeder Zeit stellen zu können. Stalking ist Bedrohen, Verfolgen, Psychoterror und beschreibt ein Verhalten, bei dem jemand einen anderen ausspioniert, belästigt oder gar attackiert. Wer gestalkt wird, sieht sich seinem Verfolger überall ausgesetzt – am Telefon, im Café, zu Hause. Mag die Belagerung auf den ersten Blick harmlos aussehen – das Opfer zermürbt sie auf Dauer. Nicht die einmalige Beschattung ist das Problem, sondern die Allgegenwart des Täters.

Auf der Pirsch

Im Extremfall geht Stalking bis hin zu körperlicher Gewalt, Vergewaltigung oder Mord. Ausgehend von den USA wird das Phänomen seit den Neunzigern zunehmend wissenschaftlich erforscht. Seit Ende November 2006 ist Stalking bei uns strafbar (§ 238 StGB und § 112a StPO). Vorher galten nur die Gewaltdelikte als kriminell, nicht das Belauern als Solches. Wenn das Opfer in seiner Lebensführung nachweisbar beeinträchtigt wird, drohen dem Täter Strafen bis zu drei Jahren, bei Belästigung mit Todesfolge Freiheitsentzug bis zu zehn Jahren.



Die TU Darmstadt hat von 2002 bis 2005 die bisher größte wissenschaftliche Studie zum Thema Stalking im deutschsprachigen Raum durchgeführt. Insgesamt wurden Fragebögen von 551 Stalking-Opfern und 98 Stalkern ausgewertet und telefonische Interviews mit 50 Stalking-Opfern geführt. Die Untersuchung wurde vom Weißen Ring gefördert. ■

Das ist Stalking

- häufige Anrufe/SMS zu jeder Tages- und Nachtzeit
- unzählige Briefe oder Mails schreiben
- penetrantes Herumtreiben in der Nähe
- Verfolgen, Hinterherlaufen oder -fahren
- unerwünschte Kontaktaufnahme über Dritte, auch im Büro
- unerwünschte Geschenke zusenden
- Unwahrheiten verbreiten
- Nachrichten an der Haustür, am Auto
- Tagesabläufe erkunden
- gleiche Freizeitaktivitäten betreiben
- Waren oder Dienstleistungen auf Namen des Opfers bestellen
- in die Wohnung eindringen
- Eigentum zerstören
- die/den Ex im Internet aufspüren und diffamieren

Nach Trennung Mord

Besondere Bedeutung erhält das Verhältnis zwischen Opfer und Täter. Meist kennen die sich nämlich schon vorher. Nur in neun Prozent der Fälle war der Stalker ein Fremder, in knapp 50 Prozent hingegen der Ex. Die Übrigen sind Arbeitskollegen, Nachbarn, Kunden, Patienten oder Bekannte aus Volkshochschule und Verein, wie eine Studie der TU Darmstadt ergab (siehe Kasten). Im Schnitt stellen Stalker ihrem Opfer 28 Monate nach. Wertet man auch leichtere Übergriffe als Gewalt, wird der Täter in fast 40 Prozent handgreiflich. Fast jedes fünfte Opfer wird sexuell genötigt, desgleichen berichtet jeder Fünfte über Faustschläge oder Angriffe mit Waffen. Die Auswirkungen sind erheblich: Zwei Drittel der Belästigten leiden an Schlafstörungen und Alpträumen. Über 90 Prozent haben Angst bis hin zu Panikattacken – selbst dann, wenn der Stalker längst von ihnen abgelassen hat. Nur neun Prozent gaben an, danach völlig angstfrei zu sein. Viele Opfer igeln sich zusehends ein. Den letzten befreienden Schritt sehen viele oftmals nur noch darin, den Wohnort zu wechseln, den Freundeskreis aufzugeben oder zu kündigen. Die Studie ergab weiter, dass das Stalking auch

John Lennon, Madonna, Sandra Bullock, Steffi Graf und Jeanette Biedermann haben eins gemeinsam – sie wurden von Stalkern behelligt. Gestalkt werden freilich nicht nur Stars – nein, treffen kann es prinzipiell jeden. Gut zehn Prozent aller Deutschen werden im Laufe ihres Lebens einmal von Stalkern verfolgt. Oft fängt es ganz harmlos an: ein Anruf, eine SMS. Doch dann ufern die Annäherungsversuche aus – und alle Zurückweisungen scheitern. Was für ein aufdringlicher Typ! Er lässt nicht locker, wird immer zudringlicher, während das Opfer ob der permanenten Bedrohung allmählich durchzudrehen droht. „Stalking“ heißt übersetzt „auf die Pirsch gehen“. Wie ein guter Jäger sammelt der

für die Täter ein einschneidendes Erlebnis darstellt: Weit über die Hälfte gab an, ihre Persönlichkeit oder Psyche hätte sich verändert. Sie klagten über Depressionen, Schlafstörungen, Angst. Mehr als jeder Dritte war wegen des Stalking bereits in Behandlung. Spezielle Therapien für Stalker gibt es hier zu Lande jedoch nicht – die Ärzte müssen überdies sehr vorsichtig sein, werden sie doch häufig selbst zum Objekt der verzerrten Liebe auserkoren.

Verzerrte Wahrnehmung

Obleich die Kontaktversuche auch in ihrer eigenen Wahrnehmung so gut wie nie zum Erfolg führen, setzen 96 Prozent der Stalker ihre Annäherungen fort. Als Gründe für ihre Beharrlichkeit nannten sie, dass sie davon ausgingen, das Opfer sei schicksalhaft für sie bestimmt, dass sie glaubten für das Opfer sorgen zu müssen, dass sie an ihre eigenen Bedürfnisse denken müssten, dass ihnen von der Person Unrecht angetan wurde oder – in selteneren Fällen – dass sie vom Gefühl der Macht berauscht seien.

Psychologen raten den Betroffenen, dem Täter einmalig sehr klar und sachlich sagen, dass sie keinen weiteren Kontakt wünschen und dies ab dann auch strikt ablehnen. Das bedeutet im Alltag: keine Telefonanrufe des Stalkers mehr anzunehmen, keine Briefe

Gruppe	Motivation	Beziehungsverhältnis
1 Zurückgewiesene Stalker	fühlen sich gedemütigt, zurückgewiesen	meist Ex-Partner
2 Beziehungssuchende Stalker	missdeuten die Beziehungsbereitschaft des Opfers, häufig Liebeswahn	persönliches und weiteres Umfeld des Opfers
3 Intellektuell retardierte Stalker	ungenügende Sozialkompetenz, überschreiten Grenzen	persönliches und weiteres Umfeld (Nachbarschaft)
4 Rachsüchtige Stalker	sehen sich fälschlicherweise selbst als Opfer der von ihnen gestalkten Opfer	weiteres, temporäres Umfeld (beispielsweise Arzt oder Rechtsanwalt als Opfer)
5 Erotomane, morbide, krankhafte Stalker	Kontrolle/Dominanz – meist psychopathische Persönlichkeit	persönliches und weiteres Umfeld (Nachbarschaft)
6 Sadistische Stalker	haben Gefühl der Befriedigung	persönliches und weiteres Umfeld

Quelle: Mullen, P. E., Pathé, M. & Purcell: „Stalkers and their victims“, Cambridge University Press, Cambridge

mehr zu beantworten. Die Polizei kann Tipps geben, inwieweit Geheim- und verdeckte Telefonnummern, Filter, AB sowie Fangschaltungen Sinn machen. Wer gestalkt wird, sollte seine persönlichen Daten aus öffentlichen Verzeichnissen und Online-Profilen löschen. Umgekehrt ist es allerdings wichtig, alle Taten des Stalkers nach Möglichkeit genau zu dokumentieren. Also Post aufbewahren und SMS abspeichern! Opfer sollten zudem schnell ihr persönliches Risiko abchecken, am besten mithilfe von Experten. So ist bekannt, dass Stalking nach einer zerbrochenen Partnerschaft oft in Gewalttaten eskaliert. Ist der Täter vorher schon aggressiv geworden, erhöht dies die Gefahr.

Als weitere Risikofaktoren nennen Psychologen eine verminderte psychosoziale Anpassung, fehlende Integrationsbereitschaft, Alkoholmissbrauch oder psychische Störungen, die sich in extrem kompulsivem oder obsessivem Verhalten äußern können.

Aus psychologischer Sicht sollte sich das Opfer nicht isolieren lassen und stattdessen aktiv handeln. Dadurch lassen sich auch drohende Depressionen positiv beeinflussen. Gut, wenn man sich bei Freunden und Profis Unterstützung sucht. Wer seine Kollegen, Nachbarn und Freunde einweilt, schafft sich überdies ein Frühwarnsystem.

ck

Keimattacke aus dem Wasserhahn

Mario Lips

Ob morgentliche Dusche oder blubbernder Whirlpool: Die feuchten Oasen der Entspannung sind für die meisten von uns ein Stück Lebensqualität. Doch warmes Wasser belebt nicht nur Körper und Geist – auch unzählige Mikroorganismen schätzen die angenehmen Temperaturen. Besonders berüchtigt und immer wieder in den Schlagzeilen sind Legionellen. Eine Infektion mit den in Wasserrohren lebenden Bakterien kann zur tödlichen Gefahr werden. Aber man kann dieses durchaus vermeiden, besonders in Haushalten und auf Reisen in „heiße“ Länder.

Schwimmbäder werden geschlossen, öffentliche Duschen gesperrt: Wenn es bei einer Routinekontrolle des Gesundheitsamtes „Legionellen-Alarm“ heißt, wird es den Betreibern der Anlagen oft mulmig. Denn das Risiko für Besucher der Sanitärbereiche, eine schwerwiegende Infektion davonzutragen, ist beachtlich.

Prominentes Beispiel ist der Triathlet Stephan Vuckovic, Silbermedaillengewinner der Olympischen Spiele von Sydney. Bei der Europameisterschaft 2001 im tschechischen Karlsbad infizierte sich der Leistungssportler mit Legionellen und sein Wettkampf endete auf der Intensivstation. Weit mehr als ein Jahr brauchte Vuckovic bis er körperlich wieder fit genug war, um an einer Meisterschaft teilnehmen zu können. Vuckovic ist kein Einzelfall. Mitte 1999 starben 22 Besucher einer niederländischen Gartenbaumesse, die sich über zwei ausgestellte Whirlpools infiziert hatten, 2003 erlagen zwei ältere Patientinnen den Erregern, mit denen sie in einem Klinikum in Frankfurt an der Oder in Kontakt gekommen waren.

Infektiöser Nebel

Auslöser für die bedrohliche Erkrankung sind stäbchenförmige Bakterien der Gattung Legionella, die sich in warmen, stehenden Wasserleitungssystemen wohlfühlen. Vor allem im Sommer vermehren sie

sich bei Temperaturen zwischen 25 und 45 Grad Celsius rapide. Über feinste Wassertropfchen gelangen sie häufig beim Duschen in die Atemwege und können eine schwere Lungenentzündung hervorrufen. Wie Experten des Robert Koch-Instituts schätzen, kommt es allein in Deutschland zu mehr als 30 000 Krankheitsfällen. Rund 1 000 Patienten versterben an einer Legionellose, die auch als Legionärskrankheit bekannt ist.

Vor 30 Jahren wurde der heimtückische Erreger Legionella pneumophila erstmalig beschrieben. Auf einem Treffen amerikanischer Veteranen erkrankten 182 Teilnehmer an einer akuten Lungenentzündung, 29 von ihnen verstarben wenig später. Eine aufwendige Untersuchung ergab, dass sich die Betroffenen über die Klimaanlage eines Hotels mit dem bislang unbekanntem Erreger angesteckt hatten. Rückblickend konnten auch mehrere Epidemien bis ins Jahr 1947 der Gattung Legionella zugeschrieben werden. Neben der Legionärskrankheit verursachen die Erreger auch das „Pontiac“-Fieber, das weniger gefährlich ist und mit grippeähnlichen Symptomen wie hohem Fieber, Muskelschmerzen und Husten einhergeht.

Männer bevorzugt

Der Ablauf der Erkrankung hängt vom Zustand des Infizierten ab: Ganz unbemerkt werden Legionellen mit Aerosolen tief eingeatmet und treffen in den Lungenalveolen auf Makrophagen. In diesen Fresszellen des

Immunsystems wachsen und teilen sich die Bakterien. Je nach Vorbelastung des Betroffenen treten nach zwei bis zehn Tagen die Anzeichen der Krankheit auf. Besonders schlimme Folgen hat die Ansteckung für chronisch Lungenkranke oder immunsupprimierte Menschen wie Organtransplantatträger. Statistiken zeigen aber auch, dass Raucher und ältere Personen der Bakterienattacke wenig entgegenzusetzen haben und schwer erkranken. Warum die Legionellose doppelt so viele Männer wie Frauen ereilt, bleibt bislang noch ein Mysterium. Beim Verdacht auf eine Ansteckung lassen sich die gefährlichen Keime mit einem einfachen Urintest bereits innerhalb von 15 Minuten nachweisen. Eine mehrwöchige Behandlung mit Antibiotika wie Erythromycin oder Rifampicin kann dann den Patienten vor einem schweren Verlauf der Krankheit schützen, die in rund 15 Prozent der Fälle mit dem Tode endet.

Legionellose als Zivilisationskrankheit

Legionellen kommen in jedem Gewässer vor und stellen in niedriger Keimzahl für den Menschen kaum ein Risiko dar. Verhängnisvoll ist ihre teils parasitierende Lebensweise in Einzellern, meist Amöben, denn hier können sie sich drastisch vermehren und gegen widrige Außenbedingungen schützen. Temperatur- und pH-Schwankungen sowie Biozide können ihnen nur wenig anhaben. Idealer Lebensraum für die Mikroorganismen und somit potenzieller



Foto: CDC

Der Einzeller *Tetrahymena pyriformis* mit einer langen Kette sich teilender *L. pneumophila* Bakterien. Im Zellinneren des Protozoen bilden sich Tausende der gefährlichen Erreger.

tern voraus, entsprechend groß wurden die Rohrleitungsnetze dimensioniert. Dank Wasserspartaste am Toilettenkasten, Öko-Autowaschanlagen und High-Tech-Geschirrspülern braucht der Deutsche heutzutage im Schnitt jedoch nur 127 Liter – eine Menge, die Wasserrohre zu einem ruhigen und gemühtlichen Aufenthaltsort für allerlei Kleinstlebewesen macht.

Krank durchs Reisen

Doch fehlende Wasserbewegung wird vor allem in großen Gebäuden zum Problem: Hotels, Krankenhäuser, Freizeitanlagen und Schwimmbäder haben riesige Rohrsysteme, die immer wieder zu ungewollten „Störfällen“ führen. Selbst das renommierte Fünf-Sterne-Hotel Ritz Carlton in Berlin musste

wenige Monate nach der Eröffnung sämtliche Zimmer wegen Legionellengefahr schließen: Eine defekte Hydraulik und bauliche Mängel hatten es den Erregern leicht gemacht.

Ständige und gründliche Kontrollen der Wasserversorgung hatten Schlimmeres verhindern können. Weniger Glück hingegen haben viele Touristen, die in südlichen Gefilden in nachlässig geführten Unterkünften Ferien machen. Jede fünfte am Robert

Foto: PP



Foto: eye of science

Bakterien der Gattung *Legionella* finden in warmem Wasser optimale Lebensbedingungen. Mittlerweile sind rund 54 Arten beschrieben worden, aber nur *L. pneumophila* löst die gefährliche Legionärskrankheit aus.

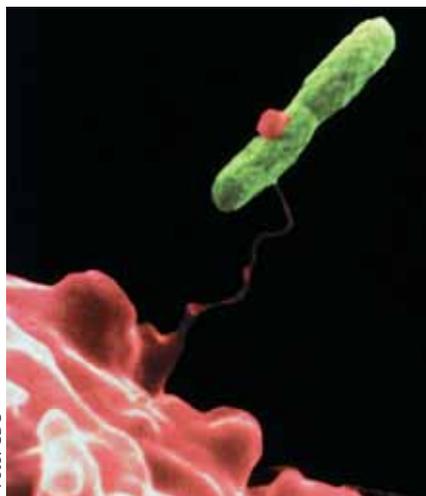
Infektionsherd sind Totleitungen oder Rohre, in denen das Wasser nur wenig fließt. Sie begünstigen an Rohrwänden und Ablagerungen die Bildung von Biofilmen, den schleimigen und schwer zu bekämpfenden Brutstätten für unzählige Mikroben. Eine Ursache der starken Verbreitung von Legionellen im Wasserversorgungssystem ist eine falsche Prognose des Wasserverbrauchs aus den 70er-Jahren. Experten sagten einen Pro-Kopf-Verbrauch von 220 Li-

Koch-Institut (RKI) gemeldete Legionellen-Infektion haben sich die Patienten bei einer Reise zugezogen. Spitzenreiter sind dabei die Türkei, Italien und Spanien. Doch auch der exklusive Luxus-Urlaub im hohen Norden schützt nicht vor den aggressiven Keimen: Für sieben Kreuzfahrt-Passagiere entwickelte sich im Jahr 2003 die Traumreise zum Albtraum. Auf einer Tour nach Grönland steckten sich die Kreuzfahrer mit verunreinigtem Wasser an. Einer von ihnen verstarb wenig später in einer Klinik in Magdeburg. Er hatte das Wasser nicht lange genug ablaufen lassen.

Keimwolke aus Kühlturm

Ebenso chancenlos gegen die infektiösen Wasserbewohner waren im gleichen Jahr 17 Bürger der nordfranzösischen Stadt Lens. Sie erlitten Frankreichs schwerster Legionellen-Epidemie, die insgesamt 86 Menschen erfasste. Ein kontaminierter Kühlturm einer benachbarten Industrieanlage hatte die todbringenden Nebel in die Umwelt abgegeben.

Die Beispiele verdeutlichen, dass es kaum möglich ist, das Legionellenproblem vollständig aus der Welt zu schaffen. Noch kritischer wird es im Bereich der Privathaushalte, wo keine behördlichen Auflagen den Bürger zur Achtsamkeit zwingen. Niemanden wundert es also, dass die Hälfte der am RKI dokumentierten Fälle, auf Infektionen



Die Amöbe *Hartmannella vermiformis* fängt mit ihren Fortsätzen, den Pseudopoden, ein frei schwimmendes Legionellen-Bakterium.

Foto: CDC



Foto: dpa

Prominente Opfer einer Legionelleninfektion: Während Triathlet Stephan Vuckovic (links) viele Monate brauchte, um wieder an Wettkämpfen teilnehmen zu können, erlag Ex-Mercedes-Chef Helmut Werner (rechts) der Krankheit mit 67 Jahren 2004 in Berlin.

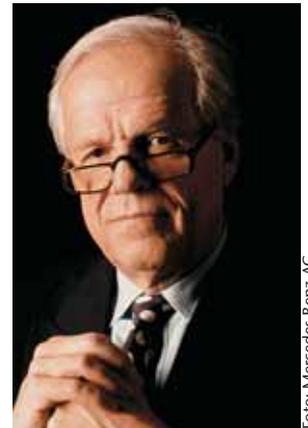


Foto: Mercedes-Benz-AG

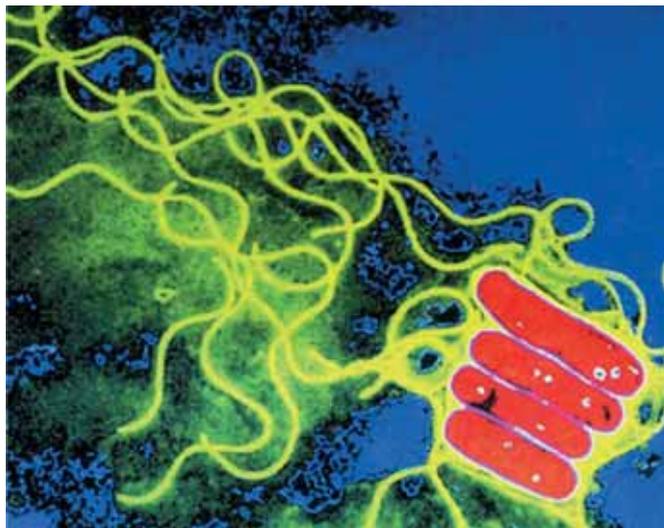


Foto: SVGW

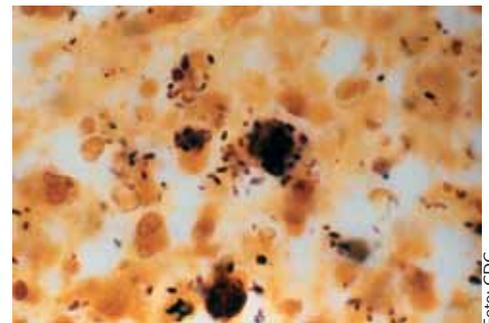
Die 0,3 bis 0,9 Mikrometer langen, aeroben Bakterien bewegen sich mithilfe von Flagellen fort. Temperaturen über 55 Grad Celsius, UV-Licht, chlorhaltige Desinfektionsmittel oder Silber- und Kupfer-Ionen töten sie ab.

aus den heimischen vier Wänden zurückzuführen ist. In einer Untersuchung von Professor Werner Mathys vom Institut für Hygiene der Uni Münster wurde in 500 Ein- und Zweifamilienhäusern das Trinkwasser auf Legionellen getestet. Je nach Lage war zum Teil jeder fünfte Haushalt den gefährlichen Keimen ausgesetzt. Zentrale Warmwasserbereitung, Fernwärme oder zusammenliegende Kalt- und Warmwasserleitungen begünstigen die Bakterienbesiedlung.

Verhalten in der Praxis

Für den Zahnarzt stellt sich nun die Frage, inwieweit auch die in der Praxis benutzten Wassersysteme Quelle für eine Legionelleninfektion sein könnten. Mehrere wissenschaftliche Veröffentlichungen belegen, dass sich in mindes-

tens jeder zehnten Praxis und in Haushalten *L. pneumophila* nachweisen lässt. Doch Grund zur Beunruhigung braucht dies noch lange nicht zu sein, denn erst eine starke Kontamination der Dentaleinheiten wird zu einem ernst zu nehmenden Gesundheitsrisiko. Wie Dr. Christian Lück, Leiter des Konsiliarlabors des RKI in Dresden bestätigt,



Mit einer Silberfärbung ließen sich die Legionellen im Lungengewebe eines Kriegsveteranen nach der Epidemie von 1976 sichtbar machen.

Foto: CDC



Foto: CC



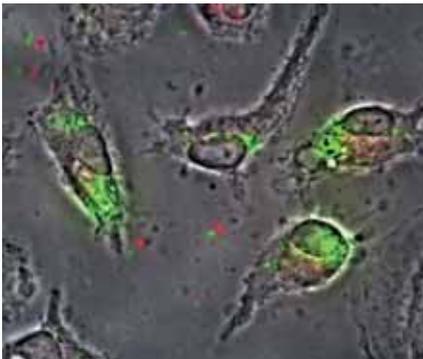
Foto: Pail.com

Alte korrodierte Leitungen werden oft von Mikroorganismen besiedelt. Fließt wenig Wasser durch die Rohre und steigt die Temperatur auf über 25 Grad Celsius, können Legionellen zum ernststen Problem werden.

Eine heiße Dusche am Morgen bringt den Kreislauf auf Trab, kann aber unter Umständen auch gefährliche Keime übertragen.

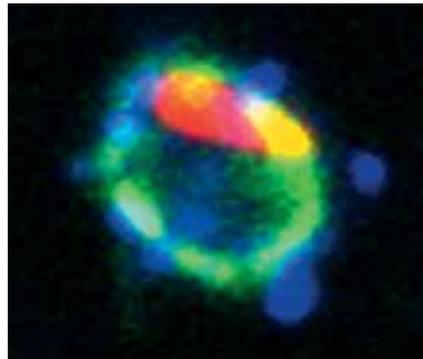
Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis finden sich weitere Hinweise und Verhaltensregeln, die das Infektionsrisiko für Patienten und Personal minimieren (www.bzaek.de). Um Gewissheit über die Wasserqualität am Behandlungsplatz zu bekommen, schlägt das RKI eine jährliche Routinekontrolle bei einem Fachlabor für mikrobiologische Untersuchungen vor.

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn Patienten immunsupprimiert sind oder an Mukoviszidose leiden. In diesen Fällen sollte zur Kühlung der rotierenden Instrumente nur steriles Wasser verwendet werden. Im Zweifelsfall sollte der Zahnarzt Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufnehmen.



Fotos: Hilbi

Lichtmikroskopische Aufnahme von menschlichen Makrophagen. Deutlich sieht man die Infektion mit genetisch veränderten Legionellen, die ein grün fluoreszierendes Protein produzieren.



Gut angepasste Schnorrer: Legionellen vermehren sich im Wirt, einer Amöbe, in einer Vakuole (grün), ohne verspeist zu werden.

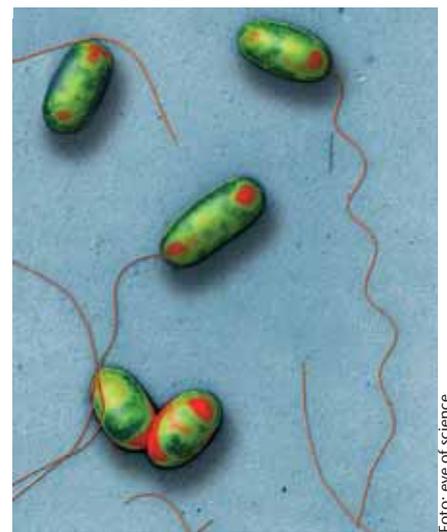


Foto: eye of science

Erst in großen Mengen eine Gefahr: Um das Infektionsrisiko in Zahnarztpraxen klein zu halten, sollte nach Empfehlungen des RKI der Wert von 1 000 KBE (Kolonie bildenden Einheiten) Legionellen pro Liter Wasser nicht überschritten werden.

Dr. rer. nat. Mario Lips
Dudenstraße 34
10965 Berlin
mariolips@web.de

scheint das Infektionsrisiko in einer Zahnarztpraxis eher niedrig zu sein: „In unseren epidemiologischen Studien forschen wir sehr genau nach, welchen potenziellen Infektionsherden der Erkrankte ausgesetzt war. In keinem der rund 500 erfassten Fälle pro Jahr ließ sich bislang der Zahnarztbesuch als Ursache ausmachen.“ Auch Michael Krone, Leiter der Abteilung Zahnärztliche Berufsausübung bei der Bundeszahnärztekammer, stuft die Ansteckungsgefahr in der Praxis sehr niedrig ein und warnt vor Panikmache.

Gegen Keime vorbeugen

Neben Legionellen finden sich in den Wasser führenden Leitungen in einer Praxis sowie im Privathaushalt auch eine ganze Reihe anderer Keime, die zum Risiko für die Gesundheit werden können. Pseudomonaden, Staphylokokken, Mykobakterien und Pilze besiedeln Wasserreservoir, Kunststoffschläuche und Handstücke an der Behandlungseinheit. Daher empfiehlt die Bundeszahnärztekammer allen Zahnmedizinern, Dentaleinheiten zu Beginn des Behandlungstages etwa zwei Minuten und nach jedem Patienten 20 Sekunden zu spülen. Im Rahmen-Hygieneplan der BZÄK und des

Das Cerec®-System

Die 18-Jahres-Studie

Bernd Reiss

Der vorliegende Beitrag zeigt das Ergebnis einer Studie, die in einer deutschen Zahnarztpraxis Cerec®-Inlays über einen Zeitraum von 18 Jahren beobachtet hat. Das Ergebnis lässt sich in zwei Worte fassen: Es funktioniert!

Das Dilemma bei vielen Anforderungen an eine zahnärztliche Dokumentation ist häufig die Tatsache, dass im Rahmen einer Studie eine Reihe von Vorgaben in Form von Qualitätsnormen erfüllt werden sollen, die Erfüllung dieser Normen jedoch nicht zwangsläufig auch eine bessere klinische Qualität, das heißt, ein besseres Resultat für den Patienten bedeutet. Viele Qualitätsmanagement-Maßnahmen erhöhen den administrativen Aufwand durch eine gewaltig aufgeblähte Dokumentationspflicht, wobei der klinische Verlauf oft nicht berücksichtigt wird. Dabei stellt häufig gerade die Erfassung des klinischen Verlaufs ein einfaches Mittel dar, aus dem sich bedeutend weitreichendere praktische Konsequenzen für die Indikation, die Therapie und das Langzeitergebnis und somit für das Wohl des Patienten ergeben.

Die Idee

Wir hatten privilegierte Voraussetzungen für die Durchführung einer klinischen Langzeitstudie über Cerec® in der Praxis: 1985 hatten wir den ersten „Kontakt“ mit Cerec®, zugleich arbeiteten wir mit der Karlsruher Akademie zusammen. Dies

waren die idealen Voraussetzungen für ein klinisch ausgerichtetes Nachuntersuchungsprojekt:

Zwischen Juni 1987 und Oktober 1990 wurden 299 Patienten mit 1 011 Keramikfüllungen versorgt. Die Restaurationen wurden nach dem Cerec®-Verfahren hergestellt und jeweils in derselben Sitzung adhäsiv eingegliedert. Der klinische Erfolg wurde fortlaufend beobachtet und dokumentiert. Die Liegedauer betrug zwischen 15 und 18 Jahren. Ereigniskriterien waren Verlust des Zahnes oder der Restauration, Fraktur mit Teilverlust von Zahn und/oder Restauration, Randkaries, Randausbesserung und endodontische Komplikation.

Die Entwicklung über die Jahre hat viele Parameter, die am Anfang von elementarer Bedeutung für den Erfolg von Cerec®-Restaurationen zu sein schienen, durch die Ergebnisse der Langzeitstudien zum Teil in Frage gestellt beziehungsweise relativiert: So war zum Beispiel zu Beginn der Cerec®-Ära die Größe der Randspalten und das Randspaltverhalten sehr kritisch betrachtet worden. Auch die Okklusalfächengestaltung war Thema teils heftiger Auseinandersetzungen in der Fachwelt, und somit wurde auch den Kontaktpunkten und

deren Anzahl und Verteilung eine große Bedeutung beigemessen. Im Laufe der Studie stellte sich aber heraus, dass nicht diese Kriterien für den klinischen Erfolg entscheidend waren, sondern vielmehr anfangs eher vernachlässigte Parameter wie Zahnvitalität, Zahntyp, Verwendung von bestimmten Materialien und der papilläre Blutungsindex. Die anfängliche Sorge um Randkaries hat sich als unbegründet erwiesen. Frakturen und Risse sind die häufigsten Komplikationen.

Die Langzeitstudie

Im Zeitraum von Juni 1987 bis September 1990 wurden bei 299 Patienten insgesamt 1 011 Cerec®-Inlays eingegliedert. Es wurden mehr Frauen als Männer versorgt. Das Alter der Patienten lag zwischen 12 und 70 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 33 Jahre.

Prämolaren (48,5 Prozent) und Molaren waren etwa gleich oft vertreten. 93,3 Prozent der Zähne waren vor der Behandlung vital, 6,7 Prozent waren avital und hatten eine endodontische Vorbehandlung.

Das Cerec® 1-Gerät war für die Herstellung von Keramikeinlagen unterschiedlicher Größe konzipiert und wurde hauptsächlich (in 84,6 Prozent der Fälle) für den Ersatz erneuerungspflichtiger Klasse-2-Amalgamfüllungen eingesetzt. Lediglich in der Anfangsphase wurden auch Klasse-1-Kavitäten mit Keramikinlays versorgt (3,2 Prozent der Fälle), während umfangreichere Rekonstruktionen (12,2 Prozent) mit dem Ersatz von bis zu vier Höckern im Einsetzzeitraum kontinuierlich zunahmen.

Alle inkorporierten Restaurationen bewertet

In allen Fällen erfolgte die Herstellung der Einlagen direkt am Patienten in einer Sitzung, das heißt, es gab keine provisorische Versorgung der Kavität.

Das Vorseriengerät kam bis September 1989 zum Einsatz, die später erstellten Restaurationen wurden mit einem Cerec®-Seriengerät (Fa. Siemens, heute Sirona) angefertigt.

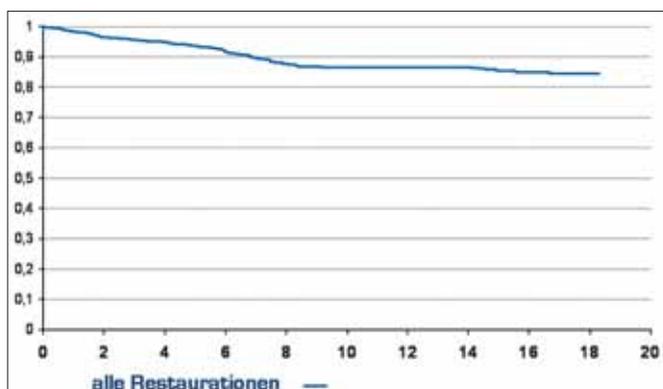
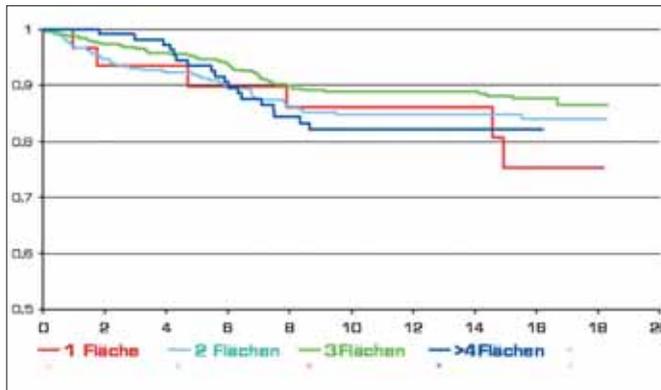


Abbildung 1: Ereignisfunktion gemäß Kaplan-Meier-Verfahren alle Restaurationen n= 1011

Abbildung 2:
Ereignisfunktion
gemäß Kaplan-Meier-
Verfahren, 1- ≥ 4-
flächige Restaurati-
onen, n = 1011



Es wurden überwiegend Feldspatkeramik-Rohlinge (Vita Zahnfabrik) verwendet (n=989), Glaskeramikblöcke aus Dicor (Fa. Corning) kamen nur 22 Mal zum Einsatz. Die Keramik wurde 60 bis 90 Sekunden mit fünfprozentiger Flusssäure, die Glaskeramik mit Ammonium-Bifluorid-Lösung angeätzt. Beide Keramiken wurden direkt vor der Eingliederung mit Silicoup (Fa. Kulzer) silanisiert und mit dem zum jeweiligen Befestigungscomposit korrespondierenden Bond beschickt.

Die Eingliederung erfolgte mit adhäsiver Befestigungstechnik. Der Zahnschmelz wurde mit 35-prozentiger Phosphorsäure 30 bis 40 Sekunden geätzt, das Dentin wurde nicht angeätzt. Unterschiedliche Befestigungscomposite, sowohl dualhärtende als auch rein lighthärtende Systeme kamen zum Einsatz. Verschiedene Unterfüllungsmaterialien wurden verwendet. Ab 1989 wurde abweichend von der ursprünglich von Mörmann und Hofmann beschriebenen Vorgehensweise gänzlich auf eine aufbauende Glasionomierzement-Unterfüllung verzichtet. Pulpennahe Bezirke wurden nur noch punktförmig mit einem Ca(OH)_2 -haltigen Liner geschützt, während die restlichen Dentinareale unbedeckt blieben. In 258 der 397 Fälle, bei denen das Dentinadhäsiv Gluma® (damals Bayer Dental) appliziert worden ist, wurde keinerlei zusätzliches Unterfüllungsmaterial verwendet,

Es wurde ein Einsetzprotokoll erstellt, und anschließend wurden alle Einlagen in eine subsequente Dokumentation aufgenommen. Folgeereignisse wurden fortlaufend erfasst. Zum Zeitpunkt der Auswertung

betrug die Liegedauer der Restaurationen 15 bis 18 Jahre.

Zielereignis der Kaplan-Meier-Analyse ist Verlust oder therapeutische Intervention an einer Restauration. Therapie bei Verbleib der Restauration war entweder ein Ausbessern mit Composite oder eine endodontische Behandlung mit anschließendem Compositeverschluss der Zugangskavität. Beim Verlust der Restauration erfolgte entweder eine neue Cerec®-Versorgung, eine andere Restaurationsart oder die Extraktion des Zahnes. Beginn des Beobachtungsintervalls war die Inkorporation der Restauration, Endzeitpunkt das Eintreten des Zielerignisses, bei zensierten Beobachtungsintervallen die letzte Kontrolle in der Praxis.

Folgende Misserfolgsursachen traten auf und wurden dokumentiert:

- Inlayfraktur
- Höckerfraktur
- neue Approximalkaries
- Sekundärkaries
- persistierende Aufbisempfindlichkeit

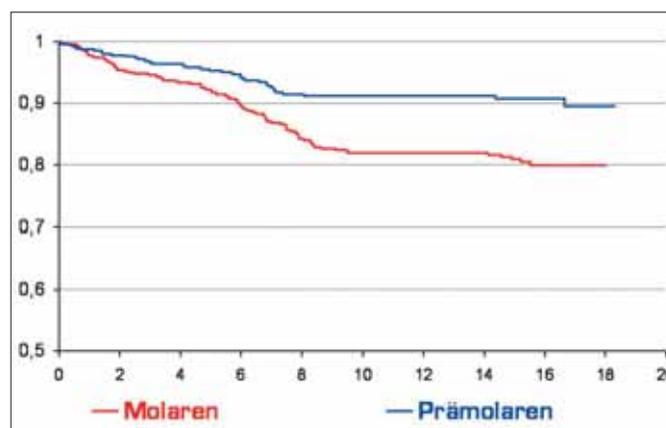


Abbildung 3:
Ereignisfunktion
gemäß Kaplan-Meier-
Verfahren, Zahntyp,
n=1011

- endodontischer Misserfolg
- prothetische Gründe
- Retentionsverlust
- unbekannt (Erneuerung alio loco)

Asymptomatische Haarrisse ohne therapeutische Konsequenz wurden nicht als Ereignis bewertet.

Im Beobachtungsintervall traten insgesamt 121 Ereignisse auf, wobei es in 86 Fällen zur Erneuerung der Restauration kam.

Die Erfolgswahrscheinlichkeit gemäß Kaplan-Meier-Verfahren reduzierte sich nach 16,7 Jahren auf einen Wert von 84,4 Prozent. Bis zum Endzeitpunkt – 18,3 Jahre – wurde kein weiterer Verlust beobachtet (siehe Abbildung 1).

Wird für die Überlebensanalyse als Ereignis der Verbleib der Restauration zu Grunde gelegt, das heißt, therapeutische Maßnahmen wie Trepanation und Randkorrektur mit Composite bleiben unberücksichtigt, so liegt der Kaplan-Meier-Wert für den Beobachtungszeitraum bei 89 Prozent.

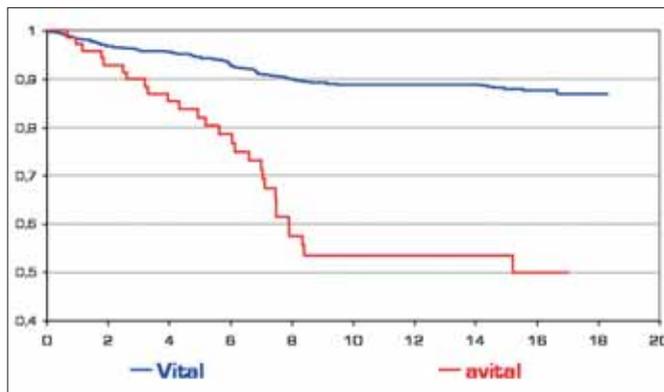
Insgesamt erzielten Prämolaren ein besseres Ergebnis als Molaren. Vitale Zähne bewährten sich besser als avitale. Die Verwendung von Dentinadhäsiven verbesserte die Erfolgswahrscheinlichkeit erheblich.

Detaillierte Ergebnisse

Die detaillierten Ergebnisse sind aus den folgenden Kaplan-Meier-Kurven zu ersehen:

Die Größe der Füllung hat entgegen anfänglichen Annahmen keinen entscheidenden Einfluss auf die Erfolgswahrscheinlichkeit: Es ergab sich kein signifikanter Unter-

Abbildung 4:
Ereignisfunktion
gemäß Kaplan-Meier-
Verfahren, Zahnvita-
lität, n=1011



schied zwischen großen und kleinen Restaurationen für das 18-Jahres-Intervall ($p=0,226$), wobei Klasse-2-Restaurationen vor der Gruppe mit Höckerersatz und den Klasse-1-Versorgungen die besten Ergebnisse erreichten (siehe Abbildung 2).

Als praktische Konsequenz aus diesen Ergebnissen ergab sich für uns, dass wir unserem klinischen Vorgehen nicht mehr alte prothetische Regeln zugrunde legten, sondern defektorientiert und Zahnschubstanz schonend vorgehen konnten: keine „extension für prevention“, keine Überkupplung tragender Höcker, Belassung unter-sich-gehender Areale, keine Überkronung bei wenig Restzahnschubstanz, sondern Erhalt der gesunden Zahnschubstanz als erste Priorität. Das Kriterium „Zahntyp“ hat sich dagegen als wichtiger Parameter für die Erfolgswahrscheinlichkeit herauskristallisiert: Prämolaren haben deutlich bessere Prognosen als Molaren, sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer (siehe Abbildung 3: Ereignisfunktion gemäß dem Kaplan-Meier-Verfahren für das 18-Jahres-Intervall mit einem Signi-

fikanzniveau, das nach 18 Jahren bei $p < 0,001$ liegt). Hieraus ergibt sich der praktische Tipp für Zahnärzte, die als Neueinsteiger mit vollkeramischen Restaurationen beginnen, dass es sinnvoll ist, die anfängliche „Lernkurve“ beim Einsatz neuer Verfahren zu kompensieren, indem man zunächst mit der Restauration von Zähnen beginnt, die zu dieser „low-risk-group“ gehören.

Die Zahnvitalität ist für die Erfolgsprognose von großer Bedeutung: In der kleinen Gruppe der primär avitalen Zähne ($n=77$) traten 28 Misserfolge auf, wobei hier die avitalen Molaren mit $n=20$ überproportional vertreten waren (siehe Abbildung 4). In 16 Fällen wurde eine Höcker- und Keramikfraktur beobachtet, welche die Anfertigung einer Krone nach sich zog. Der Cox-Mantel-Haentzel-Test ergab einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den Kurven ($p < 0,000000000000001$).

In der Praxis bedeuten diese Ergebnisse, dass ein avitaler Zahn erst mit Cerec® versorgt wird, nachdem der Patient über das

erhöhte Risiko der Versorgung avitaler Zähne aufgeklärt worden ist. Dabei muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass auch andere prothetische Versorgungen wie Kronen oder plastische Füllungen bei avitalen Zähnen eine deutlich erhöhte Misserfolgsrate aufweisen.

Konsequenzen für die Präparation

Zudem ergaben sich konkrete Konsequenzen für die klinische Vorgehensweise bei der Präparation:

Da bei avitalen Zähnen ein erhöhtes Frakturrisiko besteht, sind wir von der anfänglich üblichen kastenförmigen Präparation auf eine Endo-Präparation mit abgerundeten Kanten übergegangen, die das Pulpenkavum weitgehend mit einbezieht, sodass aufgrund der dadurch erwirkten stärkeren Materialdicke das Frakturrisiko deutlich reduziert werden konnte. (siehe Abbildung 4: Kaplan-Meier-Kurve der primär avitalen Zähne im Vergleich mit den vitalen Zähnen).

Häufigste Ursache für Misserfolge in der Gruppe primär avitaler Zähne waren Frakturen (siehe Abbildung 5).

In der Anfangszeit klagten fünf Prozent der Patienten nach Eingliederung der Restauration über eine Aufbissempfindlichkeit. Mehr oder weniger durch Zufall gerieten wir bereits 1989 an ein Material, das uns von einem Endodonten empfohlen worden war: ein sogenannter „Desensitizer“, der die Dentinkanälchen verschließt. Dieser Desensitizer namens „Gluma“ erwies sich später als erstes funktionierendes Dentinadhäsiv!

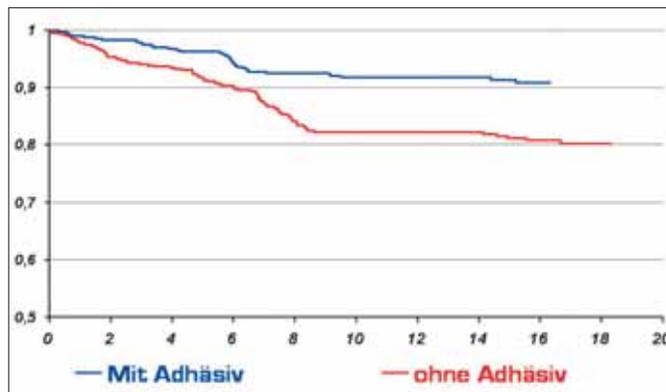
So traten in unserer Langzeitstudie in der Gruppe, bei der auf eine abdeckende oder aufbauende Unterfüllung als Pulpenschutz verzichtet worden war und lediglich ein Dentinadhäsiv zur Anwendung kam, weniger Misserfolge auf. Die Reduzierung der Misserfolgswahrscheinlichkeit ist bei dieser Untergruppe signifikant ($p < 0,001$) für das 15-Jahres-Intervall (siehe Abbildung 6).

Diese Ergebnisse bekräftigen, dass das Konzept des „total bondings“ über 15 Jahre hinweg mit klinisch belegbaren Daten als „Königsweg“ erwiesen hat.

Abbildung 5:
Klinischer Misserfolg
bei einem avitalen
Molaren



Abbildung 6:
Ereignisfunktion
gemäß Kaplan-Meier-
Verfahren, dentinad-
häsiv, n=1011



Verluste und Defekte

Im Beobachtungszeitraum traten insgesamt 122 Ereignisse, davon 86 Restaurationsverluste auf (siehe Abbildung 7).

Frakturen waren mit 39 Prozent häufigste Ursache für eine Erneuerung. Konsequenz daraus ist die Notwendigkeit eines größeren Augenmerks auf die Präparation: Ausreichende Materialstärken, klare Formen, abgerundete Kanten bei der Präparation, die Verwendung eines geeigneten Instrumentariums, wie Feinkorndiamanten, sind neben der korrekten adhäsiven Eingliederung und der perfekten Politur wichtige Faktoren für die Risikominimierung.

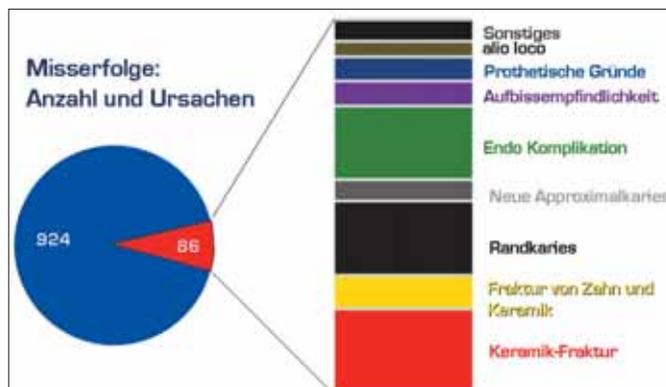
Wie bereits erwähnt traten Aufbissempfindlichkeiten (n = 7) nur in der Anfangszeit – vor Verwendung der Dentinadhäsive – auf. Seit 1990 führte kein neuer Fall zu einer Erneuerung.

In 21 Fällen war Randkaries Ursache für eine Erneuerung oder Ausbesserung, ein für das lange Zeitintervall ausgezeichnetes Ergebnis, welches die Beständigkeit und Güte des Adhäsivverbunds belegt.

21 Zähne benötigten nach der Versorgung eine endodontische Behandlung wegen Beschwerden oder röntgenologischer Veränderungen. Die Zugangskavität wurde in der Regel mit plastischem Compositematerial verschlossen. Dies entspricht einer Misserfolgsrate von lediglich 2,1 Prozent nach 18 Jahren und belegt die außerordentlich gute biologische Verträglichkeit der Cerec®-Restaurationen. Alle anderen indirekten Restaurationsverfahren haben eine wesentlich höhere Anzahl von endodontischen Komplikationen. Eventuell sind die deutlich besseren Ergebnisse beim Cerec®-Verfahren durch das einzeitige Vorgehen bedingt: eine mögliche Kontamination der Dentinflächen während der bei anderen Restaurationsmethoden nötigen Provisorienphase mit Infektionsrisiko tritt nicht auf.

Bei sechs Fällen trat an nicht restaurierten Oberflächen eine neue Approximalkaries auf. Diese Zahl belegt, dass „extension für prevention“ nicht mehr zu rechtfertigen ist: eine neue Approximalkaries bei nur drei Prozent der Fälle mit zweiflächigen Restaurationen macht eine „extension für preven-

Abbildung 7:
Misserfolge: Anzahl
und Ursachen



tion“ mit initialer Einbeziehung des gesunden Approximalraumes bei den restlichen 97 Prozent mit einhergehendem Zahnschmelzverlust und Übertherapie obsolet!

Vier Cerec®-Restaurationen wurden aus nicht bekanntem Grund anderennorts durch Kronen ersetzt, prothetische Gründe (mit Cerec® versorgter Zahn wurde Brückenpfeiler) waren in sieben Fällen die Ursache, Retentionsverluste waren zweimal festzustellen, endodontische Komplikationen und sonstige Gründe führten je dreimal zum Verlust (Abbildung 7).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die subse- quente Dokumentation, wie sie hier nun über 18 Jahre durchgeführt wurde, eine Reihe von praktischen Konsequenzen ergeben hat. Bereits bei früheren Studien ergaben sich Verdachtsmomente für Risikogruppen, welche im Verlauf der späteren und aktuellen Untersuchungen belegt wurden. Wir

haben daraus direkte Konsequenzen für unsere Indikationsstellung gezogen und konnten so die Misserfolgsrate reduzieren. Die ersten positiven Ergebnisse ermutigten uns dazu, zunehmend umfangreichere Restaurationen durchzuführen. Dank der defektorientierten, minimal destruktiven Vorgehensweise konnte und kann die defektbedingte Versorgung mit klassischen Vollkronen sehr häufig vermieden werden, bei ausreichend schmelzgesunder Zahnrestsubstanz ist die adhäsive Teilkrone zu bevorzugen. Die Versorgung avitaler Zähne erfolgt nur nach strenger Indikationsstellung und mit Zustimmung des Patienten, nachdem er über mögliche Risiken aufgeklärt wurde.

Anschlussuntersuchung

Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie haben wir – unterstützt von der AG Keramik – vor mittlerweile sieben Jahren das CSA-Nachuntersuchungsprojekt ins Leben gerufen: Damit sollte es anderen Praxen ermöglicht werden, mit einer vereinfachten Methode relevante Aussagen treffen zu können. Nicht mehr – wie ursprünglich bei

unserer 18-Jahres-Studie – eine große Anzahl verschiedener Parameter sind Grundlage für die Erhebung, sondern lediglich die Faktoren, die sich im Laufe unserer Langzeitstudie als klinisch bedeutsam erwiesen haben. Die Teilnehmer des CSA-Projekts schätzen dieses Instrument, das es mit einfachen Mitteln ermöglicht, eine eigene Standortbestimmung als klinisch relevante Qualitätsselbstkontrolle durchzuführen, sehr. Die Versorgung mit indirekten Restaurationen aus Vollkeramik und deren klinische Erfolgsanalyse können dabei auch als



Abbildung 8: Große kariöse Läsion direkt nach der Versorgung und nach 15 Jahren

Indikator für andere klinische Vorgehensweisen fungieren, da viele Parameter, zum Beispiel Präparationstechnik, Adhäsivtechnik, verwendetes keramisches Material, Einsatzprozedere, als Standard gleichzeitig berücksichtigt und erfasst werden.

Mittlerweile nehmen über 200 deutsche Zahnarztpraxen am CSA-Projekt der AG Keramik teil und beobachten und dokumentieren von Ihnen durchgeführte Keramik-Restaurationen. Kriterien bei der regelmäßig erfolgenden Nachuntersuchung sind Vitalitätsprüfung, Papillenblutungsindex und Kronenbefund.

Die bisherigen Ergebnisse dieses seit sieben Jahren laufenden Projekts sind völlig kohärent mit den Ergebnissen unserer 18-Jahres-Studie, wobei die Misserfolgsraten insgesamt sogar noch niedriger liegen.

Rück- und Ausblick

Als Professor Mörmann, der zusammen mit Brandestini das Cerec®-System entwickelt hat, Ende 1985 an der Universität Zürich (Schweiz) die erste Cerec®-Restauration in einer Sitzung am Patienten eingegliedert

hat, setzte er damit einen Meilenstein in der modernen Zahnmedizin. Das Cerec®-Verfahren hat seit 1985 enorme Weiterentwicklungen durchgemacht: Das Cerec®-Gerät, das wir in unserer Pionierphase für die Herstellung von Cerec®-Restaurationen benutzten, mutet heute eher als eine Art „Gameboy“ an. Cerec® 2 entspräche in dieser Analogie dem „Super-Gameboy“ als Übergangsstadium zur aktuellen Computerplattform mit Echtzeit 3-D-CAD-CAM-Möglichkeiten. Entscheidender aber für den klinischen Erfolg und die Weiterent-

wicklungen für die Indikation und Therapie sind die klinischen Ergebnisse für die Patienten. Hier setzt die einfache eigene klinische Dokumentation wichtigere und konkretere Maßstäbe, als so manche neue aufgeblähte Dokumentationspflicht im Hygiene- oder Verwaltungsbereich.

Dr. Bernd Reiss
Hauptstraße 26
76316 Malsch
breiss@t-online.de

zm Leser service

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

Systemische Erkrankungen

Persistierende Nachblutung nach Weisheitszahnentfernung

Urs Müller-Richter, Oliver Driemel, Torsten E. Reichert



Abbildung 1:
Klinischer Aspekt des großen Koagels im Vestibulum des 4. Quadranten. Deutlich sichtbar ist die seit Wochen vorherrschende Sickerblutung. Im Koagel sind Impressionen der Zähne sichtbar.

Fotos: Driemel

Ein 16-jähriger Patient stellte sich aufgrund einer persistierend sickernden Nachblutung nach Weisheitszahnentfernung in der eigenen Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vor. Er berichtete, dass ihm vor sechs Wochen die Zähne 38 und 48 operativ entfernt worden waren. Postoperativ war es zu keinen Komplikationen gekommen. Nach sieben Tagen waren vom Hauszahnarzt die Tamponaden und die Fäden entfernt worden. Im Anschluss daran hatte eine profuse Blutung im Bereich beider Extraktionsalveolen begonnen. Diese Blutung war umstochen und mit Tamponaden gestillt worden. Danach hatte die Blutung auf beiden Seiten gestanden. Nach weiteren fünf Tagen war eine erneute Blutung mit der Bildung eines größeren intraoralen Blutkoagels regio 48 aufgetreten. Das Koagel war vom Hauszahnarzt daraufhin entfernt und die Wunde erneut umstochen und Tamponaden eingelegt worden. In den folgenden 14 Tagen war es rezidivierend zu leichten Sickerblutungen vor allem in regio 48 gekommen. Nach zwei Wochen waren die Fäden bei reizlosen Wundverhältnissen entfernt und die Tamponaden vor-

sichtlich gewechselt worden. Bei einem Kontrolltermin zehn Tage später hatten sich in regio 38 reizlose Wundverhältnisse gezeigt, wohingegen sich in regio 48 erneut ein etwa golfballgroßes intraorales Blutkoagel gebildet hatte. Ebenso hatte eine leicht sickernde Blutung in diesem Bereich vorgelegen (Abbildung 1). Der Hauszahnarzt hatte den Patienten daraufhin bei einem niedergelassenen Hämatologen vorgestellt. Dieser hatte dem Patienten bei der Verdachtsdiagnose eines Von-Willebrand-Jürgens-Syndroms beziehungsweise einer Hämophilie A Desmopressin (Minirin®) Nasenspray verordnet und ihn zur weiteren Therapie in unsere Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie überwiesen. Hier wurde der Patient zur weiteren Gerinnungsdiagnostik und

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

Therapie stationär aufgenommen. Frühere Blutungsepisoden bei Verletzungen wurden verneint. Anamnestisch konnte jedoch eine familiäre Blutungsneigung festgestellt werden, die vorwiegend Frauen der mütterlichen Linie betraf (Abbildung 2). Die Laboranalyse der Funktion der einzelnen Gerinnungsfaktoren ergab eine verminderte Funktion des Faktors IX auf 30 Prozent (Christmas-Faktor, Hämophilie B). Nach intravenöser Gabe von 2 400 IE Faktor IX (Berinin®) kam es zu einem Anstieg der Faktor-IX-Funktion auf 69 Prozent und einem Stillstand der Sickerblutung. Das Koagel konnte chirurgisch abgetragen und die Extraktionsalveole plastisch gedeckt werden (Abbildung 3). Postoperativ trat keine erneute Nachblutung mehr auf.

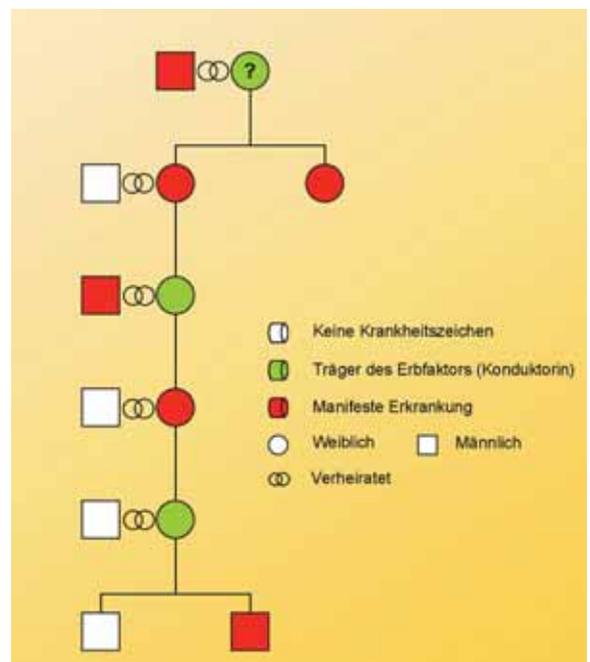


Abbildung 2: Stammbaum der mütterlichen Seite des Patienten. Zu beachten ist, dass es zweimal im Stammbaum zu einem Zusammentreffen einer Konduktorin mit einem manifesten Erkrankungsträger kam.



Abbildung 3: Postoperativer Situs, nachdem das Koagel unter Faktor-IX-Substitution entfernt worden war. Der Mukoperiostlappen des ehemaligen Operationsgebiets wurde mit Einzelknopfnähten adaptiert.

Diskussion

latrogen oder genetisch verursachte Blutungsneigungen stellen ein Risiko bei chirurgischen Maßnahmen dar. Während die medikamentös induzierten Gerinnungsstörungen (wie durch Marcumar, Heparin, Acetylsalicylsäure oder Clopidogrel) aufgrund immer älterer Patienten mit immer häufigeren Begleiterkrankungen im klinischen Alltag oft anzutreffen sind, wird der Zahnarzt mit kongenitalen Gerinnungsstörungen seltener konfrontiert. Da sie je nach Ausprägungsgrad zu gravierenden Blutungen führen können, ist eine eingehende Anamnese bei betroffenen Patienten und das Wissen um die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten wichtig [Gundlach, 2000]. Bei dem oben vorgestellten Patienten war die Hämophilie B bislang nicht bekannt gewesen. Frühere Bagatelltraumen waren ohne Nachblutungen verheilt. Bei stumpfen Traumen waren bisher auch keine



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

Zahnmedizin

größeren oder länger andauernden Hämatome aufgetreten. Obwohl verschiedene Familienmitglieder an einer Hämophilie B leiden, war dies dem Patienten nicht bekannt. Nur die begleitende Mutter wusste, dass es wohl früher familiäre geringgradige Gerinnungsprobleme gab. Dies lässt die Vermutung zu, dass es sich um eine nicht sehr stark ausgeprägte Hämophilie B mit noch teilweise suffizienter Restaktivität des Faktors IX handelt.

Die Hämophilie B hat eine Inzidenz von etwa 1:100 000 und ist damit relativ selten. Sie beruht auf einem Mangel oder einer Funktionsstörung des Faktors IX (Christmas-Faktor) [Rhyner und Streuli, 2000]. Der Erbgang ist, wie auch bei der Hämophilie A, X-chromosomal rezessiv. Die Quote der Neumutationen ohne familiäre Belastung liegt mit etwa 20 Prozent niedriger als bei der Hämophilie A. Durch den X-chromosomal rezessiven Erbgang sind vorwiegend die männlichen Mitglieder einer Familie von der Erkrankung betroffen. Die Frauen sind auch hier überwiegend Überträgerinnen des Gens. Somit stellt die Familie des hier vorgestellten Patienten eine gewisse Ausnahme dar, da die Erkrankung, soweit dies anamnestisch erfragbar war, zu gleichen Teilen bei männlichen und weiblichen Mitgliedern der Familie (der mütterlichen Seite) manifest wurde. Die Behandlung besteht in der prophylaktischen Gabe von Faktor IX (wie Benirin®) vor chirurgischen Eingriffen. Eine Gabe von Desmopressin (Minirin®) ist bei der Hämophilie B unwirksam, da hierüber die Konzentration an Faktor IX nicht gesteigert werden kann. Bei der Hämophilie B kann es bei schweren Formen auch notwendig werden, die Patienten dauerhaft zu substituieren [Brewer et al., 2003]. Aufgrund der längeren Halbwertszeit von Faktor IX im Vergleich zu Faktor VIII ist hier eine ein- bis zweimalige Gabe pro Woche ausreichend.

Mittlerweile sind gentechnisch hergestellte Faktorpräparate verfügbar, die für die Patienten ein weiteres Stück Sicherheit bedeuten, da dadurch die Infektionsgefahr der humanen Faktorpräparate (mit HIV, Hepatitis A, B oder C) deutlich vermindert werden konnte.

Fazit für die Praxis

1. Eine erhöhte Blutungsneigung kann nicht nur durch Medikamente wie Acetylsalicylsäure, Heparin oder Marcumar, sondern auch durch erbliche Gerinnungsstörungen verursacht werden.
2. Vor chirurgischen Eingriffen sollte auch eine Anamnese im Hinblick auf eine familiäre Blutungsneigung erfolgen.
3. Bei einer bekannten familiären Blutungsneigung ist vor chirurgischen Eingriffen auf eine adäquate Prophylaxe zu achten.

Bei Patienten mit bekannter Blutungsneigung kann die Deckung der Extraktionsalveole zusätzlich durch das Einbringen eines Kollagenkegels oder Kollagenvlieses unterstützt werden [Frachon et al., 2005]. Sollte es im Rahmen einer zahnärztlich-chirurgischen Behandlung zu einer vermehrten Nachblutung kommen, kann ein erster Therapieversuch mit einem Antifibrinolytikum (Hämostyptikum) wie Tranexamsäure (Cyklokapron®) als topische Applikation (in einem Aufbisstupfer oder mittels Mundspüllösung) erfolgen [Piot et al., 2002]. Bei einer vorhandenen Restbe-zahnung wird auch das Eingliedern einer Verbandsplatte empfohlen [Reichert, 1995].

Da die Hämophilie B bei dem Patienten bisher noch nicht bekannt war, kann nun nach der Diagnosestellung in der Zukunft für mögliche chirurgische Eingriffe eine adäquate prophylaktische Planung erfolgen, die das mögliche Blutungsrisiko deutlich vermindert.

Dr. Dr. Urs Müller-Richter
Dr. Dr. Oliver Driemel
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
oliver.driemel@klinik.uni-regensburg.de



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

Herpes zoster bei Erwachsenen

Rosen, die nie verblühen

Windpocken sind besonders ansteckend. Fast jedes Kind macht irgendwann ihre Bekanntschaft. Das gleiche Virus, das bei Kindern den Bläschenausschlag auslöst, kann Jahre später auch den Erwachsenen peinigen: als Gürtelrose oder Herpes zoster. Bei jedem zweiten Patienten verursachen die oft sehr schmerzhaften „Rosen“ lange andauernde Nervenschmerzen.



Foto: Sanofi Pasteur MSD

Die Gürtelrose umfasst häufig den Rumpfbereich mit einem breiten Schmerzband. Problematisch: Nach Abheilen der Krankheit können anhaltende Nervenschmerzen zurückbleiben.

Die gemeinsamen Erreger von Windpocken und Zoster sind die Varicella-Zoster-Viren (VZV), die zur Gruppe der Herpesviren gehören. Sie wandern nach Ausheilung der ersten Infektion, der Windpockenkrankheit, entlang der Nerven in die so genannten Spinal- und Hirnnervenganglien. Dort „schlafen“ sie viele Jahre lang. Macht dann das Immunsystem durch Krankheit oder Stress eine Schwächephase durch, werden sie erneut aktiv.

Gürtelrosen können in jedem Alter auftreten, bei Menschen über 50 Jahren kommen sie aber besonders häufig vor. Ein großes Problem: Auch nach Abheilen der „Rose“ leidet bis zu jeder zweite Betroffene unter lange andauernden Nervenschmerzen, genannt Postherpetische oder Postzosterische Neuralgie (PHN / PZN).

Die Viren erwachen

Normalerweise beginnt die Krankheit mit vieldeutigen Symptomen. Oft gehören Übelkeit, Kopfschmerzen, Hautkribbeln, Durchfall und Schüttelfrost dazu. Eindeutig wird die Diagnose, wenn nach drei bis vier Tagen die heftigen, brennenden und juckenden Schmerzen einsetzen, die den Rumpf wie ein breites Schmerzband umfassen. „In etwa 55 Prozent der Fälle entsteht ein halbkreisförmiger Ausschlag thorakal, von der Mittellinie des Rückens bis zur Mittellinie der Körpervorderseite – daher der Name Gürtelrose“, berichtete Prof. Dr. Ralf Baron, Leiter der Sektion Neurologische Schmerzforschung am Universitätsklinikum Kiel, beim Schmerzkongress in Berlin. „Es bilden sich stecknadelkopfgroße, wasser-

klare, perlartige Bläschen, die dem Ausbreitungsgebiet eines Dermatoms folgen.“ Bei den meisten Patienten kommt es innerhalb von vier Wochen zur Abheilung der Hautveränderungen und nach acht Wochen zum Ende der Schmerzsymptomatik. Persistieren die Beschwerden jedoch oder folgt dem Akutschmerz eine anhaltende Schmerzsymptomatik, besteht Verdacht auf eine PZN.

Gefährliche Folgen

Der Bereich von Brustkorb und Rumpf ist nicht der einzige Lokalisationsort des Zosters: Bei jedem vierten Patienten sind Kopfnerven betroffen, zwölf Prozent der Gürtelrosen entwickeln sich am Hals. In solchen Fällen erstrecken sich die Bläschen über den halben Kopf, eine Stirnseite, Gesichts- oder Nackenseite. „Das kann gefährliche Folgen haben“, warnt Prof. Dr. Sawko W. Wassilew, Direktor der Dermatologischen Klinik Krefeld. „Beim Zoster ophthalmicus ist der erste Ast des Trigeminus-Nervs betroffen. Bei 50 Prozent der Patienten muss mit schwerwiegenden Komplikationen gerechnet werden.“ Häufig komme es zu geschwollenen Augenlidern, Bindehautentzündung, Herabhängen des Augenlids, Entzündungen verschiedener Augenbereiche und zu Lähmungen. Auch Erblindungen seien möglich. Wassilew weiter: „Der Zoster oticus entsteht beim Befall des zweiten oder dritten Asts des Trigeminus und gefährdet vor allem das Gehör und das Gleichgewichtsorgan. Es kann zu Schwindel, Tinnitus und Taubheit kommen. Eine häufige Folge ist die Fazialisparese.“ Betroffen ist nach Angaben des Experten auch der Mundbereich. „Der Zoster oticus führt zu Läsionen der Mundschleimhaut mit Entzündungen wie etwa Aphthen, Erosionen, Ulzerationen und Gingivitis“, erklärt der Mediziner.

Bleibende Schmerzen

Bei manchen Menschen verursacht die Gürtelrose nur leicht brennende, juckende Beschwerden; andere dagegen haben so starke Schmerzen, dass sie die Krankheit zunächst für eine Blinddarmentzündung

oder eine Nieren- oder Gallenkolik halten. Doch auch nachdem die Hauterscheinungen abgeheilt sind, bleiben manchmal – wie eingangs erwähnt – Nervenschmerzen zurück. „Die PHN oder PZN ist eine besonders schwere Komplikation“, konstatiert Prof. Dr. Peter Wutzler, Direktor des Instituts für Virologie und Antivirale Therapie der Universität Jena. „Wir verstehen darunter einen Schmerz, der länger als vier Wochen anhält oder der erst vier Wochen oder später nach einem schmerzfreien Intervall wieder einsetzt.“

Foto: Sanofi Pasteur MSD



Bei jedem vierten Patienten tritt Herpes Zoster entlang der Kopfnerven auf. Mögliche Komplikationen sind Bindehautentzündungen, geschwollene Augenlider oder Lähmungen.

Wutzler und seine Mitarbeiter begleiteten in einer Studie über 2000 Patienten, die akut unter Gürtelrose litten. Das Ergebnis nach einem halben Jahr Beobachtungszeit:

- 10 bis 20 Prozent der Erkrankten entwickelten chronische postzosterische Schmerzen;
- das PHN-Risiko nimmt im Alter zu. Laut Studie sind 25 bis 50 Prozent der Zosterpatienten mit PHN älter als 50 Jahre;
- bei Älteren halten sich die Schmerzen besonders hartnäckig. Bei 30 bis 50 Prozent länger als drei Monate, bei 20 Prozent sogar länger als ein Jahr.

Seit einigen Jahren lässt sich die Gürtelrose mit sogenannten Virostatika effektiv behandeln. Voraussetzung ist, dass die Therapie in einem möglichst frühen Stadium beginnt. Zusätzlich kommen Schmerzmittel zum Einsatz. Weitere Medikamente aus der Gruppe der Antidepressiva und Anti-Epilepsie-Mittel (Antikonvulsiva) können ebenfalls die Schmerzen lindern und die Häufigkeit der PZN verringern.

Prof. Baron: „Realistische Ziele einer medikamentösen Therapie der PZN sind eine Schmerzreduktion von 30 bis 50 Prozent,

eine Verbesserung der Schlafqualität, die Erhaltung der sozialen Aktivität und des sozialen Beziehungsgefüges und die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit. Aber: Eine völlige Schmerzfreiheit kann fast nie erreicht werden.“

Neuer Impfstoff

Aus diesem Grund wurde in den USA ein neuartiger Zoster-Impfstoff entwickelt. Seine Erprobung erfolgte in einer randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie an 38 546 Erwachsenen über 60. Die Mediziner registrierten in den darauf folgenden drei Jahren 957 Fälle eines Herpes zoster, davon 315 unter den geimpften und 642 unter den mit Placebo behandelten Personen. Das PHN-Risiko verringerte sich dank der Behandlung um mehr als zwei Drittel.

Die Europäische Kommission hat den Impfstoff „Zostavax“ von Sanofi Pasteur MSD bereits zugelassen, allerdings erst in tiefgefrorener Form. Die Zulassung einer den hiesigen Gewohnheiten konformen kühl-schrankstabilen Formulierung ist beantragt, könnte jedoch bis zum Frühjahr 2007 dauern. Ob die Impfung eines Tages für alle Senioren empfohlen wird, steht auch in den USA noch nicht fest. Die Kosten liegen dort mit 500 Dollar pro Impfung extrem hoch. Der in Europa zu erwartende Preis der Impfung ist noch nicht bekannt.

In der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ kommentierte der Kieler Immunologe Prof. Dr. Jörg Steinmann die aktuelle Lage so: „Um bei älteren Menschen einen Impferfolg erzielen zu können, muss man sehr große Virusmengen einsetzen. Daher war der in dieser Studie eingesetzte Impfstoff zehnfach höher dosiert als die (für Kinder) zugelassenen Impfstoffe. Trotzdem hat er nur zwei Drittel der Patienten vor der Neuralgie geschützt. Damit ist gezeigt, dass die Impfung prinzipiell funktioniert. Bis zur allgemein empfehlenswerten Herpes-Zoster-Impfung ist es aber noch ein weiter Weg.“

Lajos Schöne
Gerstäckerstr.9
81827 München

40. Jahrestagung Neue Gruppe

Wege zur Implantation

Zum vierzigjährigen Bestehen der Neuen Gruppe fand die Jahrestagung 2006 in Hannover statt. „Wege zur Implantation“ – so die Überschrift in deren Zeichen sich das Tagungsprogramm widerspiegelte. Verfahren und Techniken der Hart- und Weichgewebeaugmentation standen im Vordergrund der Veranstaltung.

Der Beginn der Vorträge wurde durch Prof. Dr. Dr. Nils-C. Gellrich, Hannover, eingeleitet, der in seinem Vortrag unter der Überschrift „Moderne patientenorientierte Verfahren zu Diagnostik und Augmentation des Implantatlagere“ auf die Vorteile des 3D-Imaging durch das Digitale Volumen-Tomogramm (DVT) hinwies. Als einen unmittelbaren Vorteil für die Diagnostik nannte Prof. Gellrich beispielsweise die präoperative Diagnostik zur Entnahme eines Teiles der Crista zygomaticoalveolaris. Diese eignet sich seiner Meinung nach, bedingt durch die physiologische Krümmung der anatomischen Struktur, besonders gut für die komplexe Rekonstruktion von defizitären transversalen Dimensionen des Kieferkammes. Anschließend ergriff Prof. Dr. Dr. Friedrich W. Neukam, Erlangen, das Wort, und stellte in seinem Vortrag die Indikationen und Kontraindikationen für Implantate in Abhängigkeit vom Restknochenangebot dar.

Als absolute Werte kristallisieren sich laut Prof. Neukam aus der Literatur eine vertikale Grenzhöhe von sechs bis acht Millimetern und eine Breite von vier Millimetern für eine große implantationstechnische Sicherheit und somit gute Langzeitprognose heraus. Auch osteoplastische Rekonstruktionen zum Aufbau des atrophierten Unterkiefers beziehungsweise die Sinusbodenelevation des Oberkiefers sind heute als wissenschaftlich abgesicherte Therapiekonzepte anzusehen.

Besonderes Augenmerk lenkte der Dozent auf die Sofortimplantation. Hierbei führte er tierexperimentelle Studien an Hunden an, bei denen es acht Wochen nach der Extraktion eines Zahnes zu Resorptionen von bis zu zwei Millimetern gekommen war. Wird nach der Extraktion direkt implantiert, so

wird die Resorption aufgrund der schlechteren Durchblutung noch verstärkt.

Weiterhin wies der Referent auf die hohe Erfolgssicherheit der Sinusbodenelevation hin, wobei es, wissenschaftliche Literatur zugrunde gelegt, keine signifikanten Unterschiede bezüglich der verwendeten Ersatzmaterialien zur Elevation gebe.

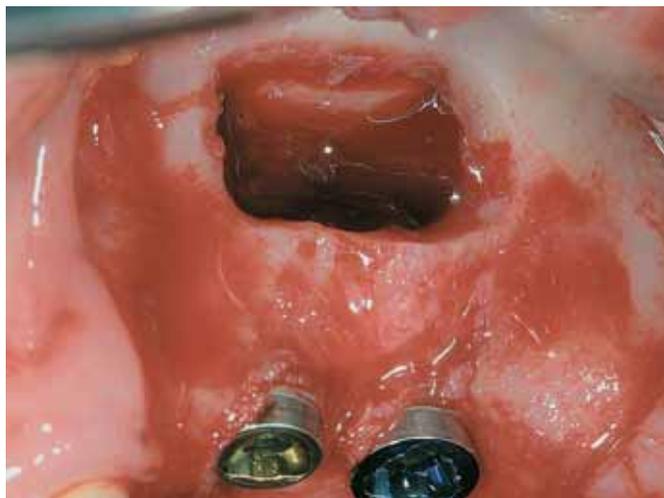


Abbildung 1: Simultane Implantation bei Sinusbodenelevation

Fotos: Schmitzer

Tissue engineering

„Das therapeutische Potenzial von tissue engineering“ lautete die Überschrift des Vortrages von Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen, Freiburg.

Prof. Schmelzeisen wies zu Beginn seines Vortrages auf den Goldstandard augmentativer Verfahren hin, der nach wie vor in der Verwendung von autologem Knochen liegt. Als entscheidenden Nachteil machte er je nach Entnahmeort des Augmentats auf die nicht unerhebliche Morbidität durch den Eingriff aufmerksam. Somit wagte er einen Blick über die Verfahren der Zahnmedizin, die sich vor allem in der Verwendung von Materialien begründen, hinaus zum

Fachbereich der Orthopädie. Hier stehen bei der Therapie nicht Materialien im Vordergrund, sondern Zellen. Somit wäre eine Kombination dieser beiden Therapieansätze sicherlich eine Bereicherung der Zahnmedizin. Als langfristiges Ziel verwies der Referent auf Materialien, die eventuell höheres Potential als der autologe Knochen aufweisen, um die Entnahmemorbidität des Patienten komplett zu umgehen.

Ein erster Schritt in diese Richtung zeigt eine Tierstudie, in der der Einsatz von Stammzellen in Verbindung mit alloplastischem Material nach 16 Wochen eine bessere Knochenneubildung mit Knochenpenetrationen auch in den Mikroporen gezeigt hat als bei der Verwendung alleiniger Spongiosa. Somit wird der Stellenwert von Stammzellen

bei Augmentationsverfahren laut Prof. Schmelzeisen in Zukunft zunehmen.

Sofortbelastung und Sofortversorgung

Ein beschleunigtes Versorgungskonzept ist im Bereich der Implantologie sehr erstrebenswert und wird im Unterkiefer bereits bei interforaminären Implantatversorgungen erfolgreich umgesetzt. Ähnliches klinisches Vorgehen im Oberkiefer oder im postforaminären Unterkiefer ist aber bislang wenig untersucht. Als wesentliche Voraussetzung für die ungestörte Osseointegration stellten Prof. Dr. Dr. Elmar Esser und Dr. Stefan Hümmelke, beide Osnabrück, die Ver-

meidung jeglicher mechanischer Überbelastung des Implantatbettes dar. Anhand einer Studie von Cannizzaro & Leone wurde für den Einzelzahnersatz im Oberkiefer ein positiver Trend für die Sofortbelastung im Gegensatz zur konventionellen Behandlung mit sekundärer Belastung aufgezeigt.

Zeitpunkt der Implantation

Mit dem richtigen Implantatzeitpunkt befasste sich Dr. Ronald Jung, Zürich, und gab den Zuhörern in seinem brillanten und klar gegliederten Vortrag Entscheidungshilfen an die Hand, diesen richtig zu wählen. Zu Beginn zeigte er die vier möglichen Implantationszeitpunkte auf und entwickelte auf dieser Grundlage ein Konzept zur Um-

Alveole eine zu geringe Knochenstruktur aufweist.

Der Einheilmodus, der wiederum aufgrund des Gingivaphänotyps gewählt werden sollte, beeinflusst ebenfalls den Zeitpunkt der Implantation. Wird die transmukosale Einheilung gewählt, so sollte ein dicker Biotyp der Gingiva vorliegen, der dann mit einer Implantation von Typ 1 kombiniert werden kann. Bezüglich des Knochenangebotes sollen laut Jung mindestens drei Millimeter vorhanden sein um die Primärstabilität zu gewährleisten. Als zusammenfassende Arbeitsthese schlussfolgerte Dr. Jung, dass bei einem Frontzahn eine Typ 2, bei einem Prämolaren eine Typ 1 und bei einem Molaren eine Typ 3 Implantation gewählt werden kann.



Abbildung 2: Einbringung von partikuliertem autologem Knochen

setzung in der Therapie. Der Zeitpunkt der Implantation sollte auch befundabhängig gewählt werden und kann nicht pauschalisiert werden. Die Sichtbarkeit der Zähne hat entscheidenden Einfluss auf den Zeitpunkt, da im sichtbaren Bereich eine Typ 1 Implantation auf Grund der zu diesem Zeitpunkt nicht abschätzbaren Rezessionen nicht Erfolg versprechend sein kann in Hinsicht auf eine adäquate Ästhetik. Der Referent wies erneut darauf hin, dass durch eine Sofortimplantation nicht per se Knochen erhalten werden kann. Auch die Anzahl der Wurzeln hat Einfluss auf den Zeitpunkt, da es unter Umständen bei mehrwurzeligen Zähnen bei einer Sofortimplantation zu Problemen mit der Primärstabilität kommen kann, da die

Optimierung der Implantatästhetik

Der Freitagnachmittag stand schließlich im Zeichen der Berner Schule. Prof. Dr. Daniel Buser, Bern, zeigte in seinem Vortrag Möglichkeiten und Grenzen zur Optimierung der Implantatästhetik auf, die durch lokale Knochenaugmentationen ermöglicht werden.

Entscheidend sei es seiner Meinung nach, bereits bei der Planung ein der Lage im Kiefer entsprechendes Implantat in Hinsicht auf den Durchmesser auszuwählen. Ansonsten kann es zu ästhetisch ungünstigen prothetischen Versorgungsmöglichkeiten kommen, da dem Techniker keine Freiräume zur Gestal-

tung des Zahnersatzes bleiben. Gleiches gilt für die Lage des Implantats, wobei ein zu weit nach vestibulär gesetztes Implantat im Frontzahnbereich ähnliche Probleme nach sich zieht. Zwei Millimeter vestibuläre Knochenlamelle sind nach seinen Angaben mindestens nötig, um eine ausreichende Ernährung der bukkalen Knochenstrukturen zu gewährleisten und um Rezessionen im Bereich der Gingiva vorzubeugen. Bei diversen Fallberichten erstaunte Prof. Buser mit seiner klinischen Umsetzung bei Befunden von vier fehlenden Frontzähnen. Hierbei ist es seiner Meinung nach ästhetisch am sinnvollsten, in der regio des mittleren

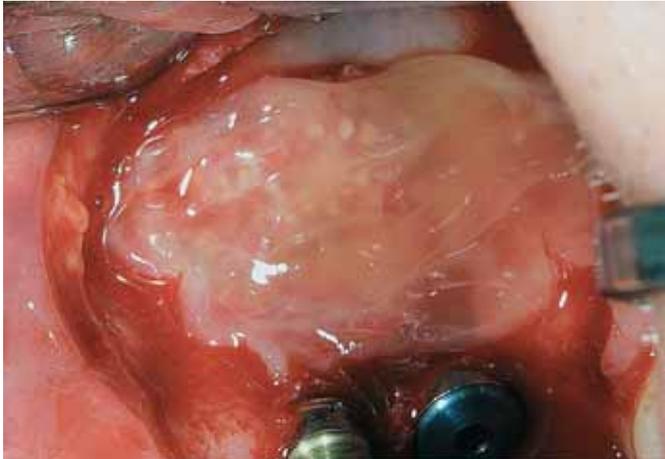


Abbildung 3:
Abdeckung des
augmentierten
Bereiches mittels
PRGF Membran

Schneidezahns und im anderen Quadranten in regio des seitlichen Schneidezahns zu implantieren und die restlichen Zähne durch eine Brücke beziehungsweise Anhängerbücke nach distal zu ergänzen. Somit sei eine maximale prothetische Stabilität und ästhetische Ausformung des Weichgewebes gegeben. Die Möglichkeit der Implantation in regio der jeweiligen Zweier nannte Prof. Buser erst als zweite Alternative. Eindringlich wies der Referent darauf hin, dass bei einer dünnen vestibulären Lamelle eine Überextension mit Knochenmaterial sinnvoll sei um eventuelle Resorptionen zu kompensieren.

Bezüglich der Augmentationen stellte Prof. Buser klar, dass der Goldstandard immer noch in der Verwendung autologen Knochens, gegebenenfalls in Verbindung mit DBBM (DeminerIALIZED Bovine Bone Matrix) für eine verbesserte Volumenstabilität,

liege. Im weiteren Verlauf diskutierte er die Verwendung von Sofortimplantaten im Vergleich zur konventionellen Spätimplantation. So sprechen seiner Meinung nach ein ausreichendes Knochenangebot, ein dicker Gingivabiotyp und ein fehlen jeglicher Entzündungszeichen in der Implantationsregion für das Verfahren der Sofortimplantation. Abschließend ging der Referent auf den lokalen Kammaufbau mit der GBR Technik ein. Allerdings verwies er hier auch auf den nach wie vor geltenden Goldstandard der Blockaugmentation, welcher am nächsten Tag ausführlich von Dr. Michael Pikos aufgegriffen wurde.

Augmentationstechniken

Dr. Michael Pikos, Palm Habor, Florida, gab einen Einblick in die aktuellen Verfahren der horizontalen und vertikalen Augmentationstechniken. Aus seiner ausschließlich implantologisch ausgerichteten Praxis zeigte der Referent in einem anschaulichen Vortrag seine präoperativen Planungen und die entsprechende chirurgische Umsetzung. Bei jeglicher Blockaugmentation fertigt der Referent vorher ein Computertomogramm an, um anhand dieser Daten präoperativ die Entnahme- und auch die Empfängerregion beurteilen zu können. Bei der Augmentatentnahme von der Symphysenregion verschafft sich der Referent durch eine intrasulkäre Inzision Zugang zu der vestibulären Kortikalis. Hierbei sei es von entscheidender Bedeutung „the 5mm rule“ zu befolgen. Danach sollte fünf Millimeter Ab-

stand zu den Wurzelspitzen der Unterkieferfrontzähne, fünf Millimeter Abstand nach mesial zum Foramen mentale und fünf Millimeter zur Unterkante des Unterkiefers eingehalten werden.

Bei der Augmentation anlässlich des Sinusbodenlifts haben sich seiner Erfahrung nach eine Mischung aus 50 Prozent autologem und 50 Prozent xenogenem Material bewährt. Nach Angaben des Referenten hat sich eine Erfolgsrate bei mandibulären Blockaugmentaten von 97,5 Prozent eingestellt.

Abschließend ergriff Dr. Eduardo Anitua, Victoria, das Wort. In seinem zentralen Thema PRGF (Plasma Rich in Growth Factors) erläuterte er die Wirkungen und unterstrich diese durch klinisch belegte Studien. Ein wesentlicher Unterschied bestehe hierbei zu PRP. PRGF, so Anitua, induziert unter anderem die Angiogenese und ist das einzige System, das keine Leukozyten und somit auch keine inflammatorischen Interleukine enthält, da es bei einer geringeren Zentrifugationsgeschwindigkeit gewonnen wird als PRP. Des Weiteren stellte er einige Neuerungen vor, wie einen Implantatbohrer, der mit nur 50 rpm benutzt wird, um zusätzlich Knochenspäne zu sammeln. Abschließend zeigte er klinische Bilder in hervorragender Qualität über den vielfachen Einsatz von PRGF. So ergibt sich bei der Anwendung von PRGF in der Alveole unmittelbar nach einer Extraktion der Vorteil einer schnelleren und besseren Regeneration und somit eine Verkürzung der Behandlungsdauer bei der Implantatversorgung allgemein. Im Zusammenhang der Kieferkammprophylaxe nach der Extraktion ist dieses Verfahren daher ein in der Praxis durchaus sinnvoll einsetzbares Verfahren als „biologische Augmentationsalternative“.

Dr. Martin Sachs –
Praxis Dr. Raphael Borchard
Hoyastraße 1
48147 Münster
sachs@paroimplant.de

Dr. Stefan Schnitzer
Praxis Dr. Dr. Andres Stricker
Wessenbergstraße 6
78462 Konstanz

**Formblatt für die Meldung von Vorkommnissen
durch Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen
nach § 3 Abs. 2-4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung**

Arzneimittelkommission Zahnärzte
BZÄK/KZBV
Chausseestraße 13
10115 Berlin

Die Meldung wird von der Arzneimittelkommission unverzüglich weitergeleitet an:
Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Abteilung Medizinprodukte,
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175 Bonn, Telefax: 0228/207-5300

Meldung erstattet von (Zahnklinik, Praxis, Anwender etc.)	
Straße	
PLZ	Ort
Bundesland	
Kontaktperson	
Tel.	
Fax	
Datum der Meldung	Unterschrift

Hersteller (Adresse)																																			
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z.B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																		
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																		
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																		
Patienteninitialen	Geburtsjahr	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																																	
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten (bitte ggf. Ergänzungsblatt benutzen)																																			
Zahnbefund:	<table border="0"> <tr> <td><u>18</u></td><td><u>17</u></td><td><u>16</u></td><td><u>15</u></td><td><u>14</u></td><td><u>13</u></td><td><u>12</u></td><td><u>11</u></td><td> </td><td><u>21</u></td><td><u>22</u></td><td><u>23</u></td><td><u>24</u></td><td><u>25</u></td><td><u>26</u></td><td><u>27</u></td><td><u>28</u></td> </tr> <tr> <td><u>48</u></td><td><u>47</u></td><td><u>46</u></td><td><u>45</u></td><td><u>44</u></td><td><u>43</u></td><td><u>42</u></td><td><u>41</u></td><td> </td><td><u>31</u></td><td><u>32</u></td><td><u>33</u></td><td><u>34</u></td><td><u>35</u></td><td><u>36</u></td><td><u>37</u></td><td><u>38</u></td> </tr> </table>	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>		<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>	<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>		<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>
<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>		<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>																			
<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>		<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>																			
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																			
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z.B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																			
Lokalisation des Vorkommnisses																																			
Beschreibung des Verlaufes																																			
Behandlungsmaßnahmen																																			
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																		

Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin

Eine gute Nacht für einen guten Tag

Das 6. Symposium der Deutschen Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS) fand im Oktober 2006 erstmalig als Satellitensymposium der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin und Schlafforschung (DGSM) in Regensburg statt.



Foto: DGZS

Er schläft selig und ist morgen ausgeruht – sie leidet und wird müde sein: Istzustand in vielen Schlafzimmern.

Trotz der weiten Anreise für die meisten Teilnehmer in die seit Juni 2006 zum Weltkulturerbe zählende Stadt Regensburg, nutzten alle Anwesenden die interdisziplinären Gespräche. Die Hörsaal Türen an der Universität Regensburg standen den Besuchern beider Fachtagungen wechselseitig offen. Wie bereits in den vergangenen Jahren fand am Tag vor Kongressbeginn der DGZS Zertifizierungskurs „Intraorale Geräte bei schlafbezogenen Atmungsstörungen“ statt. Die darin vermittelten Grundlagen konnten im folgenden, erstmalig stattfindenden Round-Table-Gespräch aller Tagungsteilnehmer vertieft werden. In der Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen erfahrene Kollegen boten ein offenes Forum für alle praxisrelevanten Fragen von der Diagnostik über die Therapie, bis zur Langzeitbetreuung.

Der Vortrag von Prof. Dr. Helmut Teschler, Essen, zu den Erfolgskriterien der Obstruktive-Schlaf-Apnoe-Therapie (OSA) brachte allen Anwesenden die Bedeutung des Sau-

erstoffgehaltes näher, die bisweilen hinter dem Apnoe/Hypopnoe-Index nur zweitranig Beachtung findet.

Im Hauptvortrag des Symposiums berichtete Prof. Dr. Ali Derendeliler, Sydney über das Thema: „Oral Appliance Therapy in OSA – an evidence-based Perspective“. Er zeigte eine umfassende Übersicht der zurzeit in der Therapie eingesetzten Protrusionsschienen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen.



Foto: Scheu-Dental

TAP-Gerät



Entscheidend bei der Gerätegestaltung ist der maximale Freiraum für die Zunge. Dabei bringt die Erhöhung in der Vertikalen keine Verringerung des Therapieerfolges, jedoch eine Verminderung des Komforts. Seine Untersuchung zeigte eine durchschnittliche Protrusion von $7,5 \pm 1,8$, was einem prozentualen Protrusionsgrad von $78,2 \pm 8,4$ Prozent des Maximalwertes entspricht. Bei der Betrachtung oberer Schmalkiefer konnte Prof. Dr. Ali Derendeliler nachweisen, dass 90 Prozent der Patienten mittels forcierter Gaumennahterweiterung eine erhebliche Verbesserung der Atmung und des Schlafes hatten. Seine zweiteilige Untersuchung zeigte bei 31 Kindern mit Schmalkiefern ohne vergrößerte Tonsillen im Durchschnittsalter von 8,7 Jahren einen durchschnittlichen Apnoe-/Hypopnoeindex (AHI) von 12,2 vor Erweiterung der Gaumennaht. Nach 10 bis 20 Millimetern (mm) transversaler Nachentwicklung waren alle bei einem $AHI < 1$. Erwachsenen ist nur durch eine operativ unterstützte Gaumennahterweiterung zu helfen, um eine echte skelettale Erweiterung zu erzielen.

Fragebogen für das Screening

Um das Patientenkontext zu screenen, werden seit Jahren Fragebögen in der Stufen-diagnostik bei Verdacht auf schlafbezogene Atmungsstörungen (SBAS) eingesetzt. Diese sollten einfach interkulturell anwendbar sein, unter fünf Euro pro Patient kosten, eine Spezifität und Sensitivität von über 80



Somnosoft

Foto: Orthosleep

Prozent vorweisen und in weniger als zehn Minuten durchführbar sein. PD Dr. Nikolaus Netzer, Bad Reichenhall, stellte den Berliner Fragebogen (BQ) dem Epworth Fragebogen (ESS) gegenüber. Das Ergebnis zeigt eine Sensitivität von 87,53 Prozent des Berliner Fragebogens und nur 61,55

Prozent beim ESS. Auch bei der Spezifität lag der BQ mit 60,47 Prozent vor dem ESS mit 50,00 Prozent. Daher sollten die Bögen überarbeitet und kombiniert werden.

Dr. Joachim Maurer, Mannheim, berichtete über die Multi-Level-Chirurgie nach dem Mannheimer Modell. Dabei spiegelt die

Ebene I die Region des Weichgaumens und der Tonsillen dar. Die Ebene II erfasst die Zungengrundebene bis zum Hyoid. Ergebnisse der Mehr-Ebenen-Chirurgie zeigten bei 830 Patienten einen präoperativen AHI von 47,1 und postoperativ 20,6 mit einer Erfolgsrate von 53,9 Prozent. Der Mittelwert der Schmerzmitteleinnahme betrug 15,2 Tage. Der Mittelwert der Schluckbeschwerden betrug 27,5 Tage.

Die Präsidentin der DGZS, Dr. Susanne Schwarting, Kiel, legte ihren Kongressbericht der American Society of Dental Sleep Medicine vor. Dabei stellte sie die aktuellen Leitlinien der amerikanischen Gesellschaft bei der Therapie der SBAS mit Unterkieferprotrusionsschienen vor. In diesen ist der gesamte Therapieverlauf zur Qualitätssicherung festgelegt. Es erfolgt zunächst eine Polysomnografie vor dem Einsetzen einer Protrusionsschiene. Dies wird nur durch Zahnmediziner mit besonderer Fortbildung

durchgeführt, mit dem Ziel, einen normalen AHI bei regulärer Sauerstoffsättigung zu erreichen. Die Indikation liegt bei habituellem Schnarchen, leichter bis mittelgradiger OSA und bei CPAP-non-Compliance (Continuous Positive Airway Pressure) auch bei schwergradiger OSA.

Mit großem Interesse wurde der Vortrag von Dipl.-Ing. Norbert Kamps, Xanten, Mitglied des Hilfsmittelausschusses der Krankenkassen, über die Aussicht der Wiederaufnahme von Atemhilfsgeräten über den gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen und der KZBV im Rahmen der GKV aufgenommen.



IST-plus-Gerät

Unfallhäufigkeit durch Schlafapnoe

Zur Unfallhäufigkeit beim Obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) zeigte PD Dr. Maritta Orth, Bochum, alarmierende Zahlen. So beträgt die Prävalenz müdigkeitsbedingter Unfälle bei Berufskraftfahrern etwa 16 Prozent und ist damit vier mal höher als bei der Normalbevölkerung. Zusätzlich klagten 25 Prozent der befragten Berufskraftfahrer über pathologische Tagesmüdigkeit. Bei Patienten mit OSAS ist die Unfallhäufigkeit um das zwei- bis siebenfache im Vergleich zu Gesunden erhöht. Unter einer adäquaten Therapie kann eine Normalisierung erzielt werden. Zu den neu-

rophysiologischen Untersuchungsmethoden zählen unter anderem die Pupillografie, der Multiple Schlaflatenztest, der Maintenance-of-Wakefulness-Test sowie das Langzeit-EEG. Sie testen die verschiedenen Aufmerksamkeitskomponenten, die unter anderem beim Steuern eines Fahrzeuges notwendig sind.

Frühzeitige Diagnose bei Kindern entscheidend

Prof. Dr. Rolf Hinz, Herne, zeigte in seinem Vortrag die Möglichkeiten, OSAS bei Kindern frühzeitig zu erkennen und zu therapieren. Denn entgegen der in der Literatur meist zitierten Tonsillektomie liegen die Ursachen häufig in anatomisch begründeten Kieferanomalien. Es ist folgerichtig zwischen organischen und nicht organisch bedingten Ursachen zu differenzieren. Er stellte die Herner Kinderschlafstudie vor, bei der alle Eltern von Kindern des Jahrgangs 1996 befragt wurden. In interdisziplinärer Zusammenarbeit wurden 67 Kinder (n = 67) mit Schnarchsymptomatik HNO-ärztlich und kieferorthopädisch klinisch untersucht sowie deren Eltern nochmals intensiv aus pädiatrisch-internistischer Sicht befragt. Im Ergebnis zeigt sich der überwiegende Teil (73 Prozent) der Kinder mit Zahnfehlstellungen und Kieferlageanomalien. Ein notwendiges HNO-ärztliches operatives Vorgehen wurde hingegen nur in 20 Prozent der untersuchten Kinder für erforderlich gehalten.

Die zahnmedizinische Befunderhebung vor der Protrusionsschientherapie wurde durch Dr. Dr. Schlieper, Hamburg, eindrucksvoll vermittelt. Er gibt eine Empfehlung zur systematischen Befundung der Schleimhäute, des Zahn-/Parodontalzustandes sowie des Rachenbefundes und der Kiefergelenkfunktion. Er unterstrich die besondere Bedeutung einer umfassenden Diagnostik bei einer geplanten Dauertherapie, wie bei SBAS erforderlich. Die uneingeschränkte Funktion des Cranio-Mandibulären-Systems ist sicher die beste Voraus-

setzung zur Anwendung von Protrusionsschienen, aber auch die eingeschränkte Funktion ohne Beschwerden gemäß Helkimo-Index ist keine Kontraindikation. Wichtig sind die regelmäßigen Verlaufskontrollen der Therapie im Abstand von sechs bis zwölf Monaten. Bei gleichzeitiger schlafmedizinischer Betreuung.



H-UPS-Gerät

Foto: Dr. Schlieper

Preisverleihung

Das Get-Together mit der Verleihung des 2. Meier-Ewert-Preises fand am Abend im Herzogsaal Andechser am Dom statt. Preisträger in diesem Jahr ist der Schlafmediziner PD Dr. Nikolaus Netzer, Bad Reichenhall, der in seinem Festvortrag die Bedeutung des gesunden Schlafs für eine ausgeglichene Beziehung darlegte. Seine besonderen Verdienste liegen im Zusammenführen der Schlaf- und der Zahnmedizin. Bereits im Jahr 1999 initiierte er die Gruppierung von schlafmedizinisch tätigen Zahnmedizinern, aus der sich die DGZS entwickelte.

Nächster Termin: Die nächste Jahrestagung wird vom 12. bis 14. Oktober 2007 in Düsseldorf stattfinden.

Dr. med. dent. Markus Heise
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
Körnerstraße 6
44623 Herne
Markus_Heise@t-online.de

Deutsche Gesellschaft
Zahnärztliche Schlafmedizin
Alte Jakobstraße 77
10179 Berlin
www.dgzs.de

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

Posteriore Komposit-Restaurationen nach 17 Jahren

In den beiden vergangenen Jahrzehnten wurden Komposite als bevorzugte Restaurationsmaterialien auch im Seitenzahnbereich angewendet. Komposite ermöglichen eine defektorientierte und somit substanzschonende Präparation der Zahnhartsubstanzen und stellen für den Patienten eine ästhetisch befriedigende und relativ preisgünstige Lösung dar.

Die Lebensdauer einer Kompositfüllung ist von großer zahnmedizinischer und ökonomischer Bedeutung. Interessanterweise gibt es jedoch kaum Publikationen, welche die Haltbarkeit von Komposit-Restaurationen über längere Zeiträume (zehn Jahre und mehr) untersucht haben.

Die Fragestellung der vorliegenden Studie bestand darin, die Überlebensrate von Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich nach einer Zeitdauer von 17 Jahren zu untersuchen. Hierfür wurden in den Jahren 1987 und 1988 an 56 erwachsenen Patienten je nach Bedarf ein- und mehrlächige Kompositfüllungen

im Seitenzahnbereich gelegt. Die Behandlung erfolgte in allen Fällen durch den Studien-Zahnarzt, welcher die Restaurationen unter Kofferdam mit zwei verschiedenen Adhäsiv/Kompositkombinationen (Scotchbond2 und P-50 APC (3M/ESPE); XR Prime/XR Bond und Herculite XR (Kerr)) anfertigte. Die Kavitäten wurden mithilfe der Säure-Ätz-Technik konditioniert.

Die angefertigten Kompositrestaurationen wurden mithilfe von Evaluationsbögen anhand spezieller Kriterien (Farbveränderungen, marginale Adaptation, anatomische Form, Oberflächenrauigkeit, Randverfärbungen, okklusale Kontakte, Sensibilität und Sekundärkaries) beurteilt. Von den 56 behandelten Patienten konnten im Jahre 2004 noch 38 (Durchschnittsalter 42 Jahre) nachuntersucht werden, während 18 Patienten nicht mehr erreichbar waren (Umzug in ein anderes Land, Arztwechsel, mangelnde Kooperation).

Von insgesamt 282 angefertigten Kompositrestaurationen versagten 98 (dies entspricht zirka 35 Prozent). Zwischen den beiden Kompositen bestanden kaum Unterschiede. Größere Klasse-II-Restaurationen im Molarenbereich zeigten hingegen eine geringere Lebensdauer als Klasse-I-Füllungen im Prämolarenbereich.

Als Gründe für den Austausch einer bestehenden Kompositfüllung wurden Füllungsfrakturen (54 Prozent), Sekundärkaries (22 Prozent), Zahnverlust durch parodontale Probleme oder Zahnfrakturen (12 Prozent) angegeben; endodontische Probleme (5 Prozent), partielle Zahnfrakturen (5 Prozent) und Präparation des behandelten Zahnes als Brückenpfeiler (2 Prozent) machten nur in geringem Umfang einen Austausch notwendig.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Seitenzahnfüllungen aus Komposit selbst über 17 Jahre eine akzeptable Haltbarkeit aufweisen und somit für posteriore Zahnrestaurationen geeignet sind, wobei geringe Unterschiede hinsichtlich Lokalisation, Kavitätenklasse und Restauraionsgröße bestehen.

Quelle:

A clinical evaluation of posterior composite restorations: 17-year findings Paulo Antônio da Rosa Rodolpho, Maximiliano Sérgio Cenci, Tiago Aurélio Donassollo, Alessandro Dourado Loguercio and Flávio Fernando Demarco *Journal of Dentistry* (2006) 34, 427-435

Test bei Lampen: Wärmeentwicklung und Pulpazellen

Während der Lichthärtung einer Komposit-Restauration kann bei Benutzung einer konventionellen Halogen-Polymerisationslampe eine erhebliche Wärmeentwicklung am Zahn auftreten, die unter Umständen für den Patienten bei fehlender oder unzureichender Anästhesie zu Schmerzen führt. Ungeklärt war bisher, ob die Hitzeentwicklung über die Schmerzen hinaus ein Absterben von Pulpazellen bewirken könnte.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde der Einfluss der Wärmeabgabe von Halogen- und LED-Polymerisationslampen auf lebende, humane Fibroblasten der Gingiva mithilfe eines In-vitro-Modells mit simulierter Pulpakammer untersucht. Vier unterschiedliche Komposite (Admira, Grandio; VOCO, Filtek Su-

preme, Filtek Z 250; Dentsply) wurden innerhalb von drei Untergruppen entweder mit einer Halogen-Polymerisationslampe (Optilux 501, Kerr), einer LED-Lampe (Prototyp) oder einer Hochleistungs-Halogen-Lampe (Swiss Master Light, E.M.S.) lichtgehärtet. Zuvor erfolgte die Applikation der Komposite auf

eine plane koronale Dentinoberfläche eines präparierten Zahnes und eine Abdeckung mit Klar-sichtfolie. Die Lichtleiter der Lampen wurden direkt auf die Folien aufgesetzt. Direkt unter-



Foto: Morita

halb des 0,5 Millimeter (mm) dicken Dentins befanden sich in einem (dem Volumen eines Pulpakavums entsprechenden) Zylinder humane Fibroblasten innerhalb eines Nährmediums (bei

37 °C). Die durch die Lichtquelle induzierte Erwärmung während der Polymerisation wurde durch eine genaue Temperaturmessung innerhalb der künstlichen Pulpakammer erfasst. Abschließend erfolgte eine spektrophotometrische Bestimmung der Anzahl der Fibroblasten. Interessanterweise zeigten die angewendeten Komposite unabhängig von der verwendeten Lichtquelle kaum toxische Wirkungen auf die Fibroblasten. Die Lichtquellen unterschieden sich erheblich hinsichtlich der Leistung (Optilux 501 1057 mW/cm², Swiss Master Light 2960 mW/cm², LED-Prototyp 800 mW/cm²).

Dementsprechend wurde die Leuchtdauer festgelegt: Optilux 501 und LED-Prototyp 40 Sekunden (s), Swiss Master Light nur 4s. Eine Temperaturerhöhung von nur 0,5°C innerhalb der Pulpahöhle bewirkten Swiss Master Light und der LED-Prototyp, während bei der Anwendung der Optilux 501 die Temperatur etwas stärker anstieg (0,8°C). Selbst eine Leuchtdauer von 120s bewirkte je nach Gerät nur eine Temperaturzunahme zwischen 1,0°C und 1,6°C. Zwischen den Kompositen bestanden keine Unterschiede. Die geringen Temperaturerhöhungen zeigten keinen Einfluss auf die Überlebensraten der humanen Fibroblasten. Somit lässt sich schlussfolgern, dass die Wärmeentwicklung zumindest auf humane Fibroblasten keine messbaren negativen Einflüsse zu haben scheint. Ob sich dieses laborexperimentelle Pulpakammer-Modell auf die In-vivo-Situation übertragen lässt, kann nur durch weiterführende Studien gezeigt werden, welche insbesondere die Überlebensraten von Odontoblasten untersuchen. Zusammenfassend lässt sich jedoch festhalten, dass alle Geräte eine geringe Wärmeentwicklung zeigten, wobei die Hochleistungs-Halogenlampe (Swiss Master Light) und der LED-Prototyp die geringsten Temperaturerhöhungen bewirkten.

Quelle:
Influence of heat from light curing units and dental composite polymerization on cells in vitro
Alexander Uhl, Andrea Völpel and Bernd W. Sigusch
Journal of Dentistry (2006) 34, 298-306

Er:YAG-Laser: Zugfestigkeit von Kompositfüllungen

Die Anwendungsmöglichkeiten des Er:YAG-Lasers in der Zahnheilkunde sind vielfältig. Für die Präparation von Zahnhartsubstanzen sind die anzuwendenden optimalen Wellenlängen und Frequenzen weitestgehend erforscht. Unklar war bisher, welchen Abstand die Arbeitsspitze des Lasers idealerweise zum Schmelz oder Dentin haben sollte, damit bei einer späteren adhäsiven Restauration keine nachteiligen Effekte auf den Schmelz-Adhäsiv-Komposit-Verbund bewirkt werden.

Die vorliegende Studie untersuchte deshalb den Einfluss verschiedener Distanzen des Er:YAG-Laserstrahlaustrittspunktes zu humanem Zahnschmelz auf die Zugfestigkeit einer anschließend gelegten Kompositrestauration. Hierfür wurden 30 kariesfreie Weisheitszähne im vestibulären und oralen Schmelzbereich innerhalb von



Foto: Targis

fünf Gruppen mit verschiedenen Er:YAG-Laser-Abständen (11, 12, 14, 16 und 17 mm) präpariert. Die Applikationszeit der Laserstrahlung betrug 20 s (definierter Schmelzbereich Ø 3 mm). Anschließend erfolgte die Konditionierung des Schmelzes mit Phosphorsäuregel (35-prozentig, 15s). Zusätzlich wurde eine Kontrollgruppe gebildet, bei der keine Laserapplikation, sondern lediglich die Konditio-

nierung des Zahnschmelzes mit Phosphorsäuregel erfolgte. Auf den geätzten Schmelzbereichen wurden nun standardisierte Kompositrestaurationen (Filtek Z250, Dentsply) nach vorheriger Adhäsivapplikation (Single Bond (3M/ESPE) modelliert. Anschließend wurden die Schmelz-Adhäsiv-Komposit-Verbundproben auf Zugfestigkeit geprüft.

Die besten Ergebnisse erreichten die ausschließlich mit Phosphorsäuregel geätzten Schmelzproben der Kontrollgruppe (23 MPa). Alle zuvor mit dem Er:YAG-Laser behandelten Schmelzproben zeigten schlechtere Haftwerte, wobei der geringste Abstand zwischen Laser und Schmelz (Gruppe 1, 11 mm) zu den niedrigsten Zugfestigkeitswerten führte. Je mehr die Distanz vergrößert wurde

(Gruppe 5, 17 mm), desto höher wurden die Haftwerte (Gruppe 5, 16 MPa).

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass bei der Verwendung eines Er:YAG-Lasers für die Präparation von Zahnschmelz und einer nachfolgend geplanten adhäsiven Restauration ein möglichst größerer Abstand zwischen Laser und Schmelz (17 mm) während der Laserstrahlapplikation einzuhalten ist, um den späteren Adhäsiv-Verbund nicht nachteilig zu beeinflussen.

Quelle:
Influence of Er:YAG laser irradiation distance on the bond strength of a restorative system to enamel
Daniela Thomazatti Chimello-Sousa, Aline Evangelista de Souza, Michelle Alexandra Chinellatti, Jesus Djalma Pécora, Regina Guenka Palma-Dibb and Silmara Aparecida Milori Corona
Journal of Dentistry (2006) 34, 245-251

Dr. med. dent. Jan Müller
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Charité –
Universitätsmedizin Berlin
Abmannshäuser Str. 4-6
14197 Berlin
jan.mueller@charite.de

Halitosismanagement in der zahnärztlichen Praxis

Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Menschen leidet unter Mundgeruch, der unterschiedliche Ursachen haben kann. Entgegen weit verbreiteter Vorstellungen hat die echte Halitosis ihren Ursprung meist in der Mundhöhle. Insofern ist der Zahnarzt ein wichtiger Ansprechpartner für Patienten, die mit einem solchen Problem konfrontiert sind. Er kann viel zur differentialdiagnostischen Abklärung, Aufklärung und gegebenenfalls Behandlung beitragen. Es ist ein großes Verdienst des Verfassers und seiner Autorengruppe, ein Buch zum aktuellen Kenntnisstand dieser wichtigen Thematik geschrieben zu haben. Das Werk liest sich ausgesprochen angenehm. Es ist durch eine übersichtliche Textgestaltung, Abbildungen und Tabellen didaktisch sehr gut aufgebaut. Besonders hilfreich erscheinen die zahlreichen, praktisch gut umsetzbaren Vorschläge zur Diagnostik und Behandlung betrof-



fener Patienten. Das Buch wendet sich primär an Zahnärzte, dürfte aber auch für Studierende und das ganze zahnärztliche Team von großem Nutzen sein. Univ.-Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle, Heidelberg

Halitosismanagement in der zahnärztlichen Praxis

Rainer Seemann, mit Beiträgen von Cyrus Djamchidi, Benjamin Schüz und Kirsten Tostmann, Spitta Verlag, Balingen 2006, 170 Seiten, 62 Abbildungen, 34,80 Euro (D), 35,80 Euro (A), ISBN 3-938509-30-9.

Kieferorthopädie – für die Patientenberatung

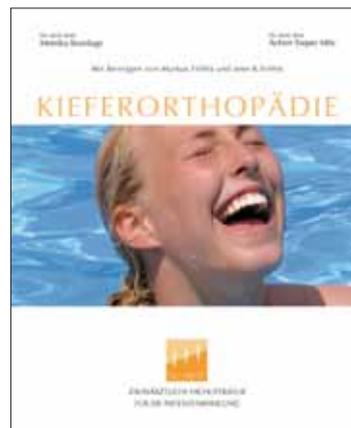
235 Seiten und zirka 400 farbige, gleichmäßig gute Abbildungen auf edlem Mattglanz-Papier präsentieren ein aufwändiges Werk. Von Tom Cruise – sicher als Motivationsfigur zur Erwachsenenbehandlung gedacht (trotz fehlerhafter Behandlung und Mittellinierverschiebung) – bis zu goldenen Lingualbrackets wird „State of the Art 2006“ geboten. Zahlreiche Stimmungsfotos von schönen Landschaften bis zur neuen Dresdner Frauenkirche sollen sicher den Wert einer kie-

ferorthopädischen Behandlung unterstreichen. Die Begleittexte sind durchweg richtig und sehr verständlich patientenorientiert geschrieben.

Fazit: Ein sehr gelungener Bildband über die Leistungsfähigkeit der Kieferorthopädie – Ästhetik pur, trotz der unvermeidlichen Technik. Trotzdem fehlt die Anleitung zum täglichen praktischen Einsatz dieses Buches als Patientenberatungsinstrument. Bei der Vielzahl der unterschiedlichen Anomalien wird der zu be-

ratende Patient beziehungsweise seine Eltern nur selten „seine Situation“ finden. Hier bieten Grafiken oftmals mehr, um das Prinzipielle zu beschreiben. Die schönen Stimmungsfotos helfen da nicht weiter und wären nur nützlich, wenn man Patienten das Buch leihweise überlassen würde. Sicher auch ein schönes Geschenk an einen Nicht-Kfo-Kollegen, um ihn von der Leistungsfähigkeit der Kieferorthopädie durch ein sehr gut gestaltetes Buch zu überzeugen.

Die Kieferorthopäden,
Prof. Dr. Rolf Hinz, Herne



Kieferorthopädie – für die Patientenberatung

Monika Kronlage, Achim Sieper, All-dente Verlag, 49 Euro, ISBN 3-9808979-1-5, Bestellungen unter www.all-dente.com

Konfliktbewältigung in der Zahnarztpraxis

Wenn mehrere Menschen täglich auf engem Raum zusammenarbeiten, sind Konflikte nicht immer auszuschließen. Um sie rechtzeitig zu erkennen, zu lösen oder von vornherein zu minimieren, sind Kenntnisse zur Analyse und Bewältigung von Konflikten nützlich.

Diese Kenntnisse vermittelt K.-D. Thill in seinem Buch auf vortreffliche Weise. Im Einleitungskapitel stellt er die Vorteile einer optimierten Teamstruktur heraus: hohe Arbeitsproduktivität und -qualität, positives Betriebsklima, hohe Mitarbeiterzufriedenheit. Als die Gestaltungselemente einer optimierten Praxisteamstruktur analysiert er sehr systematisch die Praxisziele, -aufgaben und -abläufe, die Führungsaufgaben und Qualifizierungserfordernisse und die Motivationsebenen der Beteiligten. Thill unterscheidet Konflikte zwischen Mitarbeiterinnen, bei Zahnärzten und Mitarbeiterin-



nen sowie Zahnärzten untereinander; Konflikte mit Patienten werden in diesem Buch nicht behandelt. Als Ursachen werden sorgfältig zwischenmenschliche Probleme, Zieldiskrepanzen, fehlende Aufgabendefinitionen und schlecht organisierte Praxisabläufe analysiert, andererseits auch inadäquate Personalführung, unzureichende Mitarbeiterqualifizierung und mangelnde Motivation. Fragebögen, Tests, gute Abbildungen und

Checklisten (auch auf CD) helfen bei der Analyse der eigenen Praxisunzulänglichkeiten und machen das Buch zu einem geeigneten Instrument, das eine Konfliktprävention ermöglicht und bei schon eingetretenen Problemen passende Lösungswege aufzeigt. Durch den sehr systematischen Aufbau des Buches und eine Vielzahl von Arbeitsblättern sollte eine gezielte Bearbeitung

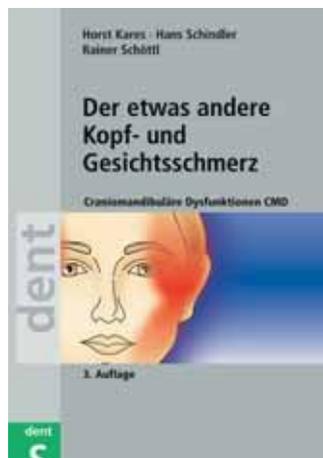
einzelner Praxis- oder Mitarbeiterprobleme schnell und effektiv möglich sein.

Dr. Thomas Schneller, Hannover

Konfliktbewältigung in der Zahnarztpraxis

K.-D. Thill, Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln 2005, 117 Seiten, 24,95 Euro, 40,00 SFR, ISBN 3-934280-90-0

Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz



Es ist sinnvoll, dass Fachleute sich darum bemühen, Ihr Wissen so darzustellen, dass Laien und (bei Krankheiten) Betroffene es verstehen können. Ein solcher Ansatz wird in diesem Buch verfolgt. Alle drei Autoren behandeln selbst Erkrankte mit CMD und können aus dem eigenen Erfahrungsschatz schöpfen. Auf 110 Seiten stellen sie zuerst Symptome, dann klinische Zeichen und dann noch die Grundmuster der Behandlung von CMD dar, unterstützt von schematischen Zeichnungen.

Bedingt durch diese Gliederung kommt es in den ersten beiden Abschnitten zu unvermeidbaren Doppelungen, die Lesefluss und Übersicht stören. Weitgehend

haben es die Autoren geschafft, Fachfremdworte zu vermeiden; jedoch sollten Begriffe wie „insuffizienter Zahnersatz“ in der nächsten Ausgabe noch ausgemerzt werden (an einer anderen Stelle wird verständlicher von „schlecht sitzenden Prothesen“ gesprochen). In einigen Abschnitten erkennt man in der Wichtung die wissenschaftlichen Fachgebiete der Autoren deutlich wieder, dies ist aber auch deren Vorrecht.

Insgesamt ist dieses Buch wichtig und ein guter Ansatz für Informationen für betroffene Laien. Es wäre schön, wenn der Verlag sich entschließen würde, eine durch die Autoren gepflegte Webseite zu unterhalten, wo Internet-Links zu relevanten Websites über dieses Gebiet vor- und aktuell gehalten werden.

Prof. Dr. Holger A. Jakstat, Leipzig

Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz – Craniomandibuläre Dysfunktionen CMD

Kares, Schindler, Schöttl, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 3. Auflage, 2006, 112 Seiten, 17 farbige Abbildungen, 14,8 x 21,0 cm, kartoniert, 19,90 Euro/33,90 sFr, ISBN 3-89993-776-7



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 61	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 62
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 62	Universität Göttingen	S. 70
Chirurgie	ZÄK Nordrhein	S. 61	Freie Anbieter	S. 72
	KZV Baden-Württemberg	S. 66	Kieferorthopädie	ZÄK Westfalen-Lippe S. 62
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 61	Freie Anbieter	S. 73
	KZV Baden-Württemberg	S. 66	Kinderzahnheilkunde	KZV Baden-Württemberg S. 66
	DGEndo	S. 70	Nothfallbehandlung	ZÄK Nordrhein S. 61
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Nordrhein	S. 62	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 62
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64	Parodontologie	ZÄK Westfalen-Lippe S. 62
Hypnose	ZÄK Niedersachsen	S. 64	KZV Baden-Württemberg	S. 66
	DGZH	S. 70	Freie Anbieter	S. 73
Implantologie	ZÄK Nordrhein	S. 61	Praxismanagement	ZÄK Niedersachsen S. 64
			Prophylaxe	ZÄK Nordrhein S. 61
			ZÄK Westfalen-Lippe	S. 64
			ZÄK Niedersachsen	S. 64
			KZV Baden-Württemberg	S. 66
			Freie Anbieter	S. 72
			Prothetik	APW S. 70
			Freie Anbieter	S. 73
			Röntgen	ZÄK Niedersachsen S. 64

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 61

Kongresse Seite 66

Universitäten Seite 69

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 70

Freie Anbieter Seite 72

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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 07038 T(B) 6 Fp
Thema: Kofferdam, der erste Schritt zu einem Mehr an Qualität
Referent: Dr. Wolfgang Matschek, Neunkirchen-Seelscheid
 Dr. Joachim Wever, Langenfeld
Termin: 31. 01. 2007, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 100 EUR

Kurs-Nr.: 07021 P(B) 15 Fp
Thema: Abschnitt II des Curriculums Endodontologie
Referent: Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen
Termin: 02. 02. 2007, 14.00 bis 18.00 Uhr
 03. 02. 2007, 9.00 – 15.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 07039 TP 7 Fp
Thema: Fit für die Prophylaxe bis zur Volljährigkeit – Wofür wollen Sie ab 18 Jahren zahlen??
Referent: Annette Schmidt, München
Termin: 02. 02. 2007, 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 120 EUR

Kurs-Nr.: 07067 P(B) 13 Fp
Thema: Postsegmentale Behandlungstechnik
Referent: Prof. Dr. Dieter Drescher, Düsseldorf
Termin: 02. 02. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
 03. 02. 2007, 10.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 250 EUR

Kurs-Nr.: 07051 TP 8 Fp
Thema: ..., damit Sie im Alter noch kräftig zubeißen können: Mundgesundheit von A bis Ende Professional Care und Oral Self Care = Praxisteam und Patient
Referent: Annette Schmidt, München
Termin: 03. 02. 2007, 9.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 120 EUR

Kurs-Nr.: 07037 * 7 Fp
Thema: Chirurgisch prothetische Konzepte für Gesamtrekonstruktionen auf Implantaten unter besonderer Berücksichtigung der Einzelzahnrekonstruktion
Referent: Dr. Hans-Jürgen Hartmann, Tutzing
Termin: 03. 02. 2007, 10.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: ZÄ 210 EUR, Assistenten 105 EUR

Kurs-Nr.: 07042 (B) 4 Fp
Thema: Aus Fehlern lernen – Pleiten, Pech und Pannen in der Zahnheilkunde
Referent: Dr. Walter Karl Kamann, Münster
Termin: 07. 02. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 120 EUR

Kurs-Nr.: 07040 P(B) 7 Fp
Thema: Endodontie kompakt – Notfallendodontie, Trepanation und Aufbereitung mit NiTi
 1. Kurs einer zweiteiligen Kursreihe (Beachten Sie bitte auch unseren Kurs 7041)

Referent: Prof. Dr. Rudolf Beer, Essen
Termin: 07. 02. 2007, 14.00 – 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 07043 TP 9 Fp
Thema: Erfolg durch Prophylaxe Profit-Zentren: Prophylaxe, Professionelle Zahnreinigung, initiale Parodontaltherapie
Referent: Dr. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken
Termin: 10. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 290 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 50 EUR

Kurs-Nr.: 07045 TP 9 Fp
Thema: Notfall-Teamkurs Kurs für das Praxisteam mit praktischen Übungen
Referent: Priv.-Doz. Dr. Dr. Monika Daubländer, Mainz
Termin: 10. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 180 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 90 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 07302 (B) 4 Fp
Thema: Abrechnung Bema – Gebührentarif E: Systematische Behandlung von Parodontopathien mit besonderer Berücksichtigung der vertragsgerechten Abrechnung – der aktuelle Stand Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid
 Dr. Wolfgang Schnickmann, Neunkirchen-Seelscheid
Termin: 07. 02. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 07306 (B) 3 Fp
Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Leistungen
 Der Schwerpunkt liegt in der Be-

schreibung der Schnittstellen des BEMA's zu außervertraglichen Leistungen – Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter
Referent: Dr. Andreas Schumann, Essen
Termin: 14. 02. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Fortbildung der Universitäten

Düsseldorf

Kurs-Nr.: 07354 (B) 5 Fp
Thema: Notfallbehandlungsmaßnahmen für Zahnärzte und zahnärztliches Personal
Referent: Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf; Prof. Dr. Dr. Claus Udo Fritzemeier, Düsseldorf
Termin: 31. 01. 2007, 15.00 – 19.00 Uhr
Veranstaltungsort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: 160 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 25 EUR

Fortbildung in den Bezirksstellen

Essen

Kurs-Nr.: 07471 2 Fp
Thema: Der Psychosomatische Patient in der Zahnarztpraxis
Referent: Prof. Dr. Stefan Doering, Münster
Termin: 14. 02. 2007, 15.30 – 17.00 Uhr
Veranstaltungsort: Johanniter in Essen, Ev. Huysens-Stift Henricistrasse 100 45136 Essen
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich.

Bergisch-Land

Kurs-Nr.: 07463 3 Fp
Thema: Die Behandlung des infizierten Wurzelkanals
Referent: Prof. Dr. Edgar Schäfer, Münster
Termin: 03. 02. 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.: 07207
Thema: Konfliktmanagement Techniken zur Vermeidung und Lösung von Konflikten in der zahnärztlichen Praxis – Workshop für ZMV, ZMF und ZMP
Referent: Rolf Budinger, Geldern
Termin: 31. 01. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 60 EUR

Kurs-Nr.: 07209
Thema: Praxis der professionellen Zahnreinigung, Grundkurs Kurs für ZMF, ZMP und fortgebildete ZFA mit entsprechendem Qualifikationsnachweis
Referent: Dr. Klaus-Dieter Hellwege, Lauterecken
Termin: 08. 02. 2007, 14.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 350 EUR

Kurs-Nr.: 07232
Thema: Praktischer Arbeitskurs zur Individualprophylaxe
Referent: A. Busch, ZMF, Köln
Termin: 09. 02. 2007, 14.00 – 18.00 Uhr
 10. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 07217
Thema: Telefontraining-Intensiv-Workshop
Referent: Ursula Weber, Neustadt a.d.W.
Termin: 10. 02. 2007, 10.00 – 16.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 07218
Thema: Fit für die Abschlussprüfung Ausbildungsbegleitende Fortbildung
Referent: Dr. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 11. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 07213
Thema: Prophylaxe bei Implantatpatienten in Theorie und Praxis - professionelle Betreuung vor, während und nach der Implantation
Referent: Beate Hiesinger, Wuppertal
Termin: 14. 02. 2007, 14.00 – 18.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 90 EUR

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

ZÄK Westfalen-Lippe**Zentrale Zahnärztl. Fortbildung**

Termin: 27. 01. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 133
Gebühr: 262 EUR
Thema: Cranio-Mandibuläre Dysfunktion (CMD)
Referent: Dr. Christian Mentler, Dortmund
Punkte: 9

Termin: 31. 01. 2007, 16.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 134
Gebühr: 126 EUR
Thema: Mikroskopisch geführte Perioimplantologie

Referent: Dr. Behnam Shakibaie-M., Rheda-Wiedenbrück
Punkte: 4

Termin: 31. 01. 2007, 15.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 135
Gebühr: 168 EUR
Thema: Hilfeleistung bei Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis
Referent: Prof. Dr. Hartmut Hagemann, Hannover
Punkte: 5

Termin: 02. 02. 2007, 9.00 – 16.30 Uhr
Kurs-Nr.: 077 137
Gebühr: ZA: 204 EUR, ZMA: 102 EUR
Thema: Zahnersatz-Abrechnung nach Bema und GOZ – Team –
Referent: ZMV Christine Baumeister, Haltern
Punkte: 9

Termin: 02. 02. 2007, 9.30 – 12.30 Uhr
Kurs-Nr.: 077 138
Gebühr: 136 EUR
Thema: Kompendium der Implantatprothetik in vier Teilen; Teil 1: Der zahnlose Unterkiefer und die Verankerung herausnehmbaren und bedingt abnehmbaren Zahnersatzes
Referent: Prof. Dr. Dipl.-Ing. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Punkte: 4

Termin: 02. 02. 2007, 13.30 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 139
Gebühr: 136 EUR
Thema: Kompendium der Implantatprothetik in vier Teilen; Teil 2: Implantate und abnehmbare Prothetik im Restgebiss: das Prinzip der „strategischen Pfeiler“
Referent: Prof. Dr. Dipl.-Ing. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Punkte: 5

Termin: 03. 02. 2007, 9.00 – 12.30 Uhr
Kurs-Nr.: 077 140
Gebühr: 136 EUR
Thema: Kompendium der Implantatprothetik in vier Teilen; Teil 3: Die implantologisch-prothetische Versorgung der verkürzten und unterbrochenen Zahnreihe
Referent: Prof. Dr. Dipl.-Ing. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Punkte: 5

Termin: 03. 02. 2007, 13.30 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 141
Gebühr: 136 EUR
Thema: Kompendium der Implantatprothetik in vier Teilen; Teil 4: Sinnvolle und bewährte therapiekonzepte für den zahnlosen Oberkiefer
Referent: Prof. Dr. Dipl.-Ing. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Punkte: 5

Termin: 03. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 142
Gebühr: 260 EUR
Thema: Digitale Fototechnik in der Zahnarztpraxis
Referent: drs. (NL) Otto de Zoete, Lübbecke
Punkte: 9

Termin: 03. 02. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 077 143
Gebühr: 284 EUR
Thema: Betriebswirtschaftliche Steuerung
Referent: Dr. Gilbert Lagache, Rheda-Wiedenbrück
Punkte: 9

Dezent. Zahnärztl. Fortbildung

Termin: 31. 01. 2007, 9.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: DEZ 077 136
Gebühr: 65 EUR
Thema: Parodontologie – Wegbereiter für die rest. Therapie

Referent: Dr. Tim Joda, Münster,
Dr. Snja Sälzer, Münster
Punkte: 4

Veranstaltungsvorschau für Zahnmedizinische Assistenz- und Verwaltungsberufe

Termin: 28. 02./03. 03. 2007
und 10. 03. 2007

Kurs-Nr.: 073 330

Gebühr: 350 EUR

Thema: Grundkurs Prophylaxe in
Lippstadt (nur für Zahnmedizinische
FachAngestellte)

Referent: Dr. A. Leiwesmeyer

Termin: 28. 02. u. 12. 03. 2007,
jeweils 8.00 – 16.30 Uhr

Kurs-Nr.: 073 710

Gebühr: 290 EUR

Thema: Versiegelung von Zahn-
fissuren

Referent: Dr. Detlef Trabert,
DH Doris Brinkmann,
ZMF Daniela Greve-Reichrath

Termin: 28. 02., 01., 03. und
24. 03. 2007,
jeweils 8.00 – 17.00 Uhr

Kurs-Nr.: 073 352

Gebühr: 370 EUR

Thema: Grundkurs Prophylaxe in
Bad Oeynhausen

Referent: Dr. J.-Chr. Winrich,
ZMF D. Greve-Reichrath

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

E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahna-
erzte-wl.de

Annika.Brueemmer@zahnaerzte-
wl.de

Christel.Frank@zahnaerzte-wl.de

Ingrid.Hartmann@zahnaerzte-
wl.de

simone.meyer@zahnaerzte-
wl.de

wl.de

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Fit für die Prophylaxe bis
zur Volljährigkeit

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

Referent: Annette Schmidt

Termin: 16. 02. 2007,

9.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 210,- EUR

Kurs-Nr.: F 0702

Thema: Dentiküre – Prophylaxe
ist mehr als nur „Sauberma-
chen“!

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

Referent: Annette Schmidt

Termin: 17. 02. 2007,

9.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 210,- EUR

Kurs-Nr.: F 0703

Thema: Erfolgsfaktoren für Ihre
Praxis – die Geheimnisse von
Spitzenpraxen

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

Referent: Dipl. oec. Hans-Dieter
Klein

Termin: 21. 02. 2007,

14.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: 90,- EUR

Kurs-Nr.: Z 0711

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

Referent: Sabine Sandvoß

Termin: 24. 02. 2007,

9.00 – 12.00 Uhr (Kurs 1)

24. 02. 2007, 13.00 – 16.00 Uhr
(Kurs 2)

Gebühr: 125,- EUR

Kurs-Nr.: F 0704

Thema: 10 Schritte zum erfolg-
reichen Start in die Hypnose
– heute erlernt, morgen genutzt

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

Referent: Christian Bitner

Termin: 28. 02. 2007,

14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 110,- EUR

Kurs-Nr.: Z 0712

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 Bremen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Bremer Zahnärzte Collo-
quium – Aktuelle Entwicklung in
der Demenz

Referenten: OA Dr. Ebke

Termin: 25. 01. 2007,

20.00 – 22.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsal-
lee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 25 EUR, Bermen; 30

EUR Umland – mit freundlicher
Unterstützung der Bremer Lan-
desbank

Fortbildungspunkte: 2

Thema: TEAM-Kurs – Wirtschaft-
lichkeitsprüfung nach altem und
neuem Recht. Verstehen, verin-
nerlichen, vorbereiten, vertei-
digen

Referenten: RA Frank Ihde (Refe-
rent aus dem Hause Wuttig)

Termin: 9. 02. 2007,

14.00 – 18.30 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsal-
lee 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: Bremer Zahnärzte Collo-
quium – Was sollte der Zahnarzt
vom Arbeitsrecht wissen?

Referenten: RA Nentwig

Termin: 15. 02. 2007,

20.00 – 22.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsal-
lee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 25 EUR, Bermen;

30 EUR Umland – mit Unterstüt-
zung der Bremer Landesbank

Fortbildungspunkte.: 2

Thema: Zahnärztliche Fortbil-
dung – BWL Seminar – Balance
halten/ Wie man zukünftige Sor-
genfalten vermeidet und ent-
standene glättet

Referenten: Stephan Kock

Termin: 17. 02. 2007,

9.00 – 15.00 Uhr

Ort: ZÄK Bremen, Universitätsal-
lee 25, 28359 Bremen

Gebühr: 108 EUR, Bermen; 135

EUR Umland – mit Unterstüt-
zung 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 Schleif-
mühle 34, 28203 Bremen

Gebühr: 140 EUR, Bermen; 175

EUR Umland – mit Unterstüt-
zung der Bremer Landesbank

Kurs-Nr.: 75003

Nähere Informationen zum Kurs
auf Anfrage

Fortbildungspunkte.: 6

Auskunft und Anmeldung:

Wir bitten um schriftliche An-
meldung! ZÄK Bremen, Univer-
sitätsallee 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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Bezirksdirektion Freiburg

Thema: Update Kinderzahnheilkunde
Referenten: Dr. Annekathrin Behrendt, Langeselbold
Termine: 03. 03. 2007
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 07/106

Thema: Störungen der Blutgerinnung und zahnärztliche Chirurgie
Referenten: PD Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg
Termine: 07. 03. 2007
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 07/107

Thema: Prophylaxe für Schwangere und Kleinkinder
Referenten: Iris Karcher, Freiburg
Termine: 07. 03. 2007
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 07/403

Thema: PAR-Patienten professionell betreuen
Referenten: Iris Karcher, Freiburg
Termine: 07. 03. 2007
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 07/404

Thema: Endodontie spezial – Ein praxisbezogener Workshop
Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich und Dr. Christoph Zirkel, Köln
Termine: 09./10. 03. 2007
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 770 EUR
Kurs-Nr.: 07/108

Auskunft: Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg,
 Tel.: 0761/45 06-160
 Fax: 0761/45 06-460
 e-mail: cordula.Deekeling@kzvbvw.de

Anmeldung: Bitte schriftlich an das Fortbildungsforum/FFZ, Merzhauser Str. 114-116, 79100 Freiburg

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, A. 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 Kieferorthopädie der Deutschen Ges. für Linguale Orthodontie (DGLO)
Termin: 19./20. 01. 2007
Ort: Wiesbaden
Auskunft: www.dglo2007.de

15. IAZA-Jahrestagung
Thema: Qualität und Transparenz – Was ist realisierbar?
Termin: 20. 01. 2007
Ort: Mainz

Auskunft: consilio 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 Gesellschaft für ZMK an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Termin: 20. 01. 2007
Ort: Magdeburg, Herrenkrug Parkhotel
Thema: Hygiene in der Zahnarztpraxis – das Medizinproduktegesetz 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@zahnaerztekammer-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 dentalconference.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 Hamburger Zahnärzte, Möllner Landstraße 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 Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 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. Figgner, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/83 47 084
 Fax: 0251/83 47 182
 E-Mail: weersi@uni-muenster.de

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

16. internationaler Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde

Termin: 02. – 04. 03. 2007
Ort: Universitätsklinikum Aachen, RWTH Aachen
Thema: Workshop-Kongress
Auskunft: DGL c/o Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, Universitätsklinikum der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
 Tel.: 0241/80 88 164
 Fax: 0241/80 33 88 164
 e-mail: anmeldung@dgl-online.de
 www.dgl-online.de

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
Termin: 09. 03. 2007
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

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP)

Hauptthema: Parodontologie pur
Termin: 19. – 21. 04. 2007
Ort: „Scalaria“ und Michael-Pacher Kongresshaus St. Wolfgang/Salzkammergut
Auskunft: Ärztezentrale Med-Info Helferstorferstraße 4, A-1014 Wien
 Tel.: +43/1 531 16-48 o. -37
 Fax: +43/1 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

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

56. Jahrestagung der DGZPW

Thema: Suprastruktur – Okklusale-Interdentale Morphologie
Termin: 03. – 05. 05. 2007
Ort: Beethovenhalle in Bonn
Auskunft: DGP Service GmbH Clermont-Ferrand-Allee 34 93049 Regensburg
 Tel.: 0941/94 27 99-0
 Fax: 0941/94 27 99-22/23
 e-mail: dgzpw@dgp-service.de
 www.dgzpw2007.de

4th ESOLA Laser Congress – European Society for Oral Laser Applications

Termin: 16. – 19. 05. 2007
Ort: Bruges/Belgium
Auskunft: Congress Secretariat Vienna Medical Academy Alser Straße 4, 1090 Vienna-Austria
 Tel.: +43/1 405 13 83-14
 Fax: +43/1 407 82 74
 e-mail: esola2007@medacad.org
 www.esola.at oder Ärztezentrale Med.Info Helferstorferstraße 4, 1014 Wien/Vienna
 Tel.: +43/1 531 16-37
 Fax: +43/1 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

57. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie

28. Jahrestagung des Arbeitskreises für Oralpathologie und Oralmedizin
Termin: 17. – 19. 05. 2007

Ort: Wiesbaden

Auskunft: Schriftführer der AGKI
Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Kleinheinz
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/834-70 05
e-mail: johannes.kleinheinz@uk-
muenster.de
www.ag-kiefer.de

SGI Jahrestagung

Veranstalter: Schweizerische Ge-
sellschaft 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

**CARS 2007 – Computer Assisted
Radiology and Surgery
21st Int. Congress and Exhibition**
Termin: 27. 06. – 30. 06. 2007
Ort: Berlin
Auskunft: CARS Conference
Office, Im Gut 15,
79790 Kuessaberg,
Tel.: 07742/922 434
Fax: 07742/922 438
E-Mail: office@cars-int.org
www.cars-int.org

■ Juli

**MEDcongress – 34. Seminarkon-
gress für ärztliche Fort- u. Weiter-
bildung**
Termin: 01. 07. – 07. 07. 2007
Ort: Baden-Baden, Kongresshaus
Auskunft: MEDICA Deutsche Ge-
sellschaft zur Förderung der Me-
dizinischen Diagnostik e.V., Post-
fach 70 01 49, 70571 Stuttgart,
Tel.: 0711/72 07 12-0
Fax: 0711/72 07 12-29
E-Mail: bn@medicacongress.de
www.medicacongress.de

■ September

**13. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Zahnärztliche
Hypnose DGZH e.V.**
Thema: Zahnärztliche Hypnose
und Kommunikation
Wiss. Leitung: Dr. Albrecht
Schmierer, Dr. Horst Freigang
Termin: 07. – 09. 09. 2007
Ort: Berlin,
Hotel Steigenberger
Auskunft: Congress
Organisation
Claudia Winkhardt
(cwcongress@aol.com)
Holtzendorffstr. 3, 14057 Berlin
Tel.: 030/36 28 40 40
Fax: 030/36 28 40 42

■ Oktober

**14th Int. Dental Congress and
Expodental 2007**
Veranstalter: Turkish Dental
Association
Termin: 11. – 16. 10. 2007
Ort: Istanbul
Auskunft: Turkish Dental
Association,
Ziya Gökalp Caddesi
37/11 Kizilay/Ankara/Türkiye
Tel.: ++90 312 435 93 94 (pbx)
Fax: ++90 312 430 29 59
e-mail: tdb@tdb.org.tr
www.tdb.org.tr

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC 3D-Seminar

Thema: Basistraining, um mit
CEREC in der täglichen Praxis
einen erfolgreichen Anfang ma-
chen zu können, inkl. post-trai-
ning support
Organisation: Lehrauftrag Zahn-
medizinische Curricularentwick-
lung und -forschung
(Prof.Dr.drs.drs. Jerome Rotgans)
Termin: 26./27. 01. 2007,
Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,
Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr
Seminargebühr: 1 000 EUR
oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome
Rotgans

Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

CEREC-Update- und Aufbau-seminar

Thema: Advanced Training zur Anfertigung aller Einzelzahnrest. (d.h. „schwierige“ Konstruktionen, Teilkronen, Front- u. Seitenzahnkronen, Quadrantensanierung, einfache und extendierte Verblendschalen) und deren Individualisierung
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung (Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans)
Termin: 09./10. 02. 2007,
 Fr. 8.30 bis 19.30 Uhr,
 Sa. 8.30 bis 14.00 Uhr

Seminargebühr: 1 000 EUR oder Sirona-Gutschein
Trainer: Prof. Dr. drs. drs. Jerome Rotgans

Ort: Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums der RWTH Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen
Fortbildungspunkte: 20

Auskunft/Anmeldung:

Tel.-Hotline: 0175/400 47 56
 Fax: 0241/80 82 468
 E-Mail: jerome.rotgans@t-online.de
 www.ukaachen.de/zpp

Universität Göttingen

Seminar in Santa Fé/Argentinien

Thema: Internationales Implantologieseminar (Hospitalation und Supervision)

Veranstalter: Int. Inst. Min. Invasive Impl. (IIMII)

Termin: 19. – 23. 03. 2007

Ort: Santa Fé/Argentinien

Sonstiges: Innovative Augmentationsverfahren, chirurgische Supervision mit eigenen Patienten
Fortbildungspunkte: 21

Kursgebühr: 2 400 EUR inkl. Unterbringung im *****-Hotel und Arbeitsessen

Auskunft: Frau E. Wildhagen, Universität Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen
 Tel.: 0551/39 64 37
 Fax: 0551/39 92 17

Universitätsklinikum Tübingen

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Aufbaukurs der Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich nach den Richtlinien der DEGUM: A- und B-Scan, farbcodierte Duplexsonographie, Dopplersonographie
Termin: 08. – 10. 03. 2007
Ort: Tübingen

Thema: Abschlusskurs der Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich nach den Richtlinien der DEGUM: B-Scan, farbcodierte Duplexsonographie, Dopplersonographie, sonographisch gesteuerte Punktion
Termin: 08. – 10. 03. 2007
Ort: Tübingen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Dr. D. Gülicher, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Tübingen, Osianderstraße 2-8, 72074 Tübingen
 Tel.: 07071/298-61 74
 Fax: 07071/29 34 81
 e-mail: dirk.guelicher@med.uni-tuebingen.de

Wissenschaftliche Gesellschaften

Akademie Praxis und Wissenschaft

Fortbildungskurse

Thema: Repetitorium Prothetik – Bewährtes und neue Entwicklungen

Termin: 03. 02. 2007,
 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Köln

Referent: Prof. Dr. Matthias Kern

Kurs-Nr.: ZF 1400

Kursgebühr: APW-Mitglieder 280 EUR; Nichtmitgl. 320 EUR

Fortbildungspunkte: 9

Thema: Evidence based treatment of traumatic dental injuries in the permanent dentition. How to deal with implants and transplants in trauma patients.

Termin: 09. 02. 2007,
 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Berlin

Referent: Dr. Jens Ove Andreasen

Kurs-Nr.: EA 02

Kursgebühr: bei Anmeldung EndoAdvance 390 EUR; für APW-Mitglieder 430 EUR; Nichtmitglieder 480 EUR
Fortbildungspunkte: 8

Auskunft: APW, Liesegangstr. 17a, 40211 Düsseldorf,
 Tel.: 0211/66 96 73-30
 Fax: 0211/66 96 73-31
 e-mail: apw.barten@dgzmk.de
 http://www.dgzmk.de

DGEndo

Curriculum Endodontie

Die Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V. hat nach überraschendem Start der Curricula in München, Berlin und Frankfurt im Jahr 2006 ihr Fortbildungsprogramm um zwei Curricula in Köln und München für das Jahr 2007 erweitert.

Die Curricula stehen nur Mitgliedern der Deutschen Ges. für Endodontie e.V. zur Verfügung

Auskunft und Anmeldung:

Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V. (DGEndo)
 Büro Leipzig, Holbeinstraße 29
 04229 Leipzig
 e-mail: sekretariat@dgendo.de
 www.dgendo.de
 www.conzept-dental.de

DGZH

Regionalstelle München

Thema: Curriculum Z6: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose III

Termin: 02. 03. 2007,
 14.00 – 20.00 Uhr;
 03. 03. 2007,
 9.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 16

Referent/in: Dr. Georg Dünzl

Kursgebühr: 450 EUR (225 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: Uwe Rudol, En Trance, Zum Vordamm 1, 57462 Olpe
 Tel.: 02761/83 81 50
 Fax: 02761/83 97 87

Regionalstelle Nordrhein

Thema: Curriculum Z2: Grundlagen der zahnärztlichen Hypnose

Termin: 09. 03. 2007,
 14.00 – 20.00 Uhr;
 10. 03. 2007,
 9.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 16

Referent/in: Dr. Christian Rauch

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

Auskunft: Uwe Rudol,
En Trance, Zum Vordamm 1,
57462 Olpe
Tel.: 02761/83 81 50
Fax: 02761/83 97 87

Regionalstelle Niedersachsen

Thema: Curriculum Z1: Ein-
führung in die zahnärztliche
Hypnose

Termin: 09. 03. 2007,
14.00 – 20.00 Uhr;
10. 03. 2007,
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 13

Referent/in: U. Neumann-Dahm

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

Thema: NLP-Master-Kurs M8:
Submodalitäten

Termin: 09. 10. 2007,
13.00 – 19.00 Uhr;
10. 03. 2007,
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Hannover

Fortbildungspunkte: 13

Referent/in: H. Alberts

Kursgebühr: 390 EUR

Auskunft: Ute Neumann-Dahm,
Bundschuhstraße 43,
39116 Magdeburg
Tel.: 0391/60 33 40
Fax: 0391/620 99 63

www.dgzh-niedersachsen.de

Regionalstelle Stuttgart

Thema: Curriculum Z1: Ein-
führung in die zahnärztliche
Hypnose

Termin: 09. 03. 2007,
14.00 – 20.00 Uhr;
10. 03. 2007,
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Fortbildungspunkte: 16

Referent/in: G. & Dr. A.
Schmierer

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

Thema: NLP-Curriculum NLP2:
Der ängstliche Patient

Termin: 23. 03. 2007,
14.00 – 20.00 Uhr;
24. 03. 2007,
9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Stuttgart

Fortbildungspunkte: 16

Referent/in: Ute Neumann-
Dahm

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

Auskunft: Frau Jacob,
Esslinger Str. 40,
70182 Stuttgart

Tel.: 0711/236 06 18

Fax: 0711/24 40 32

www.dgzh-stuttgart.de

Regionalstelle Berlin/ Brandenburg

Thema: NLP 1 (Erfurt): Die

Macht der Sprache

Termin: 23. 03. 2007,
14.00 – 20.00 Uhr;
24. 03. 2007,
9.00 – 18.00 Uhr

Fortbildungspunkte: 12

Referent/in: Inge Alberts

Kursgebühr: 450 EUR

Auskunft: Dr. Horst Freigang,

Lindenallee 21, 12587 Berlin

Tel.: 030/64 19 73 08

Fax: 030/64 19 73 07

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: Implantologie: Innovationen – aus der Praxis für die Praxis ...

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Dres. Kreusser / Dr. Hechler
Termin: 27. 01. 2007

Ort: Stadthalle Aschaffenburg, Schlossplatz 1, 63739 Aschaffenburg

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. Gellrich, Hannover; Dr. Hartmann, Tutzing; Dr. Hechler, Aschaffenburg; ZTM Klein, Aschaffenburg; Dr. J. Kreusser, Aschaffenburg; Dr. Petrin, Stuttgart; Prof. Dr. Dr. Schmelzeisen, Freiburg

Kursgebühr: 195 EUR + MwSt.

Auskunft: Straumann GmbH, Fortbildungszentrum Freiburg, Jechtinger Str. 9, 79111 Freiburg
Tel.: 0761/45 01-444
Fax: 0761/45 01-199

Thema: Physiognomie 1 + 2

Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH

Termin: 09. 02. 2007

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Manfred Müller; 9 Punkte

Kursgebühr: 280 EUR steuerfrei

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: Kinesiologie 2

Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH

Termin: 10./11. 02. 2007

Ort: Schlehdorf in Obb.

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

Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei

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: 2. Expertensymposium: „Keramik in der Implantologie – Kronen, Aufbauten, Implantate“

Veranstalter: BDIZ EDI

Termin: 18. 02. 2007

Ort: Köln, Hilton Cologne

Kursgebühr: Mitglieder 300 EUR, Nichtmitglieder 400 EUR

Auskunft: BDIZ EDI Geschäftsstelle, An der Esche 2, 53111 Bonn
Tel.: 0228/93 59 244
Fax: 0228/93 59 246
www.bdizedi.org

Thema: Prophylaxe – Fit für die Zukunft

Veranstalter: Nemris GmbH & Co KG

Termin: 24. 02. 2007, 9.00 – 12.00 Uhr

Ort: Eschlkam

Sonstiges: Ref.: Susanne Raichrt

Kursgebühr: 115 EUR + MwSt.

Auskunft: Nemris GmbH & Co.KG, Leninger Str. 10, 93458 Eschlkam
Tel.: 09948/940 921
Fax: 09948/940 939
e-mail: info@nemris.de
www.nemris.de

Thema: Diodium-Laser

Anwenderseminar mit Live-OPs

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 24. 02., 12. 05., 22. 09.

u. 24. 11. 2007, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Marler Straße 5, 46282 Dorsten

Sonstiges: Seminarleiter: Dr. Andreas Adamzik, Zahnarzt

Kursgebühr: 395 EUR + MwSt. (ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat 125 EUR + MwSt.

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

Thema: Diodium-Laser

Anwenderseminar mit Live-OPs

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 24. 02., 12. 05., 01. 09.

u. 10. 11. 2007, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Kipsdorfer Straße 111, 01277 Dresden

Sonstiges: Seminarleiter: Dres Purkert

Kursgebühr: 395 EUR + MwSt.

(ohne Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten) Sicherheitszertifikat 125 EUR + MwSt.

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

Thema: Zahnärzte Kreativ-Kongress „Marketing und Innovation in Implantologie und Esthetik Dentistry“

Veranstalter: GMI – Gesellschaft der Master Implantologen

Termin: 24. 02. – 03. 03. 2007

Ort: Ischgl, Desighnhotel madlein

Auskunft: Tel.: 02307/96 74 64

Fax: 02307/23 50 02

e-mail:

sieper@implantologen.com

Thema: Prophylaxe aktuell für ProphylaxeProfis

Veranstalter: DentFit.de

Termin: 28. 02. 2007

Sonstiges: Ref.: Genoveva Schmid

Auskunft: DentFit.de,

Trendelenburgstr. 14,

14057 Berlin

Tel.: 030/32 60 95 90

Fax: 030/32 60 95 92

www.dentfit.de

Thema: Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Prothetik – Quadrantenanierung mit vorbereitender Funktionsanalyse
Demokurs M703

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 01./02. 03. 2007, 9.00 – 17.30 Uhr

Ort: Praxis Mahnke, Danziger Str. 25, 31582 Nienburg

Sonstiges: Seminarleiter: Ernst O. Mahnke, Zahnarzt; Mind. Teilnehmer 2, Max. Teiln. 20; 16 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 700 EUR + MwSt. inkl. Tagesverpflegung

Auskunft: Praxis Mahnke, Danziger Str. 25, 31582 Nienburg
Tel.: 05021/97 31-23
Fax: 05021/97 31-29

Thema: Einführung in die SAM Instrumentation und Information zum Axioquickrekorder

Veranstalter: SAM Präzisionstechnik GmbH

Termin: 02. 03. 2007, 9.00 – 15.30 Uhr

Ort: Center of Dental Education, Fußbergstr. 1, 82131 Gauting

Sonstiges: Ref.: Florian Mack und Dorothee Krauß

Auskunft: SAM Präzisionstechnik GmbH, Tel.: 089/800 654 60
e-mail: info@sam-dental.de

Thema: SAM Funktionstage Basiskurs

Veranstalter: SAM Präzisionstechnik GmbH

Termin: 02. 03. 2007, 16.00 – 22.00 Uhr;
03. 03. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Center of Dental Education, Fußbergstr. 1, 82131 Gauting

Sonstiges: Ref.: Dr. W. Fischer
Auskunft: SAM Präzisionstechnik GmbH, Tel.: 089/800 654 60
e-mail: info@sam-dental.de

Thema: „You'll see what you'll get“ Das Dentalmikroskop täglich einsetzen

Veranstalter: Jadent MTC® Aalen
Termin: 02./03. 03. und 30.- 11 – 01. 12. 2007

Ort: Aalen, Wirtschaftszentrum

Sonstiges: Das Dentalmikroskop täglich, sicher und gezielt einsetzen. In den Bereichen: Prothetik, Endodontie, mikrochirurgische Parodontologie, Chirurgie; Ref.: Dr. Holger Dennhardt und Dr. Tomas Lang; Punkte: 19

Kursgebühr: 1 025 EUR + MwSt.
Auskunft: Jadent MTC® Aalen, Frau Bayer, Ulmer Str. 124, 73431 Aalen

Tel.: 07361/37 98-0

Fax: 07361/37 98-11

e-mail: m.bayer@jadent.de

Thema: SMO – Sensomotorische Okklusalthherapie

Veranstalter: Institut f. Temporo – Mandibuläre Regulation

Termin: 02. – 04. 03. 2007

Ort: 06108 Halle, Luisenstr. 2a

Sonstiges: Die sensomotorische Okklusalthherapie – Okklusalthherapie mit elastischen u. festen Bissbehelfen; Praxis der Anfertigung, Eingliederung u. Praxisführung

Kursgebühr: 630 EUR; Sonderkonditionen siehe Internet
Auskunft: ITMR, Schuhstr. 35, 91052 Erlangen

Tel.: 09131/20 55 11

Fax: 09131/22 390

www.itmr-online.de

Thema: Titan Brückenversorgung auf dem IMPLA-System

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 02./03. 03. und 02./03. 11. 2007

Ort: de Roy & Wennemann Zahntechnik GmbH & Co KG, Harpener Feld 33, 44805 Bochum

Sonstiges: Seminarleiter: ZTM P. Wennemann; ZTM M. Heinrichs
Kursgebühr: 588 EUR + MwSt.

Auskunft: de Roy & Wennemann Zahntechnik GmbH & Co KG, Harpener Feld 33, 44805 Bochum
Tel.: 0234/50 70 30
Fax: 0234/50 70 333

Thema: Klinische und instrumentelle Funktionsanalyse (Demo-Kurs)

Veranstalter: Schütz Dental GmbH

Termin: 03. 03. 2007, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Praxis Dr. Maak, Untere Bergstraße 12, 49448 Lemförde

Sonstiges: Seminarleiter:

Dr. Michael Maak

Kursgebühr: 435,20 EUR inkl.

MwSt. (Behandler)

Auskunft: Praxis Dr. Sabine Hopmann & Dr. Michael Maak,

Untere Bergstraße 12,

49448 Lemförde

Tel.: 05443/374

Fax: 05443/408

Thema: 3. Parodontologie-Tag 2007

Veranstalter: Dr. Udo Kraus-Hohenstein

Termin: 03. 03. 2007, 9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Otto-Burrmeister-Allee 1, 45657 Recklinghausen

Sonstiges: 9 Referenten; 9 hochaktuelle Themen; große Dentalausstellung; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: bis 15. 02. 2007: 195 EUR; ab 16. 02.: 245 EUR

Auskunft: Service Concept, Uschi Rätzke-Meier, Auerstraße 3,

45663 Recklinghausen

Tel.: 02361/49 50 962

Fax: 02361/96 06 6 45

Thema: Die professionelle Zahnreinigung

Veranstalter: DentFit.de

Termin: 09. 03. 2007

Ort: Berlin

Sonstiges: Ref.: G. Schmid

Auskunft: DentFit.de,

Trendelenburgstr. 14, 14057 Berlin

Tel.: 030/32 60 95 90

Fax: 030/32 60 95 92

www.dentfit.de

Thema: Der PAR-Patient – von der Vorbehandlung zum Recall

Veranstalter: DentFit.de

Termin: 09. 03. 2007

Ort: Berlin

Sonstiges: Ref.: Simone Klein

Auskunft: DentFit.de,

Trendelenburgstr. 14,

14057 Berlin

Tel.: 030/32 60 95 90

Fax: 030/32 60 95 92

www.dentfit.de

Thema: MSA II Manuelle Strukturanalyse

Veranstalter: Verein für Innovative Zahnheilkunde e.V.

Termin: 15. – 18. 03. 2007

Ort: Berlin

Referent: 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: -31

Thema: Depotphorese mit Cupral, die sichere Endodontie (6 Fortbildungspunkte)

Veranstalter: Humanchemie GmbH

Termin: 21. 04. 2007,

Anmeldeschluss: 15. 03. 2007

Ort: Bad Boll

Kursgebühr: 175 EUR

Auskunft: Humanchemie GmbH

Hinter dem Krüge 5

31061 Alfeld

Tel.: 05181/246 33

Fax: 05181/812 26

e-mail: info@humanchemie.de

www.humanchemie.de

Spiegel in der Praxis

Anblick mit Einsicht

Spiegel gehören zu den interessantesten Elementen der Raumgestaltung. Und sie ermöglichen uns die unbewusste Reflexion über das eigene Selbst – äußerlich wie innerlich. Richtig plazierte sind sie weit mehr als ein schöner Blickfang, nämlich positive Stimmungsmacher für Patienten und Team: Ein freundliches Lächeln aus dem Spiegel überträgt sich sofort – auf uns selbst und auf unsere Umgebung.



Foto: Mauritius

Ein freundliches Lächeln aus dem Spiegel motiviert. Denn er lächelt ebenso wie sein „Vor-Bild“.

Der Spiegel ist ein häufig genutzter Gegenstand in unserem Alltag. Auf einer tieferen Ebene ist er darüber hinaus seit jeher ein äußerst zweideutiges Symbol: Einerseits gilt er als Zeichen der Selbsterkenntnis und der Wahrheit. Andererseits ist er spätestens seit Narziss ein Symbol für Eitelkeit: Denn als sich der schöne Jüngling aus der griechischen Mythologie zum Trinken über eine Quelle beugte, verliebte er sich in sein eigenes Spiegelbild auf der Wasseroberfläche. Dieses unerfüllbare Gefühl zehrte ihn so auf, dass er bald darauf starb und schließlich in eine Narzisse verwandelt wurde.

Sein schlechtes Image hat der Spiegel seitdem weg. Dabei leistet er doch viel mehr, als nur der Eitelkeit zu dienen: In der Theorie des französischen Psychoanalytikers Jacques Lacan etwa bezeichnet das so ge-

nannte „Spiegelstadium“ eine wichtige psychologische Entwicklungsphase des Kindes zwischen dem sechsten und 18. Lebensmonat, in der es das eigene Ich entdeckt: Das Kind betrachte sich in dieser Zeit eingehend im Spiegel und begrüße sein Bild mit einer „jubulatorischen Geste“ der Verzückung, so Lacan. Diese Begegnung sei vor allem deshalb ein Anlass zur Freude, weil sich das Kind im Spiegel zum ersten Mal vollständig sehe, anstatt „zerstückelt“ aus der Leibperspektive – aus der heraus man ja zum Beispiel das eigene Gesicht nie sehen kann.

Diese Fähigkeit des Menschen, sich selbst zu erkennen, ist nach Ansicht der Wissenschaftler die Grundlage für unser alltägliches Verhalten und Zusammenleben und die Voraussetzung für Mitgefühl, Erinnerun-

gen und Zukunftsvisionen. Im Alltag laufen all diese Funktionen eher unbewusst ab. Der Blick in den Spiegel ist dort eher ein Ritual, um zu überprüfen, ob die Frisur richtig liegt oder die Kleidung sitzt. Das hat nicht nur mit Eitelkeit zu tun, sondern dient immer auch dazu, sich seiner selbst zu vergewissern – wer weiß, wie er auf andere wirkt, kann die Folgen des eigenen Verhaltens besser voraussehen und Situationen sicher einschätzen.

Reflexion an der Wand

Was für Menschen ganz allgemein gilt, das gilt für Patienten von Zahnarztpraxen um so mehr. Laut verschiedener statistischer Erhebungen ängstigen sich etwa 70 Prozent von ihnen vor der bevorstehenden Behandlung. Ein Blick in den Spiegel kann da noch einmal Sicherheit und festen Boden unter den Füßen geben. „Fehlt dieser Kontrollblick, dann fühlen sich die Patienten leichter unwohl und treten den Mitarbeitern des Praxis-Teams schneller unsicher gegenüber“, meint der Praxisberater Werner Lamers. Diese beruhigende und entspannende Wirkung macht einen sichtbar zwischen Wartebereich und Sprechzimmer angebrachten Spiegel zum sinnvollen Accessoire für die patientengerechte Zahnarztpraxis. In der Regel findet sich jedoch höchstens ein Spiegel in der Garderobe und einer im Bad. Eigentlich unverständlich. Denn Spiegel sind zudem auch ein interessantes und zudem kostengünstiges Raumgestaltungselement. An den richtigen Stellen angebracht, schaffen sie angenehmes Licht in dunklen Ecken und vermitteln den Eindruck von großzügiger Weite selbst in engen, kleinen Räumen. Die gleiche aufhellende und erweiternde Wirkung haben Spiegel auf die Stimmung der Patienten. Vor allem, wenn sie bronzenfarben unterlegt sind. Dann sehen die Patienten subjektiv attraktiver und gesünder aus und fühlen sich dadurch besser. Auf diese Weise schaffen Spiegel nicht nur eine angenehmere Stimmung, sondern dienen gleichzeitig als wirkungsvolles Marketinginstrument. Ganz wichtig dabei ist, dass sich der Spiegel harmonisch in die Gestaltung der Räume einfügt.

Foto: Mauritiuș



Richtig platziert, fungieren Spiegel als positive Stimmungsmacher.

Ähnlich positiv wirken Spiegel auf das Mitarbeiter-Team. Wo sonst vielleicht häufig müde Stimmung und heruntergezogene Mundwinkel vorherrschen, da kann ein in den Arbeitsbereichen oder an den Wänden angebrachter Spiegel wahre Wunder bewirken, „weil die Mitarbeiter automatisch Haltung und Gesichtsausdruck kontrollieren – und bei Bedarf korrigieren“, meint Lamers. „Das ist auch der Grund, warum in Räumen mit Spiegeln wesentlich mehr gelächelt wird. Und außerdem achten die Mitarbeiter dann wesentlich stärker auf ein gepflegtes und angenehmes Äußeres.“

Zudem sollte der Praxisinhaber darauf achten, die Spiegel plan aufzuhängen, um unvorteilhafte Verzerrungen zu vermeiden. Nicht zu empfehlen sind Spiegel dagegen in aller Regel in den Behandlungsräumen. Denn dort aufgehängt würden sie den Patienten die Behandlungssituation erst recht vor Augen führen, statt von ihr abzulenken.

In allen Facetten

Spiegel gibt es seit Jahrhunderten in den verschiedensten Ausführungen. Im Mittelalter und bis weit ins 19. Jahrhundert hinein wurden sie mit einer Metalllegierung aus etwa 75 Prozent Zinn und 25 Prozent Quecksilber hergestellt. Erst als diese stark giftigen Spiegel Ende des 19. Jahrhunderts

verboten wurden, ging man allgemein zu der noch heute üblichen Silberspiegelfabrikation über. Ein herkömmlicher Spiegel besteht danach aus einer Glasplatte, die auf ihrer Hinterseite eine dünne Silberschicht trägt. Damit diese Silberschicht nicht verkratzt oder oxidiert, wird sie abschließend galvanisch verkupfert und lackiert.

Ansonsten sind der Fantasie keine Grenzen gesetzt – es gibt Spiegel in unendlich vielen Formen und Farben und mit den unterschiedlichsten Rahmenmaterialien. Welcher davon sich am besten eignet, sollte jeder Praxisinhaber vom eigenen Geschmack und der übrigen Raumgestaltung abhängig machen. Einfache Modelle gibt es für relativ wenig Geld im Baumarkt, edle oder antike Stücke findet man im Fachhandel, beim Antiquar, im Internet oder auf dem Flohmarkt. Und in manchen Fällen mag schon ein kleiner Kosmetikspiegel an der Innenseite der Empfangstheke ausreichen.

Halbdurchlässige Spiegel

Spiegel bilden nicht nur die Realität ab, mit Spiegeln lassen sich auch die verschiedensten optischen Tricks durchführen. Man kann sie zum Beispiel dazu verwenden, um Gegenstände scheinbar verschwinden zu lassen. In Spiegelkabinetten werden verformte Spiegel außerdem dazu eingesetzt, um bizarre Verzerrungen des Spiegelbildes des Betrachters hervorzuheben.

Eine weitere Besonderheit sind halbdurchlässige Spiegel – auch „Einwegspiegel“ oder „Spionspiegel“ genannt. Bei ihrer Herstellung ist die auf die Glasscheibe aufgebraute Silberschicht deutlich dünner als bei normalen Spiegeln. Dadurch wird nur noch ein Teil des auftreffenden Lichts reflektiert. Der Rest strahlt ungehindert hindurch – wie bei einer stillen Teichoberfläche, in der sich die Wolken spiegeln und zugleich die Fische zu sehen sind. Wie viel Licht jeweils reflektiert und wie viel durch-

gelassen wird, hängt dabei von der Stärke der aufgetragenen Reflexionsschicht ab.

Eine speziell auf die Bedürfnisse von Arztpraxen zugeschnittene Variante des halbdurchlässigen Spiegels ist der sogenannte „IGel-Spiegel“. Er spiegelt nicht nur seine Umgebung, sondern dient gleichzeitig auch als Informationsträger. So kann der Zahnarzt zum Beispiel Groß-Dias hinter der Spiegelfläche anbringen, die dann von hinten durchleuchtet werden. Durch spezielle Ringleuchten, die mithilfe einer Elektronik gesteuert werden, lassen sich die Farbfolien dann abwechselnd sichtbar machen. Das bietet dem Zahnarzt einen hohen Aufmerksamkeitswert für alle wesentlichen Informationen der Praxis – von Zusatzleistungen über Urlaubstermine bis hin zu aktuellen Aktionen. Die Folien können mit einem handelsüblichen Tintenstrahldrucker ganz einfach selbst produziert und leicht ausgetauscht werden. Anders als mit schnell veralteten Plakaten kann der Zahnarzt so einfach und problemlos selbst über aktuelle



Foto: Lamers

Neben seinem Spiegelbild findet der Patient hier auch Infos über Praxisschwerpunkte.

Angebote in seiner Praxis informieren. Darüber hinaus gibt es eine integrierte Laufschrift-Funktion mit wechselnden Effekten, wie Blinken, Laufen oder Farbänderungen. Der gute alte Spiegel, weiter entwickelt zum modernen Marketing-Instrument.

Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg

Jahresbilanz 2006

Schwer beschäftigt

Ein Plus von 0,7 Prozent bei der Zahl der in Deutschland arbeitenden Personen ergeben die ersten vorläufigen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes: Danach arbeiteten 2006 hierzulande im Durchschnitt 39,1 Millionen. Das sind 258 000 Personen mehr als 2005, als die Beschäftigung noch um 52 000 Personen (- 0,1 Prozent) zurückgegangen war. Die Zahl der Erwerbstätigen erreichte durch den stärksten Anstieg seit 2000 letztes Jahr damit wieder das Niveau von 2002. Die Zahl der Selbstständigen



einschließlich mithelfender Familienangehöriger stieg mit 0,8 Prozent auf knapp 4,4 Millionen Personen deutlich schwächer als im Vorjahr an – laut Interpretation des Amtes auch Folge des Auslaufens der beiden arbeitsmarktpolitischen Förderinstrumente Existenzgründungszuschuss und Überbrückungsgeld. Beide Instrumente wurden zum 1. August 2006 durch den Gründungszuschuss ersetzt.

Zur positiven Entwicklung der Erwerbstätigkeit im Jahr 2006 haben sowohl die konjunkturelle Belebung als auch das Großereignis der Fußballweltmeisterschaft in Deutschland sowie arbeitsmarktpolitische Reformprogramme beigetragen, erklärte das Bundesamt. War im Jahr 2005 die Förderung der Selbstständigkeit von Bedeutung ge-



wesen, so zählten 2006 insbesondere die Arbeitsgelegenheiten nach der Mehraufwandsvariante (sogenannte 1-Euro-Jobs) zu dem zahlenmäßig bedeutendsten Instrument der Beschäftigung schaffenden Maßnahmen, was die Zahl der Arbeitnehmer um 222 000 (+ 0,6 Prozent) auf knapp 34,7 Millionen Beschäf-

Das eigene Berufsbild

Erfüllte Ärzte in der Praxis

Die Mehrheit der Ärzte in eigener Praxis in Deutschland schätzt ihre persönliche Arbeitssituation als „zufrieden stellend“ oder besser ein. Das ergibt die repräsentative Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2006“ der Stiftung Gesundheit.

26,5 Prozent der niedergelassenen Ärzte geben ihrer derzeitigen Arbeitszufriedenheit die (Schul-)Noten 2 beziehungsweise 1, 33 Prozent die Note 3. Besonders erfüllt der Beruf laut Studie jene Ärzte, die

■ erst seit maximal fünf Jahren in eigener Praxis tätig sind,

tigte erhöhte. Auch die Zahl geringfügig Beschäftigter (Mini-job) in Haupterwerbstätigkeit habe zugenommen.

Seit der Wiedervereinigung wandelt sich die Struktur der Beschäftigten: fast drei Viertel aller Erwerbstätigen arbeiten in den Dienstleistungsbereichen.

Details im Internet unter <http://www.destatis.de/basis/d/vgr/vgrtab10.htm>. pit/pm

Änderung bei Schecks

Vorsicht Säumnisgefahr

Aufgrund der Änderung des § 224 Abs. 2 Nr. 1 AO durch das Jahressteuergesetz 2007 gelten Zahlungen per Scheck nach dem 31. Dezember 2006 erst drei Tage nach Eingang des Schecks als geleistet. Darauf weisen die „Neuen Wirtschaftsbriefe“ hin. Wer also eine Steuer per Scheck zahlen will, muss darauf achten, dass der Scheck spätestens drei Tage vor dem Fälligkeitstag dem Finanzamt vorliegt. Ansonsten werden Säumniszuschläge fällig, weil die Zahlung erst am dritten Tag nach Zugang des Schecks als bewirkt gilt. pit/pm



■ keine übermäßig hohe Wochenstunden-Anzahl arbeiten. Zudem erwartet mehr als die Hälfte der Mediziner (50,2 Prozent), dass die Arbeitszufriedenheit in den nächsten zwölf Monaten unverändert bleibt; knapp ein Drittel rechnet mit einer Verschlechterung, halb so viele mit einer Verbesserung.

Durchgeführt wurde die repräsentative Erhebung von der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (www.ggma.de) im Auftrag der Stiftung Gesundheit. Sie steht als Download im Netz unter:

http://www.stiftung-gesundheit.de/presse/start_presse.htm > Studien. pit/pm



Überflüssige Versicherungen

Für Hochzeiten und den Todesfall

Die Deutschen lieben ihre Sicherheit und sind bereit, viel Geld dafür auszugeben. Dabei könnten sie einen Teil davon Gewinn bringend anlegen und sich dennoch ausreichend geschützt fühlen. Denn so manche Versicherung erweist sich nach eingehender Prüfung als überflüssig.

Im Durchschnitt 2960 Euro gab jeder private Haushalt im Jahr 2005 für Versicherungen aus. Das macht pro Person 1400 Euro. Viel Geld, wenn man gleichzeitig bedenkt, dass viele der Versicherten noch nicht einmal richtig geschützt sind. So verfügen nur 70 Prozent der privaten Haushalte über eine der wichtigsten Policen, die private Haftpflichtversicherung. Fliegt der Ball des Sprösslings in die Fensterscheibe des Nachbarn, ist der Schaden noch überschaubar. Verursacht ein Radfahrer aber einen schweren Unfall mit Personenschaden, muss er ohne Versicherungsschutz vielleicht bis an sein Lebensende zahlen.

Unbegreiflich bleibt auch die Tatsache, dass drei Viertel der Haushalte ohne einen Schutz der Berufs- und Erwerbsfähigkeit auskommen. Diese Versicherung gehört mindestens an die zweite Stelle der wichtigen Policen. Dann kommen Kranken-, Auto- und – für junge Familien – eine Risikolebensversicherung. Eine Hausratversicherung macht nur dann Sinn, wenn im Laufe der Zeit wertvolle Einrichtungsgegenstände angeschafft worden

sind. Alle anderen Versicherungen erweisen sich als bedingt sinnvoll bis total überflüssig.



Was mach' ich, wenn die Hochzeit platzt? Wer meint, sich für Reinfälle wie in „Vier Hochzeiten und ein Todesfall“ (im Foto: Hugh Grant, am Boden liegend) wappnen zu müssen, unterschreibt eine Police. Wer auf jeden Fall feiert, ist ohne besser dran.

■ **Krankenhaustagegeld**
Zahnärzte benötigen für den Krankheitsfall keine Krankenhaustagegeldversicherung. Für sie ist es notwendig, den Verdienstausfall aufgrund einer Krankheit in jedem Fall abzusichern. Als erstes schließt ein angehender Zahnarzt sinnigerweise eine Berufsunfähigkeitsversicherung ab. Für den Fall, dass er das Bett hüten muss, lohnt sich eine Krankentagegeldversicherung. Die zahlt auch dann, wenn er seine Krankheit zu Hause statt in der Klinik auskurieren kann. Und zwar im schlimmsten Fall bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit.

■ **Insassenunfallversicherung**
Mit dieser Police unterstützen die Versicherten in erster Linie den Vertreter und die jeweilige Gesellschaft. Denn eine Insassenunfallversicherung ist einfach überflüssig. Dennoch versuchen die Berater, die Police, die ja nur 60 bis 120 Euro pro Jahr kostet, an den Mann beziehungsweise die Frau zu bringen. Dabei entbehrt dieser Schutz inzwischen jeder Grundlage. Früher klaffte im Versicherungsschutz eine Lücke. Fand sich bei einem Unfall kein Schuldiger, kam keine Versicherung für den entstandenen Schaden auf. Ein Beispiel dafür ist ein geplatzter Reifen. Er litt dabei der Beifahrer einen Schaden, konnte er keine Ansprüche gegen die Autohaftpflicht des Fahrers geltend ma-

chen. Seit 2002 jedoch gilt das neue Straßenverkehrsgesetz. Seitdem sind alle Insassen eines Pkws abgesichert, auch wenn ein Unfall unverschuldet passiert: Die Autohaftpflichtversicherung des Fahrers muss zahlen.

■ **Glasbruchversicherung**
Der Bund der Versicherten ist sich sicher: Eine kaputte Fensterscheibe kann jeder Hausbesitzer selbst bezahlen. Die Kosten für den selten beanspruchten Schutz sind zu hoch. Wer beispielsweise die gut geputzte Scheibe bei Freunden oder Nachbarn übersieht und durch sie durch auf die Terrasse will, benötigt auch keine Glasbruchversicherung. In diesem Fall springt die Privathaftpflichtversicherung ein und übernimmt

**Stichwort:
Krankentagegeld**

Das Krankentagegeld dient zur Absicherung des Verdienstes, wenn der Versicherte durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig wird.

Bei Selbständigen hat das Krankentagegeld eine herausragende Bedeutung, da sie sonst während der Krankheit über kein Einkommen verfügen oder eine Vertretung nicht bezahlen können. Der Zahnarzt kann entscheiden, ab welchem Zeitpunkt er Krankentagegeld beziehen will. Es steht ihm maximal bis zur Höhe seines Nettoverdienstes zu.

Privat versicherte Arbeitnehmer bekommen im Krankheitsfall in der Regel sechs Wochen lang Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber. Für sie lohnt sich der Abschluss einer Krankentagegeldversicherung erst ab diesem Zeitpunkt. ■

den Schaden – vorausgesetzt der Schutz für Mietsachschäden ist inbegriffen.

■ **Reparaturkostenversicherung**

Gerne appellieren Händler an das Sicherheitsbedürfnis ihrer Kunden, wenn diese gerade den Kauf eines teuren Fernsehers oder einer hochempfindlichen Stereo-Anlage beschlossen haben. Damit das wertvolle Stück auch wirklich geschützt ist, empfehlen sie eine Reparaturkostenversicherung. Die aber ist überflüssig. Denn der Verkäufer muss zwei Jahre lang Gewährleistung bieten. Dazu kommt noch die Hersteller-Garantie. Außerdem wird ein fehlerfreies Gerät von guter Qualität kaum reparaturanfällig sein. Und für ein Billigteil lohnt sich sowieso keine teure Versicherung.



Foto: cinetext

Ob die Versicherung zahlt oder nicht, war die Frage in „Der Glückspilz“ (mit Walter Matthau und Jack Lemmon, im Bett)

■ **Fahrradversicherung**

Leider schließen nur noch alte Verträge über eine Hausratversicherung ein Fahrrad mit ein. Bei Neuabschlüssen schlägt das Fahrrad mit einer Extraprämie zu Buche. Im Schadensfall zahlt die Versicherung oft maximal ein Prozent der Versicherungssumme. Die Ausgabe dafür lohnt sich nur für unentwegte Radler, die mit ihrem Fahrzeug jeden Tag zur Arbeit fahren und dort keinen geschützten Abstellplatz finden. Daheim im Keller ist die Hausratversicherung auch ohne Extraprämie zuständig.

■ **Reisegepäckversicherung**

Wer seinen Urlaub im Reisebüro bucht, kennt das Angebot: Das Rundum-Sorglos-Paket für den Urlaub. Darin enthalten ist meist eine Reiserücktrittsversicherung, die je nach Reisekosten durchaus sinnvoll sein kann. Doch die Ausgaben für die Gepäckversicherung kann man sich sparen. Denn die Bedingungen, unter denen die Versicherung für den verschwundenen Koffer zahlt, sind meist sehr kompliziert. Der Urlauber darf ihn praktisch nie aus den Augen lassen, weil sonst Fahrlässigkeit unterstellt wird. Wird das Gepäck aus dem Hotelzimmer gestohlen, zahlt sowieso die Hausratversicherung.

■ **Sterbegeldversicherung**

Dabei handelt es sich um eine Variante der Kapitallebensversicherung. Die gesparten Beiträge werden für den Todesfall des Versicherten zurückgelegt. Vorher zieht die Gesellschaft aber die Kosten und die Provision für den Vertreter ab. Sinnvoller ist es, zirka 3 000 bis 5 000 Euro Gewinn bringend in einen Rentenfonds zu investieren. Mit diesem Geld können die Hinterbliebenen die Beerdigung bezahlen.

■ Es existieren viele Varianten von **Kapitalversicherungen**, die auf den ersten Blick sinnvoll erscheinen, sich aber letztlich als zu teuer erweisen. Dazu gehört

auch die Ausbildungsversicherung für den Nachwuchs. Eltern oder Großeltern sparen, um die spätere Ausbildung der Kinder besser finanzieren zu können. Doch die bereits oben erwähnten Nebenkosten schmälern die Rendite beträchtlich. Alternativen wie Fonds oder auch der Kauf von Bundespapieren lohnen sich meistens eher.

■ Zu den Neuheiten der letzten Jahre auf dem Versicherungsmarkt gehört der **Haus- und Wohnungsschutzbrief** der Allianz. Mit dem Versprechen „Anruf genügt, wir regeln alles“ locken die Münchner ihre Kunden. Sie leisten Pannenhilfe, wenn man den Schlüssel vergessen hat, die Klospülung nicht funktioniert oder ein Rohr verstopft ist. Kurz: Sie sind zur Stelle, wenn bei plötzlich eintretenden Schäden der sofortige Einsatz von Fachleuten verlangt wird. Denn das ist die Idee: Der Schaden tritt ein, der Kunde ruft die Notfallnummer – Assistance Hotline – bei der Allianz an und die schickt einen Fachmann, der den Schaden beseitigt. Das Fi-



Foto: cinetext

Im Vorfeld an die Hinterbliebenen zu denken und sie abzusichern, das macht Sinn. Eine Sterbegeldversicherung nicht.

nanzielle regelt die Versicherung. Der Kunde braucht sich nicht zu kümmern. Bis zu 300 Euro darf die Beseitigung des Schadens im Einzelfall kosten, im Jahr maximal 1 000 Euro. Der Bund der Versicherten rät von dem Schutzbrief ab, weil die Notfälle kein großes finanzielles

dann ein, wenn das geplante Fest ins Wasser fällt. Gravierende Gründe vorausgesetzt: Bis zu 25 000 Euro ersetzt die Versicherung bei Krankheit oder unverschuldeten äußeren Ereignissen. Wer kalte Füße bekommt, muss selber zahlen. Die Police kostet jedenfalls 500 Euro.



Geht eine Scheibe zu Bruch, lässt sich der Schaden meist mit eigenen Mitteln beheben, sofern es nicht eh' ein Haftpflichtfall ist.

Risiko darstellen. Besonders Mieter sollten prüfen, ob sie die Police überhaupt brauchen. Denn sie deckt zum Teil Schäden ab, für die sowieso der Vermieter zuständig ist. Die Barmenia-Versicherung bietet inzwischen ein ähnliches Produkt an. Wer auf seine Bequemlichkeit nicht verzichten will, kann sich für den Schutzbrief vielleicht erwärmen.

■ Speziell für den **Golfer** hält die Hanse-Merkur ein Paket bereit. Neben einer Reiseversicherung enthält es das Versprechen, dass die Gesellschaft ihrem Kunden die Lokalrunde im Clubhaus ersetzt, sollte ihm denn ein Hole-In-One-Schlag gelingen.

■ Für Verliebte bietet Hanse-Merkur eine **Hochzeitsversicherung**. Das Unternehmen springt

■ Günstiger noch hält die Niederländische Hullberry Company (www.hullberry.com) ein entsprechendes Angebot bereit: Für 19 Euro können sich **Brautleute** bei den Holländern tatsächlich gegen den Fall absichern, dass einer von beiden am



Catherine Deneuve passte in „Die schönen Wilden“ optimal auf ihr Gepäck auf. Das verlangt das Kleingedruckte in der entsprechenden Police auch vom Normaltouristen.

Kündigung

Stellt sich heraus, dass die Beiträge für eine Versicherung im Vergleich zu den Angeboten der Konkurrenz zu hoch sind oder eine Police sich als überflüssig erweist, ist die Kündigung fällig. Doch bevor der Kunde sein Einschreiben an die Gesellschaft formuliert, sollte er die Bedingungen studieren. Denn die Kündigungsmodalitäten unterscheiden sich je nach Art der Versicherung. Abgesehen von Kfz- und GKV-Versicherungen gilt in der Regel: nach den ersten drei Jahren jährlich unter der Einhaltung einer dreimonatigen Frist. Aber bitte

erst, wenn der neue Vertrag unter Dach und Fach ist.

Schadensversicherungen wie Hausrat oder Haftpflicht kann der Versicherte nach jedem abschließend regulierten Schaden kündigen, die Versicherer allerdings ebenso. Die Kündigung sollte sofort erfolgen, wenn der Kunde von der Erledigung des Schadensfalles benachrichtigt wird oder zum Ablauf des Versicherungsjahres.

■ **Genauere Infos über die Modalitäten liefert die Internetseite des Bundes der Versicherten www.bundderversicherten.de.**

Altar „Nein“ sagt. Dafür gibt es aber nur maximal 300 Euro. Für ein Gläschen zum Trost reicht es. Um die Risiken für den Versicherer einzugrenzen, gilt das Angebot nur für eine standesamtliche Trauung. Als Nachweis benötigt der/die Gehörnte eine schriftliche Bestätigung des Standesbeamten und das Aufgebot. Bei Hullberry hat man aber auch ein offenes Ohr für spezielle Probleme. In solchen Fällen wird die Police für die Kunden eben maßgeschneidert.

■ Denn was die Londoner Lloyds's für die großen Firmen

ist, will Hullberry für Privatleute sein: Ein Versicherer für alle Unwägbarkeiten. Rechenfüchse können sich dort beispielsweise für ebenfalls 19 Euro Prämie im Jahr gegen steigende **Benzinpreise** absichern. Versichert werden maximal 2 000 Liter Benzin. Hullberry erstattet dem Versicherten gegen Quittungsbeleg die Differenz zwischen dem Sockelbetrag pro Liter und dem drüber liegenden tatsächlich bezahlten Benzinpreis. Ausgeschlossen sind allerdings Lastwagen, Mähdrescher, Dampfwalzen. Und Panzer.

Drei Dinge zählt der Kluge

Vor dem Abschluss einer Versicherung, egal gegen oder für was, sollten die Kunden auf drei Dinge achten: Die Höhe des möglichen Schadens, die Wahrscheinlichkeit seines Eintritts und die Bezahlbarkeit der Prämie – diese Eckpunkte sollten in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen.

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de



„Allen Menschen Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann“, besagt ein griechisches Sprichwort. Wie die Richter entscheiden?

Hier einige Urteile, deren Kenntnis dem Zahnarzt den eigenen Alltag erleichtern kann.

BU-Versicherung nur mit abgeschlossener Ausbildung

Gelernt ist noch lange nicht geprüft

Wer keine abgeschlossene Berufsausbildung hat, kann grundsätzlich keine Versicherung gegen Berufsunfähigkeit (BU), sondern nur eine Erwerbsunfähigkeit abschließen. Das entschied das Saarländische Oberlandesgericht (OLG) in einem Urteil, das auch für ungeprüfte Kräfte in der Zahnarztpraxis gilt.



Foto: PhotoDisc

Bei der BU-Versicherung werde die gesundheitliche Fähigkeit versichert, den erlernten Beruf weiter ausüben und bewältigen zu können, heißt es in dem in der Zeitschrift „OLG-Report“ veröffentlichten Urteil. Das Gericht wies damit die Klage eines Krankenpfleger-Helfers gegen seine Versicherung ab. Der

Kläger hatte nach seinem Antrag eine BU-Versicherung abgeschlossen. Als Beruf hatte er „Krankenpfleger-Gehilfe“ angegeben. Die Versicherung teilte nach Prüfung der Unterlagen mit, er könne lediglich seine Erwerbsunfähigkeit versichern lassen. Der Kläger unterschrieb daraufhin eine entsprechende Änderungsklausel. Dennoch verlangte er später von der Versicherung eine Rente, weil er nicht mehr in der Krankenpflege tätig sein könne. Wie die Versicherung hielt auch das OLG diese Forderung für unbegründet. Der Kläger sei nicht erwerbsunfähig, denn er könne durchaus noch andere Tätigkeiten ausüben.

dpa/pit

OLG Saarland
Urteil, Az.: 5 U 720/05-105

Unfall im Krankenhaus

Harndrang bleibt Privatsache

Ein Unfall auf dem Gang zur Toilette bleibt Privatsache, auch wenn er während eines stationären Aufenthaltes passiert. Die Behandlungskosten hierfür sind über die Krankenversicherung abzurechnen, nicht über die gesetzliche Unfallversicherung des Hospitals, entschied das Hessische Landessozialgericht (LSG) in Darmstadt.

Der Toilettengang im Krankenhaus gehöre zu den sogenannten „eigenwirtschaftlichen“ – und damit nicht versicherten – Tätigkeiten wie Schlafen und Essen, hieß es zur Begründung. Ausnahmen seien nur bei besonderen, im Krankenhaus typischen Gefahren möglich. Die Revision wurde nicht zugelassen (Aktenzeichen: AZ L 8/14 KR 357/04). Damit gab das Gericht im Streit zwischen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse ersterer Recht. Im konkreten Fall war eine 76-jährige Patientin in ihrem Klinikzimmer auf dem Weg zur Toilette ohne ersichtlichen Grund gestürzt und hatte einen Oberschenkelhalsbruch erlitten. Die

zuständige Berufsgenossenschaft weigerte sich, die Kosten der Operation und Behandlung des Bruchs zu tragen, da der Weg zur Toilette eine private



Foto: DAK/Wigger

und keine versicherte Tätigkeit sei. Im Gegensatz zur ersten Instanz folgten die Darmstädter Richter dieser Argumentation.

pit/dpa

LSG Hessen
14. Dezember 2006
Az.: AZ L 8/14 KR 357/04



Kostenloses Aktionsspiel für Kindergärten

Frisch geputzt und blitzblank

Saubere Zähne sind gesunde Zähne. Diese Botschaft mit dem richtigen Spaßfaktor zu vermitteln, ist ganz einfach – wenn man das Aktionsspiel „Frisch geputzte Blinkenzähne“ des Informationskreises Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME) im Gepäck hat.



Bakterie, Zahn und Zahnbürste: In diesen Verkleidungen lernen die Kinder beim Aktionsspiel „Frisch geputzte Blinkenzähne“, was ihrer Mundgesundheit schadet und was ihr guttut.

Mit dem ganz einfach selbst zu bastelnden Spiel bietet der IME Erzieherinnen die Möglichkeit, Kinder auf spielerische Art und ohne Angst zu gesundheits- und zahnbewusstem Verhalten zu motivieren. Alles, was sie brauchen, sind Pappkarton oder Tonpapier, Gummiringe mit einem Durchmesser von zirka acht Zentimetern, Schablonen, Stift, Schere – und die Bastelanleitung aus dem Internet (siehe Kasten). „Als wir das Spiel entwickelt haben, wollten wir, dass es leicht umzusetzen ist und nur geringe Kosten verursacht“, erklärt Lisa Loewenthal, Sprecherin des IME. Solche Kindergarten-geeigneten Konzepte sind laut dem Frankfurter Verein Mangelware. „Oft richten sich Präventionsspiele an Grundschulkindern und sind zu komplex für die Jüngeren“, so Loewenthal weiter. Ein weiteres Manko: Viele Angebote würden von Unternehmen entwickelt, seien also produktlastig.

„Unser Konzept dagegen ist frei von Markenbindung.“

Nach der Testphase an verschiedenen Kindergärten hat der IME „Frisch geputzte Blinkenzähne“ an mehrere 10 000 Kindergärten in ganz Deutschland verschickt. Die Resonanz bisher: „sehr positiv“.



Der IME setzt bei seinem Spiel auf einfach zu verstehende Regeln und viel Bewegung.

zm-Info

Das Spiel im Netz

Das Aktionsspiel „Frisch geputzte Blinkenzähne“ hat der IME in Zusammenarbeit mit einem zehnköpfigen Team von Pädagogen und Erzieherinnen entwickelt und in Kindergärten getestet. Schablonen, Lied und Texte gibt es als kostenlosen Download im Internet:

■ www.ime-info.de/infomaterial.php

Paul, der Zahnputzheld

Zur Vorbereitung des Spiels basteln die Kinder Kronen, die sie später für ein Rollenspiel brauchen. Die zu besetzenden Parts: Zähne, Bakterien und Zahnbürsten. Um die Kinder auf das Spiel einzustimmen, lesen die Erzieherinnen danach eine kurze Geschichte vor. Der Protagonist: Paul Blinkenzahn, der Zahnputzheld. „Paul ist ganz stolz auf seine schönen Zähne. Immer wieder bewundert er sie im Spiegel“, beginnt die Story. „Doch heute ist er ganz aufgeregt. Zum ersten Mal darf er mit seiner Mutter zum Zahnarzt. Paul freut sich. Ihm ist nicht bange, denn er putzt seine Zähne regelmäßig“, heißt es weiter. In der Praxis erfährt Paul, dass Zähne auch krank werden können. „An jedem Zahn kleben immer wieder winzige, für unsere Augen unsichtbare Zahnfeinde. Die heißen Bakterien“, er-

klärt der Zahnarzt. Wie er sich dagegen wehren kann, will der Held der Geschichte daraufhin wissen. „Du machst doch schon genau das Richtige, damit Deine Zähne gesund bleiben. Deine Mutter hat gesagt, Du putzt sie immer nach dem Frühstück und abends vor dem Schlafengehen“, lobt ihn der Zahnarzt. Paul ist beruhigt – und die Kinder haben eine wichtige Lektion gelernt: Damit Zähne gesund bleiben, muss man sie pflegen.

Gefangene Zähne befreien

Auf die Geschichte folgt die Praxis: Dazu teilen sich die Kinder in drei Gruppen auf; jedes Kind setzt sich die seiner Rolle entsprechende Pappkrone auf. Die Bakterien bilden einen Kreis und fassen sich rechts und links an den Händen. Um sie herum stehen die Zähne; sie halten sich nicht an den Händen. Die Zahnbürsten positionieren sich mit weißen Papiertüchern – symbolische Zahnpasta – an drei bis vier Plätzen neben dem äußeren Kreis. Dann geht's los: Zum Lied „Zähneputzen ist nicht schwer“ tanzen die Bakterien Hand in Hand im Kreis. Dass die Kinder selbst aktiv werden, war bei der Konzeption des Spiels eines der zentralen Anliegen des IME. „Uns geht es neben der richtigen Mundhygiene und Ernährung auch um einen gesunden Lebensstil. Und dazu gehört natürlich sehr viel Bewegung“, erklärt Sprecherin Loewenthal.

„Frisch geputzte Blinkenzähne“ bietet den Kindern ausreichend Gelegenheit, auf den Beinen zu sein – das Zahnputzlied hat schließlich drei Strophen. Wenn nach jeder einzelnen der Gesang stoppt, lassen die als Bakterien verkleideten Kinder ihre Hände los und fangen jeweils einen Zahn. Danach treten die Zahnbürsten in Aktion: Sie laufen zu den gefangenen Zähnen, um sie zu putzen – und so von den Bakterien zu befreien. Am Ende des Liedes, wenn alle Zähne befreit sind, singt die Gruppe gemeinsam die letzte Strophe und ruft als Abschlussparole: „Gesund und schön sind eene, meene, frisch geputzte Blinkenzähne“.

sth

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 92

BUSCH

Set zum Polieren von Füllungen



Im Rahmen der professionellen Zahnreinigung und der Prophylaxe ist oft eine Konturierung oder Politur der vorhandenen Füllungen notwendig. Mit dem Satz 5920 bietet Busch Instrumente an, mit denen sich beide Bearbeitungen auf allen Füllungsmaterialien gezielt durchführen lassen. Die feinen Hartmetall-Finierer ermöglichen die Konturie-

rung aller Füllungen. Die Vorpoltur der Metallfüllungen erfolgt mit dem braunen Vorpolierer. Für die Hochglanzpolitur auf Metall ist der grüne Hochglanzpolierer vorgesehen. Auf Komposit wird mit dem grauen Vorpolierer die funktionsgerechte Hochglanzpolitur vorbereitet, die abschließend mit dem diamantdurchgesetzten, rosafarbenen Hochglanzpolierer erreichbar ist.

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

Hu-Friedy

Instrumente zur schonenden Extraktion

Bei Hu-Friedy finden Zahnärzte Instrumente, die schonendes, präzises und zügiges Arbeiten unterstützen, darunter Periotome, Luxierinstrumente, Syndesmotome und Wurzelspitzenheber. Die Periotome PT1 und PT2 verfügen über sehr dünne und scharfe Arbeitsenden, die eine leichte Durchtrennung des Periodontiums bei minimaler Schädigung des umgebenden Alveolarknochens ermöglichen. Für die Durchtrennung der Ligamente und die schonende Erweiterung der Alveolen eignen sich Luxierinstrumente mit verschiedenen



Breiten und unterschiedlich geformten Arbeitsenden. Sie schützen vor Druckübertragung auf die benachbarten Zähne. Die Entfernung frakturierter Wurzeln oder von Wurzelresten gelingt mit den Syndesmotomen nach Dr. Bernard. Dabei handelt es sich um die Kombination eines Luxierinstrumentes und eines Wurzelspitzenhebers.

Hu-Friedy
Rudolf-Diesel-Straße 8
69181 Leimen
Tel.: 0 62 24 / 97 00 - 0
Fax: 0 62 24 / 97 00 - 97
<http://www.hu-friedy.de>
E-Mail: info@Hu-Friedy.de

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DeguDent

Zirkonoxid-Ästhetik leicht gemacht



Das Zirkonoxid-Vollkeramik-System Cercon smart ceramics von DeguDent steht für höchste Ästhetik in der Zahntechnik. Gleichzeitig bietet die Funktionseinheit Cercon brain dem Labor den Vorteil, die benötigten Gerüste schnell und automatisch herstellen zu können. Auch die Verblendung lässt sich jetzt rasch und rationell gestalten – mit dem Verfahren press&smile. Es spart mehrere

Arbeitsschritte und ermöglicht gleichzeitig eine ästhetisch ansprechende Individualisierung. Ökonomisch interessant wird press&smile nicht zuletzt durch das Cercon PressMaster Muffelsystem. Es schafft bis zu vierzehn Einheiten auf einmal und reduziert damit die Einbett- und Ausbettzeiten pro Einheit auf ein Minimum.

DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 - 57 73
Fax: 0 61 81 / 59 - 59 62
<http://www.degudent.de>
E-Mail: jens.buenemann@degudent.de

DENTSPLY deTrey

Beliebt: Lokalanästhesie ohne Spritze



Lokalanästhesie ohne Injektion erfreut sich unter deutschen Zahnärzten wachsender Beliebtheit: Dies ergab eine von Oraquix-Anbieter Dentsply DeTrey durchgeführte Kundenbefragung von 215 Anwendern. Das innovative Parodontal-Gel wird demnach vor allem bei der Professionellen Zahnreinigung (PZR) und nicht invasiven Parodontaltherapie eingesetzt – die breite Mehrheit der befragten Zahnärzte zeigte sich sehr zufrieden mit Oraquix und vergab die

Noten „sehr gut“ und „gut“. Das Parodontal-Gel kommt in diesen Praxen häufig zum Einsatz und trägt zu einer schmerzlosen oder zumindest schmerzarmen Therapie bei. Auch empfehlen der Befragung zufolge über 80 Prozent der Zahnärzte Oraquix an ihre Kollegen weiter.

DENTSPLY DeTrey
DeTrey-Straße 1
78467 Konstanz
Tel.: 0 80 00 / 73 50 00 (gratis)
Fax: 0 75 31 / 583 - 265
<http://www.dentsply.de>
E-Mail: info@dentsply.de

DKOI

Curricula zum Thema Implantologie



Die Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DKOI) hat curriculare Reihen für die strukturierte Fortbildung von Zahnärzten, Zahntechnikern und den Assistenzberufen mit namhaften Referenten der deutschen Implantologie-Szene entwickelt. Neu ist das Curriculum Implantatprothetik „4+1“, das sich sowohl an Zahntechniker wie auch

an überwiegend prothetisch arbeitende Zahnärzte wendet. Das Curriculum Implantologische Fachassistenz behandelt zum Beispiel die Instrumentenaufbereitung nach RKI Hygiene Richtlinie 2006, die Abrechnung von implantologischen Leistungen und die dauerhafte Implantatbetreuung des Patienten.

Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DKOI)
Bruchsaler Straße 8
76703 Kraichtal
Tel.: 0 72 51 / 61 89 96 - 0
Fax: 0 72 51 / 61 89 96 - 26
<http://www.dgoi.info>
E-Mail: semmler@dgoi.info

Procter & Gamble

Breites Sortiment an Elektrozahnbürsten



Vielen Zahnärzten ist die Vielfalt der Oral-B Elektrozahnbürsten nicht bewusst. So ist die Oral-B Triumph eine neue Variante, die das oszillierend-rotierende Putzsystem sowie den neu entwickelten MicroPulse Bürstenkopf mit einer interaktiven Smart Technology kombiniert. Diese Technologie vermittelt dem Benutzer pflegerrelevante Informationen. Für Patienten, die eine Mundpflege mit Schalltechnologie bevorzugen, steht die Oral-B Sonic

Complete zur Verfügung, und für Einsteiger empfehlen sich die Vitality-Modelle. Zur Weitergabe an Patienten gedacht ist die neue Putzanleitung zur Oralprophylaxe mit der Tri-

umph. Außerdem gibt es jetzt einen modifizierten Empfehlereblock, der alle Oral-B Produkte aufführt. Zahnarzt-Praxen erhalten diese zum Vorzugspreis. Bestellungen sind telefonisch unter 0 61 73 / 30 32 85 möglich.

Procter & Gamble
Oral Health Organisation
Sulzbacher Straße 40
65823 Schwalbach am Taunus
Tel.: 0 61 96 / 89 01
Fax: 0 61 96 / 89 49 29
<http://www.oral-b.de>

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

DGEndo**Fortbildungen im Bereich Endodontie**

Die Firma Konzept GmbH bietet interessierten Zahnärzten Fortbildungen im Bereich der Endodontie an. In Zusammenarbeit mit der DGEndo ist es gelungen, eine strukturierte Fortbildung zu organisieren. Alle Referenten sind spezialisierte Praktiker und in ihren eigenen Praxen jeden Tag endodontisch tätig. Für die Teilnehmer stehen für jede Kursinheit OP-Mikroskope zur Verfügung, und auch für das notwendige Equipment, wie Motoren, Aufbereitungssysteme und Geräte für die thermoplastische Kondensation, ist gesorgt. Über ein Demo-OPM vermitteln die Referenten step-by-step die praktischen Inhalte des entspre-

chenden Kursabschnitts. Im Ergebnis werden daher nach Abschluss dieses Programms alle Teilnehmer fundierte Fähigkeiten und Erfahrungen im Umgang mit OP-Mikroskopen und verschiedenen Aufbereitungs- und Obturationskonzepten haben.

*Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
<http://www.dg-endo.de>*

*Organisation:
Konzept GmbH
Industriestraße 31
82194 Gröbenzell
Tel.: 0 81 42 / 44 42 88
Fax: 0 81 42 / 650 62 94
<http://www.konzept-dental.de>
E-Mail: info@konzept-dental.de*

VOCO**Anmeldungen zum Forschungspreis**

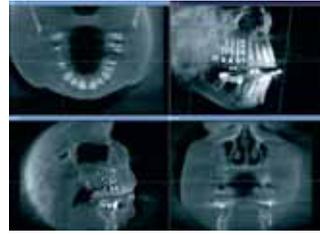
Der Forschungspreis Voco Dental Challenge bietet Nachwuchsforschern ein Forum zur Präsentation ihrer Studienergebnisse. Anmeldungen für den kommenden Forschungswettbewerb nimmt Voco ab sofort entgegen. Teilnehmen

können Studenten und alle Wissenschaftler, die ihr Studium 2003 oder später beendet haben. Voraussetzung für den Wettbewerb ist die Präsentation einer Studie, an der zumindest ein Voco-Präparat beteiligt ist. Außerdem sollten die Ergebnisse

noch nicht veröffentlicht sein. Die Abgabe sollte spätestens bis zum 30. April 2007 erfolgen. Der erste Platz wird mit 3 000 Euro belohnt, die zweiten und dritten Sieger erhalten 2 000 Euro und 1 000 Euro. Zusätzlich bekommen die drei Preisträger einen Publikationszuschuss in Höhe jeweils 2 000 Euro. Weitere Informationen sind unter www.voco.de erhältlich. Anmeldeunterlagen können auch telefonisch unter 04721 / 719 209 (Dr. Martin Danebrock) angefordert werden.

*VOCO GmbH
Anton-Flettner-Straße 1 - 3
27472 Cuxhaven
Tel.: 0 47 21 / 719 - 109
Fax: 0 47 21 / 719 - 140
<http://www.voco.de>
E-Mail: info@voco.de*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Pluradent**Erste „Galileos“-Präsentation**

Das gemeinsam von Pluradent und Sirona im November 2006 vorgestellte 3D Röntgengerät „Galileos“ ist ein bedeutender Schritt in die Röntgendiagnostik der dritten Dimension. Dies wurde in den Vorträgen von Dr. Wolf Perterke, niedergelassener Zahnarzt in Köln, Dr. Lutz Ritter, Universitätsklinik Köln, und Dr. Robert Mischkowski, Universitätsklinik Köln auf der Veranstaltung in Bensheim deutlich. Alle Referenten waren sich einig,

dass Galileos, das auf Basis der ConeBeam-Technologie arbeitet, das diagnostische Potenzial der aktuellen Röntgendiagnostik um ein Vielfaches erweitert. Bisher wurde Galileos in mehr als 2 000 Fällen klinisch in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsklinik zu Köln eingesetzt. Für die Implantologie wurde zudem ein speziell integrierter Workflow programmiert, der die Implantatplanung und die Erstellung von Bohrschablonen umfasst.

*Pluradent AG & Co KG
Kaiserleistraße 3
63067 Offenbach
Tel.: 0 69 / 829 83 - 0
Fax: 0 69 / 829 83 - 271
<http://www.pluradent.com>
E-Mail: Offenbach@pluradent.de*

GlaxoSmithKline**Seidenweiche Borsten für sensible Zähne**

Die seidenweichen Mikrofaserborsten der Sensodyne Mikro Aktiv Zahnbürste reinigen auch Problemzonen schonend und effektiv, insbesondere freiliegende Zahnhälsen. Zu diesem Ergebnis kommen 90 Prozent der Test-Zahnärzte und zahnmedizinischen Fachangestellten in einer breit angelegten Befragung nach

einem dreiwöchigen Selbst-Test. Drei Viertel wollen die Zahnbürste mit der völlig neuartigen Borsistentechnologie Patienten mit schmerzempfindlichen Zähnen empfehlen. Die neuartige Borsistentechnologie ermöglicht mehr Kontakt zum Zahnbelag und einen besseren Zugang zu Zahnzwischenräumen und dem Zahnfleischsaum. Eine breite, stabile Borstenbasis gibt den mikrofeinen Enden Halt für eine gründliche Reinigungsleistung.

*GlaxoSmithKline
Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
Tel.: 0 72 23 / 76 - 0
Fax: 0 72 23 / 76 - 40 00
<http://www.gsk-consumer.de>
E-Mail: unternehmen@gsk-consumer.de*

Ivoclar Vivadent

Optimal trockengelegt



Die Helfer der OptraLine sind mit dem OptraDam um ein klammerfreies Kofferdam-Konzept erweitert worden. Es entspricht den Anforderungen an eine Trockenlegung in der modernen Füllungstherapie: Der neue Kofferdam liegt durch seine dreidimensionale, anatomische Form spannungsfrei im Mundraum und ist zudem in alle drei Dimensionen flexibel. Aufgrund dieser der Mundhöhle entsprechenden Form funktio-

niert er ohne störende Metallklammern. Das macht ihn für den Patienten auch während einer längeren Behandlungszeit angenehm zu tragen. Im Gegensatz zu herkömmlichen Kofferdämmen können bei Bedarf mit einer einzigen Applikation alle vier Quadranten gleichzeitig trockengelegt werden, was in einer besseren Zugänglichkeit resultiert. Der flexible OptraDam hält zusätzlich die Lippen und Wangen bis zu den hinteren Molaren sanft zirkulär ab.

*Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
Tel: 0 79 61 / 889 - 0
<http://ivoclarvivadent.de>
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de*

Nobel Biocare

Neue Implantatbrücke aus Zirkondioxid



Nobel Biocare hat das Procera Produktsortiment um eine neue Implantatbrücke aus Zirkonoxid erweitert. Damit steht eine rein weiße, metallfreie Alternative zur Verfügung. Vorteile sind außerdem die kürzere Behandlungszeit und präzisionsgefräste Brückenversorgungen, die für eine Passgenauigkeit von unter 30 Mikrometern auf der Basis von Procera Forte Abformungsscans sorgen. Die neue Brücke ist für die gleichen Indikationen vorgesehen und verwendet dasselbe

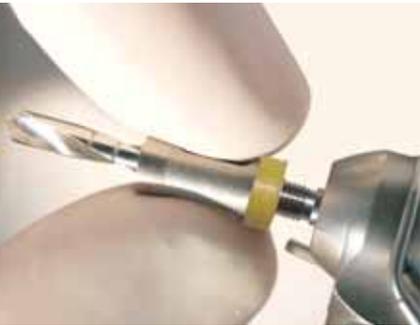
klinische Protokoll wie die Procera Implant Bridge Titanium für das Bränemark System und NobelReplace. Sie bietet auch bei resorbiertem Weichgewebe Ästhetik, da sie mit NobelRondo Zirconia und der neuen Verblendkeramik Nobel Rondo Zirconia Gingiva kombiniert werden kann. Die Brücke ist für alle Mundpositionen bei zahnlosem oder teilbezahntem Kiefer indiziert und ermöglicht einen Durchmesser von bis zu 25 sowie eine Länge von 60 Millimetern.

*Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
5093 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 - 0
Fax: 02 21 / 500 85 - 333
<http://www.nobelbiocare.com>
E-Mail: sandra.vonschmudde@nobelbiocare.com*

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

ARSLINE

Sicheres Knochenbohrverfahren



Das Drilling Security System (DSS) ist ein innovatives Knochenbohrverfahren von Arsline. Es besteht aus Knochenbohrern mit gewundenem Schaft, die mit Halteglocken gekoppelt sind, deren Positionierung durch Verschraubung regulierbar ist. Das

patentiertere Instrument garantiert die Einhaltung der festgelegten Bohrtiefe und minimiert damit Verletzungsgefahren. Das DSS macht den Eingriff nicht nur sicherer, sondern erlaubt auch das Ausnutzen der gesamten Knochentiefe, um die Primärstabilität der Implantate zu optimieren. Um mit möglichst vielen Implantatsystemen kompatibel zu sein, ist DSS in verschiedenen Durchmesser und Längen verfügbar.

ARSLINE S.A.
6833 Vacallo, Schweiz
Fax: +41 / 844 800 802
Tel.: +41 / 844 800 801
<http://www.arsline.com>
E-Mail: info@arsline.com

VITA

Interdisziplinäre Therapieansätze



Die Relevanz interdisziplinärer Therapieansätze nimmt in der Zahnheilkunde zu. Das belegte Ende Oktober 2006 die Veranstaltung des Arbeitskreises der Vita In-Ceram Professionals Lippstadt „Falsches Material, fehlerhafter Zahnersatz – vorbeugen, korrigieren“. Hardy Gaus (Foto links), Zahnarzt und qualifiziertes Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin e.V., richtete seinen Fokus auf die Biokompatibilität. Der Spezialist für ganzheitliche Kiefergelenkbehandlungen, Dr. Winfried Wo-

jak (Foto rechts), erläuterte, welche Behandlungsmöglichkeiten die Schienentherapie bei Kiefergelenksstörungen eröffnet. Physiotherapeut Martin Jenske (Foto Mitte) berichtete über die enge Beziehung von Zahnheilkunde, Zahntechnik und Physiotherapie.

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

■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

JOHN O. BUTLER

Neu: Patienteninfo Mundtrockenheit



ner Mundspülung ohne Alkohol, einem Feuchtigkeitsgel, einem Sprühgel und Kaugummi sorgt das Komplettprogramm für die Befeuchtung des Mundes. Die Produkte enthalten aktive Enzyme, die auch im natürlichen Speichel vorhanden sind und dort für den Schutz von Zähnen, Zahnfleisch, Zunge und Mundschleimhaut sorgen. Die schmerzhaften Symptome des trockenen Mundes werden über einen längeren Zeitraum gelindert. Mit der Modernisierung des Packungsdesigns wurde auch die Patienteninformation zum Thema Mundtrockenheit überarbeitet.

JOHN O. BUTLER GmbH
Beyerbachstraße 1
65830 Kriftel
Tel.: 0 61 92 / 95 10 855
Fax: 0 61 92 / 95 10 844
<http://www.jbutler.de>
E-Mail: service@jbutler.de

Seit fünf Jahren bietet Sunstar Butler die bioXtra Pflegeserie bei Mundtrockenheit an. Bestehend aus einer milden Zahnpasta, ei-

Zimmer

Keramikabutments: stabil und ästhetisch



Die Contour Keramikabutments von Zimmer Dental wurden speziell für den Einsatz mit dem Tapered Screw-Vent Implantatsystem entwickelt. Sie bieten Stabilität, Ästhetik und sind einfach in der Handhabung. Aus hochfestem Zirkonoxid hergestellt, bilden sie eine natürlich gefärbte Basis für optisch hochwertige

Vollkeramikronen, auch und gerade bei Frontzahnversorgungen. Selbst wenn sich das Gewebe zurückziehen sollte, sind keine Metallränder sichtbar. Die vorgefertigten Abutments benötigen nur wenig Präparationszeit und die breite Palette verfügbarer Kragehöhen bietet für praktisch jeden Fall die passende Lösung.

Zimmer Dental GmbH
Merzhauser Str. 112
79100 Freiburg
Tel.: 07 61 / 45 84 - 01
Fax: 07 61 / 45 84 - 120
<http://www.zimmerdental.de>
E-Mail: info@zimmerdental.de

Edelman

Immer der Nase nach: dufte Zahnpasta

Edelmann lässt die Zahnpasta „AZ Complete Expressions“ von Procter & Gamble duften. Der Heidenheimer Verpackungsspezialist hat per Etikett die Geruchsnoten „Exotic Energy“, „Citrus Breeze“ und „Extreme Green“ auf die Faltschachtel aufgebracht. Durch Reiben auf dem Etikett wird der Duft der Zahn-

pasta freigesetzt und gibt dem Konsumenten einen Eindruck von der Geschmacksrichtung und dem Geruch. Während „Exotic Energy“ den tropischen Duft von Ananas, Mango und Pfirsich freisetzt, versprühen „Extreme Green“ Pfefferminzgeruch und „Citrus Breeze“ Zitronenaroma.

Carl Edelman GmbH & Co. KG
Paradiesstraße 20
89522 Heidenheim
Tel.: 0 73 21 / 340 - 0
Fax: 0 73 21 / 34 03 59
<http://www.edelmann.de>
E-Mail: marketing@edelmann.de

Norgine

Pyralvex in neuer Verpackung

Die Packung von Pyralvex, der Lösung aus chinesischem Rhabarberextrakt und Salicylsäure, wurde jetzt unter ökologischen Gesichtspunkten modernisiert. Norgine hat den Materialverbrauch auf das notwendige Minimum beschränkt und so für eine einfache Entsorgungsmöglichkeit gesorgt. Durch „2 in 1“ bleibt der gute Stand der Flasche erhalten: Eine Perforation ermöglicht Verpackung und Set-Aufstellfunktion in einem. Der Pinsel zum Auftragen der pflanzlichen Lösung ist in einem wieder verschließbaren Röhrchen hygie-

nisch aufbewahrt. Die einfache und praktische Handhabung des Sets überzeugt, und es kann auch unkompliziert auf Reisen mitgenommen werden.

Norgine GmbH Deutschland
Im Schwarzenborn 4
35041 Marburg
Tel.: 0 64 21 / 98 52 - 0
Fax: 0 64 21 / 98 52 - 37
<http://www.norgine.de>
E-Mail: info@norgine.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 16. 2. 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:

- ARSLINE** – Sicheres Knochenbohrverfahren (S. 90)
- BUSCH** – Set zum Polieren von Füllungen (S. 86)
- DeguDent** – Zirkonoxid-Ästhetik leicht gemacht (S. 86)
- Dentsply deTrey** – Beliebt: Lokalanästhesie ohne Spritze (S. 86)
- DGEndo** – Fortbildungen im Bereich Endodontie (S. 88)
- DGOI** – Curricula zum Thema Implantologie (S. 87)
- Edelman** – Immer der Nase nach: Dufte Zahnpasta (S. 92)
- GSK** – Seidenweiche Borsten für sensible Zähne (S. 88)
- Hu-Friedy** – Instrumente zur schonenden Extraktion (S. 86)
- Ivoclar Vivadent** – Optimal trockengelegt (S. 89)
- JOHN O. BUTLER** – Neu: Patienteninfo Mundtrockenheit (S. 90)
- Nobel Biocare** – Neue Implantatbrücke aus Zirkondioxid (S. 89)
- Norgine** – Pyralvex in neuer Verpackung (S. 92)
- Pluradent** – Erste „Galileos“-Präsentation (S. 88)
- Procter & Gamble** – Breites Sortiment an Elektrozahnbürsten (S. 87)
- VITA** – Interdisziplinäre Therapieansätze (S. 90)
- VOCO** – Anmeldungen zum Forschungspreis (S. 88)
- Zimmer** – Keramikabutments: stabil und ästhetisch (S. 90)

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

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
Tel.: (02 21) 40 01-251
Leserservice Tel.: (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

Layout:

Piotr R. Luba, Karl-Heinz Nagelschmidt, Margret Wallisch

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

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 Sondereile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Die Zeitschrift erscheint am 1. und 16. des Monats. Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis für Studenten jährlich 60,00 €. Einzelheft 7,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.



Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln;
Postfach 40 02 54, 50832 Köln
Tel.: (0 22 34) 70 11-0
Fax: (0 22 34) 70 11-255 od. -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Geschäftsbereich Zahnmedizin:

Norbert Froitzheim
Froitzheim@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Nicole Schiebahn, Tel. (0 22 34) 70 11-218
Schiebahn@aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. (0 22 34) 70 11-243
Pinsdorf@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

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. (0 22 34) 70 11-270
Graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. (0 22 34) 70 11-278
Krauth@aerzteverlag.de

Datenübermittlung Anzeigen:

ISDN (0 28 31) 396-313, (0 28 31) 396-314

Druckerei:

L.N. Schaffrath, Geldern

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln, Kto. 010 1107410
(BLZ 370 606 15), Postbank Köln 192 50-506 (BLZ 370 100 50).

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 49,
gültig ab 1. 1. 2007.

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2006:

Druckauflage: 80 983 Ex

Verbreitete Auflage: 79 809 Ex

97. Jahrgang

ISSN 0341-8995



Foto: CC

Engpässe

Bioprodukte werden knapp

Bio-Produkte werden knapp. Erzeugerverbände und Grüne machen die Politik dafür verantwortlich.

Engpässe gibt es bei Kartoffeln, Eiern, Schweinefleisch, Futtermitteln und Hafer: Der Agrarexperte Ulrich Hamm von der Universität Kassel sagte in der Netzzeitung (nz), die Nachfrage nach Bio-Lebensmitteln sei nicht gedeckt – auch nicht durch Produkte aus dem Ausland. Große Mengen an Produkten kämen

inzwischen aus Ländern wie Chile oder Südafrika.

Ein Grund für die knappen Öko-Produkte sei der Bio-Boom; auch Discounter mischen auf dem Markt mit. Probleme haben vor allem Händler ohne langfristige Lieferverträge. Erzeugerverbände und Grünen-Politiker machen die Agrarpolitik für den Mangel verantwortlich und warnen, die Lücke im Angebot werde sich in den nächsten Jahren vergrößern.

Neue Publikation

Praxis und Ethik der Organspende

„Anreize zur Organspende“ heißt der gerade erschienene, 39. Band der „Grauen Reihe“ der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

In zehn Beiträgen diskutieren die Autoren vor allem die Vorschläge zur Ausweitung der Lebendspende und zur finanziellen Kompensation von Organspendern.

Weitere Themen sind die Forderung nach einem Kodex für den Umgang mit Lebendspendern und Fragen des Eigentumsrechts an Organen sowie die Sicherung der Freiwilligkeit von Spenden.

sth/pm

■ „Anreize zur Organspende“ kann online abgerufen werden unter www.ea-aw.de. (Dort unter „Publikationsorgane“/„Graue Reihe“)

EU-Initiative

Neues Netzwerk zur HIV-Prävention

Ein EU-Netzwerk zur Förderung neuer Ansätze in der HIV-Prävention ist am 1. Januar 2007 gestartet. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung von Impfstoffen zur Vorbeugung und Behandlung der Infektion. Das meldet das Robert Koch-Institut, einer von drei deutschen Teilnehmern. An dem auf fünf Jahre angelegten und mit insgesamt 15,5 Millionen Euro durch die EU-Kommission geförderten Netzwerk Europrise sind Forscher von 32 Einrichtungen aus zehn europäischen Ländern beteiligt. Die beiden anderen deutschen Einrichtungen sind die Ruhr-Universität Bochum und das Deutsche Primatenzentrum in Göttingen.

ck/pm



Foto: PhotoDisc

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon schicken oder faxen an:

**zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln**



Für den schnellen Kontakt:
Tel. 0221/40 01 252
Fax 0221/40 01 253
e-mail zm@zm-online.de
ISDN 0221/4069386

zm **Leser service** **Nr. 2**
2007

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- D. Oesterreich: Professionspolitisches Handeln (S. 20) Literaturliste
- B. Reiss: 18-Jahres-Studie CAD/CAM (S. 34) Literaturliste
- U. Müller-Richter: Persistierende Nachblutung (S. 40) Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich meine E-Mail-Adresse (in Druckbuchstaben):



iSoft-Report 2007

Arbeitsplätze gefährdet

Im deutschen Gesundheitswesen werden in den nächsten Jahren über 400 000 Arbeitsplätze verschwinden. Das ergab der iSoft-Report 2007: Danach rechnet die Hälfte der befragten Experten damit, dass über ein Zehntel der derzeit vier



Foto: stockdisc

Millionen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen gekürzt wird, fast ein Fünftel geht von bis zu 20 Prozent aus.

Der Report über den Status und die Zukunft des Gesundheitswesens in Deutschland basiert auf einer Expertenbefragung von 100 Fach- und Führungskräften aus allen Bereichen des Gesundheitssystems, von Körperschaften des öffentlichen Rechts über staatliche Organisationen bis hin zu privaten Verbänden einzelner Interessensgruppen. Herausgeber der Studie ist die auf das elektronische Gesundheitswesen (eHealth) fokussierte iSoft-Gruppe.

Der Stellen-Abbau werde alle Sparten der Leistungserbringer im Markt betreffen. Als Ursachen nennt der Report eine notwendige Stärkung der Effizienz und einen massiv anziehenden Wettbewerb. Schon bald werde es etwa in der GKV zu einem „Kampf bis aufs Messer“ kommen. Um dem Erfolgsdruck zu begegnen, seien bei allen Beteiligten strikte Kosteneinsparungen auf allen Ebenen unvermeidbar, meinen 55 Prozent der Fachleute.

Die Studie kann unter team@dripke.de oder Fax: 0611/71 92 90 angefordert werden. pit/pm

BFB-Stimmungsbarometer

Unverändert pessimistisch

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) hat sein aktuelles Stimmungsbarometer veröffentlicht. Die Aussichten bleiben danach unverändert pessimistisch. Besonders betroffen seien die Heilberufler.

Vor allem bei den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten habe das Chaos um die Gesundheitsreform und gesetzliche Neuregelungen, beispielsweise die Bonus-Malus-Regelung im Bereich der Arzneimittelverord-

nung, große Verunsicherung hervorgerufen.

„Trotz deutlichem Wirtschaftswachstum geht der Aufschwung an den meisten Freien Berufen vorbei“, betont BFB-Hauptgeschäftsführer Arno Metzler. „Dies schränkt zusätzlich auch die Ausbildungsplatzangebote bei den Freien Berufen ein.“ Ähnlich negativ schätzen laut Umfrage nur noch Rechtsanwälte ihre wirtschaftliche Lage ein. ck/pm

Bürger und Politiker

Uneins über soziale Gerechtigkeit

Bei der Auffassung über soziale Gerechtigkeit in Deutschland driften Bürger und Politiker weit auseinander. Während rund 60 Prozent der Parlamentarier die Verteilung von Einkommen und Vermögen für gerecht halten, teilt nicht einmal jeder dritte Deutsche diese Meinung. Das geht aus einer Allensbach-Umfrage im Auftrag der Bertelsmann Stiftung hervor.

Für die Mehrheit der Parlamentarier bedeutet soziale Gerechtigkeit der Studie zufolge vor allem Chancen- und Teilhabeberechtigung. Dieser Ansicht waren mit einem Anteil von mehr als zwei Dritteln vor allem junge Abgeordnete im Alter bis 35. „Damit zeigt sich vor allem bei den jüngeren Politikern ein mo-

dernes Verständnis sozialer Gerechtigkeit“, sagte Projektleiter Robert Vehrkamp. Nur elf Prozent der Abgeordneten beurteilten die Höhe der Steuern und Abgaben in Deutschland als zu niedrig, 40 Prozent fanden sie zu hoch, 46 Prozent bezeichneten sie als angemessen. Für nicht generationengerecht halten mehr als drei Viertel (78 Prozent) der jüngeren Parlamentarier und zehn Prozent aller Mandatsträger das deutsche Rentenversicherungssystem.

Partei- und generationenübergreifend wollen 70 Prozent der Abgeordneten in Bund und Land – vor allem die Jüngeren – die sozialen Sicherungssysteme stärker über Steuern finanzieren.

ck/dpa

Umfrage zur Gesundheitsreform

Zweifel am Erfolg

Die große Mehrheit der Bundesbürger zweifelt einer Umfrage zufolge an einem Erfolg der Gesundheitsreform, ergab eine Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Forsa für n-tv. 85 Prozent der Bundesbürger betrachten das Gelingen der geplanten Reform mit Skepsis. Danach glauben lediglich 8 Prozent der Befragten an einen Erfolg der Reformpläne. Die größten Zweifel haben der Umfrage zufolge die Anhänger der Linkspartei: 99 Prozent von ihnen glauben, die Reform werde kein Erfolg. Aber auch bei den Anhän-

gern der großen Koalition ist die Hoffnung auf eine gelungene Reform sehr gering. Unter den Unionsanhängern glauben laut Umfrage nur 12 Prozent an ein Gelingen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Anhängern der SPD mit 14 Prozent.

Forsa hatte am 2. Januar 1001 Bundesbürger befragt. pit/dpa



Foto: CC

MB-Projekt

Familienfreundliches Krankenhaus

Der Ärzteverband Marburger Bund (MB) startet eine Offensive für mehr Familienfreundlichkeit in Krankenhäusern. „Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bleibt in deutschen Kliniken bisher komplett auf der Strecke“, erklärte der Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Frank Ulrich Montgomery. Die Arbeitssituation der Ärztinnen und Ärzte sei durch lange Arbeitszeiten, mangelnde Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung sowie fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten gekennzeichnet. „Wir brauchen in Krankenhäusern eine Unternehmenskultur, die den Bedürfnissen der Mitarbeiter gerecht wird“, so Montgomery. Der MB startet deshalb sein Projekt „Für ein familienfreundliches Krankenhaus“, unterstützt von Bundesfamilienministerin Dr. Ursula von der Leyen, die Schirmherrin der Aktion ist.



Foto: D. Klein

Aufgrund von Arbeitsüberlastung und fehlender Angebote, Familie und Beruf vereinbaren zu können, würden Jahr für Jahr viele qualifizierte Ärztinnen und Ärzte deutsche Krankenhäuser in Richtung Ausland und alternative Berufsfelder verlassen, klagt der Verbandschef. Der daraus resultierende Ärztemangel sei eine ernsthafte Gefahr für das Aufrechterhalten einer hochwertigen Patientenversorgung. Informationen zum Projekt: <http://www.familienfreundliches-krankenhaus.de>. pit/pm

Deutscher Ärztinnenbund

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) will sich verstärkt der Situation von Ärztinnen in der Niederlassung annehmen, schreibt das „Deutsche Ärzteblatt“. Informationsangebote und Veranstaltungen sollen Erfahrungen vermitteln und neue Wege für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in diesem Tätigkeitsfeld aufzeigen. Dazu hat der Verband gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereini-

gung Bayern die Broschüre „Ärztinnen in der vertragsärztlichen Versorgung“ herausgegeben. Eine Krankenhaus-Umfrage im Jahr 2006, bei der es um die Möglichkeiten von Kinderbetreuung in Kliniken und Krankenhäusern ging, hat nach Aussage von DÄB-Präsidentin Dr. Astrid Bühnen gezeigt, dass Unternehmen des Gesundheitswesens „in dieser Beziehung Nachholbedarf haben“. sth/DÄB

Robert Koch-Institut

Mehr Infektionen durch Listerien

In Deutschland steigt nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) die Zahl der meist über Lebensmittel übertragenen Infektionen mit Listerien-Bakterien. 2001 wurden bundesweit noch 217 Fälle gemeldet, 2005 waren es bereits 510, heißt es im jüngsten RKI-Bulletin. Vor allem Schwangere, Neugeborene, Senioren und Menschen mit einer geschwächten Immunabwehr seien betroffen. Listerien sind stäbchenförmige Bakterien, die vor allem in Rohmilch, Rohwurst wie Mett- oder Teewurst, geräuchertem Fisch und vakuumverpackten, verzehrfertigen Produkten vorkommen. Die Bakterien sterben

beim Erhitzen über 70 Grad Celsius. Kühle Temperaturen überstehen sie hingegen oft schadlos. Eine Infektion kann bei Menschen krampfartige Leibschmerzen, Durchfall oder grippeähnliche Symptome auslösen. In schweren Fällen kann es auch zu Entzündungen von Leber, Milz oder Hirnhaut kommen. Neun Prozent der Listeriose-Fälle, die dem RKI gemeldet wurden, verliefen zwischen 2001 und 2005 tödlich. sth/dpa

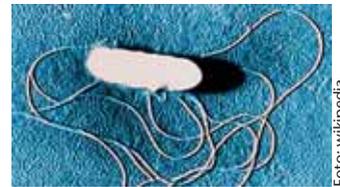


Foto: wikipedia

Hoppe zum Thema Sterbehilfe

Nicht gegen Willen übertherapieren

Schwerkranke Patienten dürfen am Ende ihres Lebens nicht gegen ihren Willen übertherapiert werden. Darauf hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hingewiesen, berichtet das „Deutsche Ärzteblatt“. Er bezog

sich mit der Aussage auf die Debatte über die Sterbehilfe, die durch den Tod des unheilbar kranken Italieners Piergiorgio Welby neu entfacht worden ist. „Die Unterlassung einer intensivmedizinischen Maßnahme kann unter solchen Umständen – wenn sie dem Willen des Patienten entspricht – sogar eine Verpflichtung sein“, sagte Hoppe der Nachrichtenagentur AP.

Jeder Patient müsse sich stets sicher sein, dass Ärzte für die Erhaltung seines Lebens einträten und nicht auf Grund wirtschaftlicher, politischer oder anderer Gründe das Recht auf Leben infrage stellten. „Patienten müssen aber auch darauf vertrauen können, dass ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert wird“, so der Ärztespräsident. sth/DÄB



Foto: PhotoDisc

Ambrosia ade

Nektar ohne Ambrosia steht an: Die Biologische Bundesanstalt für Land- und Forstwirtschaft (BBA) hat der Pflanze den Kampf angesagt. Die Anzeichen einer Verbreitung des stark Allergie verursachenden Traubenkrauts (*Ambrosia artemisiifolia*) hätten zugenommen, so das Fazit einer Expertentagung. Die späte Blütezeit der aus Nordamerika stammenden Pflanze im Spätsommer verlängere die Leidenszeit der Allergiker. Nach Schweizer Vorbild strebt die BBA für 2007 ein Programm gegen die Pflanze an. (Internet: www.bba.de). pit/dpa

Zu dick zum Krümeln

Weil Amerikas Kinder zu dick sind, vertilgt das Krümelmonster aus der Sesamstraße dort seit einem Jahr vor allem Obst und Gemüse. Ab 2007 sind die Folgen auch bei uns zu sehen. Der NDR, der die deutsche Version betreut, will jetzt mehr Elemente selbst produzieren: Man sei nicht glücklich über das politisch korrekte Monster. „Ich glaube nicht, dass sich irgendein Kind besser ernährt, weil Krümel Gemüse isst“, so Redakteurin Birgit Ponthen im Tagesspiegel. pit/azbv

Sieger im Rückblick

Person 2006

Das amerikanische Magazin „Time“ hat den einfachen Internet-Nutzer zur „Person des Jahres“ 2006 ernannt. „You“ („Du“) prangt auf der Titelseite der jüngsten Ausgabe. Damit wolle die Redaktion das rasante Wachstum der Web-Gemeinde



„In welcher Verfassung ist sie denn heute?“

und ihren wachsenden Einfluss in allen gesellschaftlichen Bereichen in der ganzen Welt würdigen, hieß es. „Time“ vergibt seit 1927 den Titel an die Person, die aus Sicht der Redaktion im abgelaufenen Jahr den größten Einfluss auf die Welt hatte.

Wort 2006

„Fanmeile“ ist das Wort des Jahres 2006 vor den Begriffen „Generation Praktikum“ und „Karikaturenstreit“. Die Gesellschaft für Deutsche Sprache (GfdS) würdigte mit ihrer Wahl den prägenden Charakter der Fußball-Weltmeisterschaft auf die Stimmung in Deutschland. Fanmeilen hatten als Orte öffentlicher Fußball-Übertragungen Hunderttausende angezogen. Im vergangenen Jahr war das Wort „Bundeskanzlerin“ Spitzenreiter geworden.

Reform 2006

Weder Wahl noch Sieger vorgehanden. pit/dpa

Warten auf Gesundheit

Dem alten Beckett täte es sicherlich weh, hätte er feststellen müssen, dass Merkel & Ensemble ihm in Sachen „Warten“ eines Tages die Show stehlen. Aber Beckett kommt nicht mehr, also sei es ihm Wurscht.

Dennoch: „Warten auf die Gesundheitsreform“ wirkt in der Inszenierung „Angie“ Merkels zeitgenössischer als Becketts „Godot“. „Wladimir“ Kauder und „Estragon“ Struck beherrschen die Bühne, „Pozzo“ Stoiber und „Lucky“ Schmidt als scheinbare Antipoden kummulieren immer wieder neue Hoffnung: Kommt die Reform? Oder kommt sie doch nicht?

Sicher, „Godot“ Gesundheit – sie ist der Deutschen höchstes Gut – gerät in Merkels Adaption zur Klamotte aus der Requisite. Tragen soll das einst stolze Kleid der insgeheim sehnlichst erwartete Hauptdarsteller „Ökonomie“. Eine Reminiszenz an „Des Kaisers neue Kleider“? Ganz egal. Die „Ökonomie“, das wissen wir ja seit Beckett, kommt ja doch nicht. Zumindest nicht in diesem Theater. Unerwartet nur: Das Stück, obwohl bei allen Kritikern längst durchgefallen, zieht das Publikum nach wie vor in Scharen an.

Ach Gottchen!

Vielleicht sollte Merkels Spielschar es in der nächsten Saison einmal mit Peter Handke versuchen. Die „Publikumsbeschimpfung“ ist ehrlicher, hat aber bekanntlich auch niemanden verjagt. ■



Foto: albertson-collage