

Streitgespräch

Dogmenwechsel

**Zank um
den Fonds**

**Energie sparen
in der Praxis**



Foto: stockdisc

■ Allein mit der Zahnbürste lassen sich die Problemstellungen für eine Mundgesundheit der Bevölkerung sicherlich nicht lösen. Dennoch: Der Stellenwert einer guten Prophylaxe ist in der Zahnheilkunde nach wie vor von ausnehmender Bedeutung.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

kann vorsorgende Eigenverantwortlichkeit vor Krankheit schützen? Zu diesem Thema streiten Gesundheitsexperten und Ressortpolitiker immer wieder – in unterschiedlichen Konstellationen und Problemstellungen. Hätte der Diabetesranke durch gesunde und maßvolle Ernährung seine Krankheit verhindern können? Ist das Lungenkarzinom des Kettenrauchers zu 100 Prozent selbst verschuldet? War die beim Sport zugezogene Rückenverletzung ein absehbares, also vermeidbares Risiko?

Systematisierbare Antworten auf die konkreten Fällen zuzuordnenden Fragen werden in der Regel nicht gefunden. In der Praxis interessieren sie auch vorrangig in den Zusammenhängen, die zur Verhaltensänderung der Patienten oder zur Heilung von Krankheiten beitragen.

Es geht in dieser Diskussion aber nicht nur um das Abwenden oder Heilen von Krankheiten. Gesundheitspolitikern geht es vor allem auch um die Vermeidung volkswirt-

schaftlicher Kosten. Hier beginnt in der Regel der harte Diskurs um Rollenverteilungen und Verantwortlichkeiten der Protagonisten im Gesundheitswesen.

Die Haltung des Zahn-/Arztes ist hier prinzipiell: Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens als erste Prämisse ist schon in der Verantwortung für die Patienten der falsche Ansatz. Klar ist aber auch, dass so mancher Volksvertreter hier eine ganz andere Position vertritt.

Dem Arzt oder Zahnarzt obliegt nicht die Bereitstellung der Mittel. Er ist allerdings gut beraten, darauf hinzuweisen, dass es „für begrenzte Mittel keine unbegrenzten Leistungen“ geben kann. Und das war es dann?

Sicherlich muss Standespolitik in ihrer Auseinandersetzung mit dem Staat auch ihren Beitrag leisten, dass die Politiker die Problematik, über die sie fachfremd urteilen, zumindest erkennen und erfassen können. Zahn-/ärztliche Selbstverwaltung hat in den vergangenen Jahren immer wieder die Aufgabe wahrgenommen, zu beraten, zu warnen und fach- und sachgerechte Lösun-

gen für anstehende Probleme anzubieten. Das sind nach gegenwärtigem Selbstverständnis zentrale Aufgaben einer Standesvertretung.

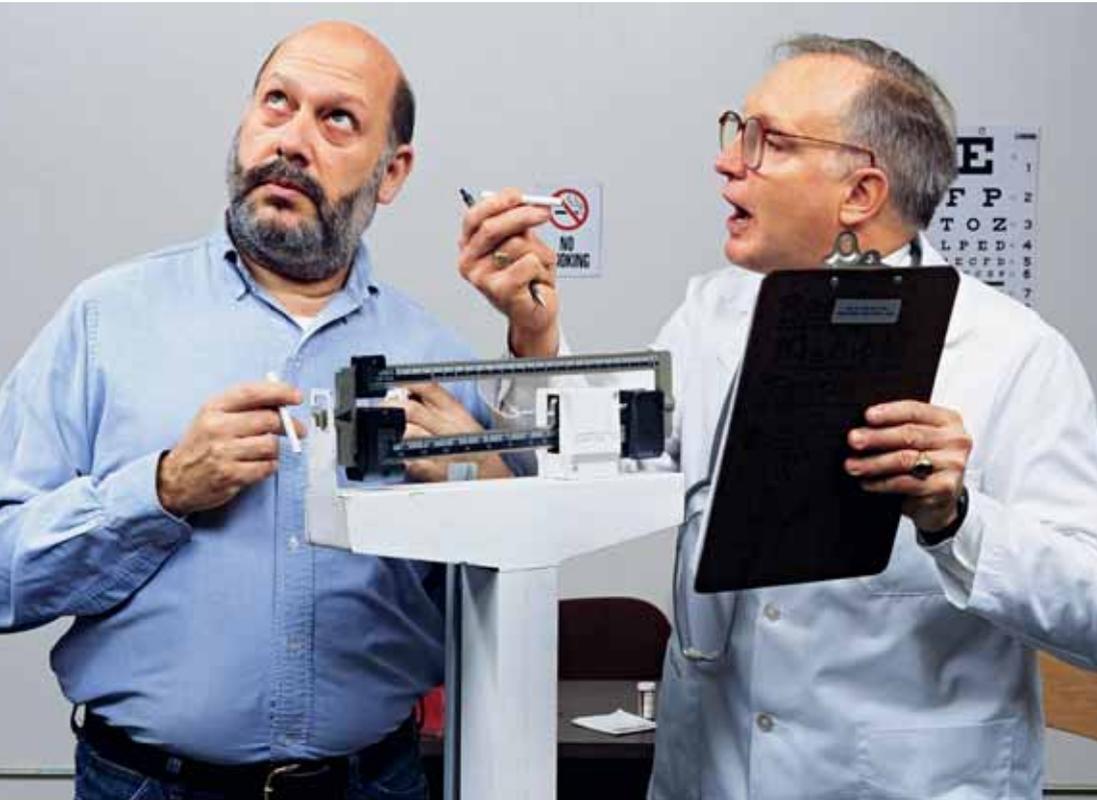
Wie weit das gehen kann, darf oder muss, ist mitunter strittig. Wichtig ist, dass daraus Schlüsse gezogen und in konkretes Handeln umgesetzt werden. Das macht zahnärztliche Selbstverwaltung aus.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto: project photos, Foto: PD

Zum Titel

Dogmenwechsel wider zahnärztliche Standespolitik? Dazu eine Expertise zu Konsequenzen aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie ein Streitgespräch.

Seite 32



Foto: MEV

Ob ganz oder halb – der Apfel, Symbol für Gesundheit oder Versuchung, ist derzeit zum Zankapfel der Dentalbranche mutiert.

Seite 10

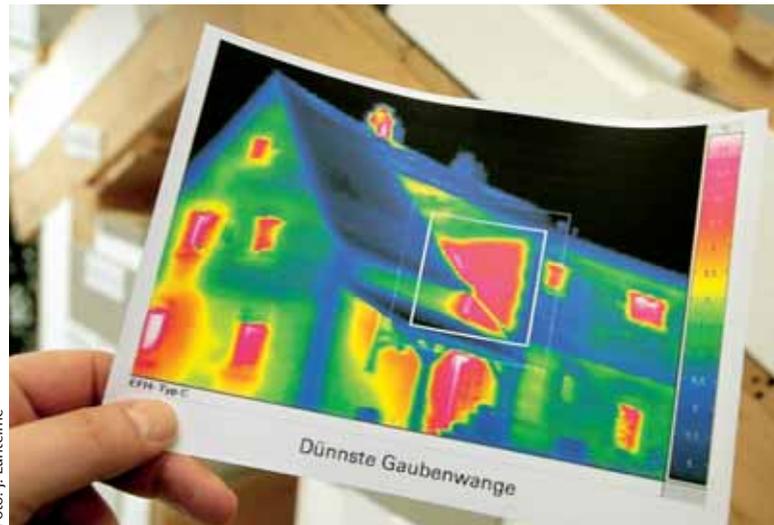


Foto: J. Lantelme

Ob in der Praxis-Immobilie oder im Privathaus – Energiesparen ist das Top-Thema für Eigentümer und Mieter.

Seiten 92 und 96



Foto: MEV

Geburtstourismus von Polen nach Deutschland – die EU macht's möglich.

Seite 30



Foto: Krause

Wenn die Zunge plötzlich nicht mehr in den Mund passt, kann eine Akromegalie der Grund sein.

Seiten 44 und 62



Editorial 1

Leitartikel

Dr. Jürgen Fedderwitz, KZBV-Vorsitzender, zum Gesundheitsfonds **4**

Nachrichten 6, 12

Gastkommentar

Klaus Heinemann, freier Journalist, zu politischen Tabu-Themen **8**

Das aktuelle Thema

Neue Abmahnungswelle: Der Zankapfel **10**

Politik und Beruf

Könner oder Killer: Zank um den Fonds **18**

Fachtagung: Großbaustelle Kassenlandschaft **20**

Zahnärztekammern: Gut gerüstet für die Zukunft **22**

Vertragszahnärztliche Versorgung: Leistungsaushilfe **26**

Gesundheit und Soziales

Kleiner Grenzverkehr: Furiose Fekundität in Schwedt **30**

Titelstory

Dogmenwechsel in der zahnärztlichen Standespolitik:

Konsequenzen aus neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen **32**

Streitgespräch Dr. Fedderwitz, Prof. Meyer und Prof. Staehle **36**

Zahnmedizin

Die dicke Zunge: Makroglossie **44**

DGZMK: Einstufung von Stellungnahmen **48**

Risikoläsionen: Diagnostische Hilfsmittel **52**



Der aktuelle klinische Fall: Invertiertes Papillom **58**

Pflanzung von Zähnen: Kasuistik **61**

Medizin

Repetitorium: Akromegalie **62**

Tagungen

AKFOS: Rechtliche Konsequenzen **66**

DGZ: Innovationen in der Zahnerhaltung **68**

Akademisches

Shared Decision Making: Der Patient ist beim Zahnarzt mehr einbezogen **72**

Veranstaltungen 74

Finanzen

Heizen mit Klimaschutz: Ausweiskontrolle **92**

Praxismanagement

Fenster in der Praxis: Beste Aussichten **96**

Recht

Gemeinschaftspraxis: Drei Jahre Probezeit genügen **100**

EDV und Technik

Orientierung im Internet: Auf Nummer sicher **102**

Internationales

EU-Reformvertrag: Gesundheit gewinnt an Bedeutung **104**

Historisches

Medizinhistorische Museen: Hilden **106**

Persönliches 108

Industrie und Handel 110

Bekanntmachungen

DH-Prüfungsordnung Rheinland-Pfalz **118**

Identifizierung **123**

Impressum 124

Letzte Nachrichten 157

Leserservice Kupon 157

Zu guter Letzt 160



Foto: KZBV

Unter Bet- und Basta-Schwestern

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es war ein gekonnter Stich ins Wespennest: Da hatte der Münchener Volkswirt Prof. Günter Neubauer, einer der namhaftesten Experten des deutschen Gesundheitswesens, zum Start des Gesundheitsfonds einen GKV-Beitragssatz von 15,5 Prozent prognostiziert (und dabei auf manche „tricky“ Praktiken der Krankenkassen hingewiesen) – prompt steigerte sich das bekannte Klageglied zum Wutgeheul. Als ob es in der Substanz Neues pro oder contra Gesundheitsfonds gäbe. Aber für kurze Zeit übertönte der Aufschrei das Wahlkampfgetöse, das Hessens CDU-Chef Koch ausgelöst hatte. Also ein Jahresbeginn mit Pauken und Trompeten? Ist Angela Merks Festlegung, dass der Gesundheitsfonds 2009 komme, nicht nur das erste (und nicht das letzte) „Basta“-Machtwort in einer Regierung, der viele für die 2. Hälfte der Legislaturperiode ohnehin nur noch Knatsch und Knies zutrauen? Zumindest ist es eine bemerkenswerte Allianz zweier Betschwestern, die man bisher nicht für möglich gehalten hat: die eine, Ulla Schmidt, muss beten, dass sie ihr ehrgeizigstes – weil am meisten die Strukturen veränderndes – Projekt „Gesundheitsfonds“ über die Runden bekommt; die andere, Angela Merkel, hat ein politisch vitales Interesse,

mit dem pünktlichen Start des Fonds die SPD (noch) in der politischen Mitverantwortung zu haben. Denn die kommende Gesundheitsreform einer kleinen Koalition wird das kompromisslose Contra der großen Oppositionspartei erleben. Auch da hilft womöglich nur noch Beten: Wenn im Herbst die Regierung die neuen GKV-Beitragssätze festlegt, ist die Wahlkampfmaschine in Bayern angekommen. Und dessen Sozialministerin Stewens ist eine hartnäckige Gegnerin des Fonds. Konsequenterweise ist deshalb auch die Aufräumarbeit dieser neuen Allianz: Nach anfänglicher Abwiegelei der Neubauerschen Prognosen – „unseriös“ – und im Detail sogar erfolgreicher Fehlersuche – Neubauer korrigierte seine Prognose von 15,5 Prozent Beitragssatz geringfügig – wurde dann doch eifrig vor der eigenen Haustür gekehrt. Natürlich werde es für einzelne Versicherte teurer. Und natürlich, so war von der Bundesgesundheitsministerin zu hören, werde man durch externes Abfangen erwarteter Schwierigkeiten im Bereich Hartz IV einen zu hohen Anstieg der Kosten im Krankenversicherungssystem auffangen. Helfen wird das alles im Grundsatz nichts. Das ständigen Hin- und Hergestottere zwi-

„Das ständige Gestottere zwischen Kostenbremse und Beitragssatz-Gas wird der Motor Gesundheitswesen nicht heil überstehen.“

schen Kosten-Bremse und Beitragssatz-Gas wird der Motor Gesundheitswesen nicht heil überstehen. So viel Hang zur Wahrheit würde auch den Wahl-Geschwistern Schmidt und Merkel gut anstehen. Reden wir doch nicht ständig um den Brei herum, den wir künftig auszulöffeln haben: Wollen wir künftig dieser alternden Gesellschaft den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung erhalten, kostet das Geld, das im Zweifelsfall nicht da ist.

Folglich erfordert der Erhalt des Gesundheitswesens intelligentere Lösungen! Früher oder später muss sich auch ein Bundesgesundheitsminister auf flexiblere Denkweisen einstellen und sich von der Vorrangigkeit von Ulla Schmidt propagierten staatsnahen Gesundheitsverwaltung trennen. Und es kann doch nicht akzeptierter Grundsatz einer CDU-Kanzlerin sein, das in den neuen Bundesländern erst vor wenigen Jahren mit dem Mauerfall verabschiedete staatsgelenkte System der Polikliniken wieder aus der ideologischen Mottenkiste zu holen und quer über die Republik zu streuen.

Medizin und Zahnmedizin haben oft genug dargestellt, wohin in dieser Altersgesellschaft die Reise gehen wird. In der Zahnmedizin haben wir – im Schulterchluss zwischen Ständesvertretung und Wissenschaft – sehr genaue Vorstellungen davon, was uns in den kommenden Jahr-

zehnten erwartet. Und Modelle, wie wir damit umgehen müssen, schaffen wir auch. Hier können wir nicht beim inzwischen anerkannten Festzuschussystem für Zahnersatz stehen bleiben. Die Problemlage wird mehr fordern.

Also, Schwestern hin oder her: Bei den anstehenden Problemen hilft weder Beten noch Basta!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Jürgen Fedderwitz
Vorsitzender der KZBV

Tabu-Themen

Eine der gravierenden Fehlentscheidungen im Gesundheitswesen war der in dumpfer Gemütslage gefasste Beschluss, im kommenden Jahr einen Gesundheitsfonds einzuführen und zugleich einen für alle gesetzlichen Krankenkassen einheitlichen Beitragssatz per Ordre de Mufti festzulegen. Obwohl es inzwischen niemanden

mehr gibt, der ernst genommen werden kann und im Konzert der Expertenstimmen diese unsinnigen Beschlüsse verteidigt, verfügt eine Kanzlerin das Ende der Debatte. Und das, obwohl ein Einheitsbeitrag ganz ohne Zweifel ein weiterer Schritt zur Einheitsversorgung ist, obwohl durch den Fonds wie auch die Einrichtung eines einheitlichen GKV-Dachverbandes der Marsch Richtung Einheitskasse deutlich erkennbar wird, obwohl die bereits jetzt für 2009 absehbare Beitragssatzhöhe allen vollmundigen Aussagen der zuständigen Ministerin Hohn spricht, obwohl der versprochene Einstieg in die Steuerfinanzierung bei näherer Betrachtung eine Mogelpackung ist.

Eine notwendige Debatte über diese unsinnigen Vorhaben, die weder zu einer Effizienzsteigerung im System noch zu einer besseren Versorgung der Patienten führen wird, ist unerwünscht.

Also Ende der Durchsage? Das wäre fatal, denn auf diese Weise könnte der Geleitzug hin zur allgemeinen Gleichmacherei, hin zur Austrocknung selbstständiger Existenzen, hin zur Abschaffung der PKV volle Fahrt aufnehmen. Bezeichnend in der aktuellen Situation, gekennzeichnet durch wissenschaftlich unterfütterte Horrorvisionen ist, dass die ansonsten nicht gerade Öffentlichkeitsscheue Bundesgesundheitsministerin total auf Tauchstation gegangen ist.



Foto: mauritius

Ein weiterer Fall: Der kleinere Partner in der Großen Berliner Koalition erdenkt sich wider alle Vernunft und sogar gegen wachsenden Widerstand der Gewerkschaften das Thema flächendeckender Mindestlohn als Rettungsleiter aus dem Umfrageloch. Da kommt ein Wahlkämpfer aus Hessen daher und thematisiert das, was der Bevölkerung

interessantes Phänomen zu Tage. Wie auf Knopfdruck melden sich die öffentlich-rechtlichen Vorbeter zu Wort, also jene selbsternannten Gralshüter über das, was politisch „korrekt“ ist. Sie öffnen ihr Arsenal an Totschlagargumenten und tragen auf diese Weise nicht gerade unmaßgeblich dazu bei, dass eine dringend notwendige

Auseinandersetzung im Keim erstickt wird.

Und sollte sich Volkes Meinung dann bei gegebenem Anlass doch denjenigen zuneigen, deren Heimat auf der Seite der Vernunft angesiedelt ist, so darf sich diese Mehrheit der arroganten Verachtung jener Wächter über die politische Moral sicher sein. So gesehen stimmt der politische Ausblick zu Beginn dies-

es Jahres nicht eben optimistisch. Dazu trägt nicht unmaßgeblich eine Kanzlerin bei, die dem Ziel des Machterhalts nahezu alle Prinzipien jener Partei opfert, der sie vorsteht. Da es ihr der Gegenspieler auf der anderen Seite darin gleichtut, trägt diese diffuse Gemengelage gewiss nicht zur Kräftigung des allgemeinen Vertrauens in das politische Personal bei. Eher stünde wohl eine personelle Runderneuerung an. ■



Foto: zm-Archiv

In der politischen Diskussion der Koalition entwickeln sich zunehmend Tabus. Jüngste Beispiele sind der Gesundheitsfonds oder das Thema Jugendkriminalität. Aber eine Gesellschaft, die sich von Politikern vorschreiben lässt, worüber debattiert und gestritten werden darf, gibt sich auf. Sie verzichtet bewusst darauf, Defizite oder Fehlentwicklungen zu benennen, zu korrigieren oder falsche Entscheidungen zu revidieren.

Klaus Heinemann
Freier Journalist

wirklich auf den Nägeln brennt – und soll das nicht dürfen. Wieder so ein Tabu. Und das, obwohl landauf, landab in unzähligen nicht einmal parteipolitischen Veranstaltungen das Problem des Verlustes an Sicherheitsgefühl debattiert wird.

Wird ein derartiges Thema jedoch öffentlich und verdrängt gar das Lieblingsspielzeug der Gutmenschen, wie in diesem Fall das Thema Mindestlohn, so tritt stets ein hoch-

Eine neue Abmahnungswelle rollt

Der Zankapfel

Seit einiger Zeit werden Zahnärzte zunehmend wegen angeblicher Verstöße gegen Werbeverbote abgemahnt (vgl. zm 15/2007). Jetzt rollt eine neue Welle von Abmahnungen wegen angeblicher Verletzungen von Schutzrechten. Eine Kieferorthopädin in Süddeutschland mahnt Zahnärzte in Deutschland ab, die auf ihrer Homepage einen Apfel zeigen und macht hohe Kosten geltend. Es gilt, schnell und aus juristischer Sicht korrekt zu handeln.

Über ihre Rechtsanwälte macht eine Kieferorthopädin ganz aktuell geltend, dass sie auf ihrer Homepage mit einem „Apfel in Granny-Smith-Farben“ wirbt, den sie sich beim Deutschen Patent- und Markenamt (DPMA) hat schützen lassen. Wenn nun Zahnärzte einigermaßen ähnliche Äpfel auf ihrer Homepage verwenden, sehen ihre Juristen darin die Gefahr einer Verwechslung. Sie behaupten, dass die „beteiligten Verkehrskreise“ das Leistungsangebot des abgemahnten Zahnarztes mit dem der Kieferorthopädin verwechseln können. Und verlangen in dem besagten Schreiben gleich, die Unterschrift unter eine Erklärung zu setzen, dass der abgemahnte Zahnarzt künftig einen solchen Apfel nicht mehr verwenden wird. Außerdem soll er die behaupteten Kosten der beauftragten Rechtsanwälte in Höhe von rund 4000 Euro tragen und alle sonstigen der Kieferorthopädin angeblich entstandenen Schäden ersetzen. Für den Fall, dass die Erklärung nicht in der meist sehr kurzen Frist abgegeben werde, drohen sie mit gerichtlichen Schritten. Ob die Verwechslungsgefahr tatsächlich besteht und wie die Angelegenheit sonst juristisch zu werten ist, soll hier offen bleiben. Hier sollen nur Ratschläge gegeben werden, wie mit der Abmahnung verbundene Kosten vermieden werden können.

■ Zunächst sollten Zahnärzte vorsichtshalber von ihren Homepages und sonstigen Werbemedien dort vorhandene Äpfel aller Farben entfernen, sofern diese erst ab April 2006 verwendet wurden. Denn die Kieferorthopädin hat den Antrag beim DPMA am 2. Mai 2006 gestellt.

■ Zahnärzte, deren Homepage schon von der Kieferorthopädin besucht worden ist,



Die Frucht vom Baum der Erkenntnis

und die von ihr mit einer Abmahnung bedacht worden sind, sollten die von deren Anwälten übersandte „Unterlassungspflichtungserklärung“ keineswegs unterschreiben, da dies weit reichende finanzielle Konsequenzen haben kann. Falsch wäre es auch, nicht zu reagieren, da dann mit der Einschaltung eines Gerichtes zu rechnen ist.

■ Vielmehr könnten Betroffene überlegen, inwieweit eine strafbewehrte Unterlassungserklärung an die Rechtsanwälte der Kieferorthopädin zu senden wäre, in der sie sich „ohne Anerkenntnis einer Rechtspflicht aber rechtsverbindlich“ verpflichteten, den Apfel bis zu einer rechtskräftigen Klärung nicht mehr zu verwenden. Es empfiehlt sich angesichts der speziellen Sachverhalte dringend, für die Abfassung dieser Erklärung den anwaltlichen Rat eines Spezialisten in Anspruch zu nehmen. Dieser Rechtsanwalt sollte aber auch prüfen, ob vorsichtshalber eine sogenannte Schutzschrift bei dem zuständigen Gericht eingereicht wird.

*Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Lerchenfeld 3, 22081 Hamburg*

So ein Früchtchen

Seit biblischen Zeiten steht geschrieben, dass der Griff nach verbotener Frucht den Greifenden endgültig aus dem Paradies vertreibt. Die Menschheit hat diese Erkenntnis ergriffen zur Kenntnis genommen. Und die Konsequenzen brav getragen. Ebenso steht geschrieben, dass jener Mensch sich des Unrechts seiner Tat sehr wohl bewusst war. Hatte ihn der Eigentümer des Baumes der Erkenntnis doch voller Ahnung und Güte vorab (!) darüber aufgeklärt, dass dieser ausschließlich der seine sei. Die göttliche Vorsehung halt. Menschen sind da um Einiges engmaschiger gestrickt: Wie sonst lässt es sich erklären, dass eine Kieferorthopädin den vielzähligen Apfellebhabern unter den Zahnärzten erst im Nachhinein die Erkenntnis zukommen lässt, dass sie sich für ihre Werbung an einem besonderen Früchtchen vergriffen hätten. An ihrem nämlich. Das stehe unter Markenschutz. Sagt sie. Das sei ein teures Vergehen. Experten für Patentrecht bezweifeln das. Nein, nicht dass sie das behauptet, sondern was sie behauptet. Denn dieser Zankapfel sei schon seit Jahren durch die Branche hinweg belegt. Für die Medizin sogar in Reimen: An apple a day keeps the doctor away. (Nicht so den abmahnen den Anwalt, der findet trotzdem seinen Weg. Per Post oder Gerichtsvollzieher.) Nicht minder prägnant, so die Patentanwälte weiter, lösten jegliche Abbildungen dieses zurzeit heißumkämpften Früchtchens für den zahnmedizinischen Bereich seit langem eine Assoziationskette zu einem gesunden Gebiss aus. Woraus sich ein erkennbares sogenanntes Freihaltungsbedürfnis begründe. In dieser Branche könne sich ergo keiner als pure „Bildmarke“ ausgerechnet einen Apfel reservieren lassen. Dessen originärer Werbeauftritt brachte nämlich schon vor Jahren Millionen Menschen in Sachen Zahnpflege die unverwechselbare Erkenntnis, was zu tun sei, „Damit Sie auch morgen noch kraftvoll zubeißen können!“ Oder – war der Slogan missverständlich? Marion Pitzken

Der Schutz der Assoziation

Die Markenmacher

Die Marke macht's. Ein speziell kreiertes Logo, ein ausgefeiltes Signet, ein Bild, das unverwechselbar für ein Unternehmen steht, gilt als schützenswert. Auch Kombinationen von Wort und Bild mit hohem Wiedererkennungseffekt.

Eine „Marke“ kann man auf verschiedene Weise für sich schützen. Zunächst einmal kann eine rechtsfähige Person, Firma oder Mensch, beim Deutschen Patent- und Markenamt (DPMA) in München beantragen, dass eine Marke geschützt wird und dadurch deren exklusives Nutzungsrecht erwerben. Der Antrag kann sich auf ein bloßes Bild (Bildmarke), auf ein Wort oder die Kombination aus beidem (Wortbildmarke) beziehen. Ab diesem Zeitpunkt darf man Mitbewerbern deren Verwendung untersagen, sie sogar ohne Vorankündigung abmahnen. In der Regel gelte hierfür der



Foto: zm archiv

1,3-fache Satz, erläutert der Bonner Markenanwalt Dr. Robert Kazemi: „Zu hohe Kosten in der Abmahnung können zu deren Unwirksamkeit führen. Ebenso kann eine Nutzung, die bereits vor dieser Markeneintragung erfolgte, Abmahnungen oder Unterlassungsansprüchen entgegenstehen“. Bei einer Markenrechtsverletzung per Internet gilt die Verbreitung als bundesweit. Daher kann der Kläger nach Belieben ein Gericht für Markenrecht für die Verhandlung aussuchen. Lässt sich jedes Motiv des täglichen Lebens oder gar branchenspezifisches Symbol schützen? „Nein“ besagt

zum Beispiel das „Gabelstapler-Urteil“. Mit dem definierte seinerzeit das Bundespatentgericht, München, dieses Gefährt als nicht schützbares, da typisches Merkmal für die Baubranche und konstatierte ein „Freihaltebedürfnis“. Ähnliches sollte in der Dentalbranche für Äpfel als reine „Bildmarke“ gelten, begründet eine Dentalfirma ihren diesbezüglichen aktuellen Löschantrag beim DPMA: „Seit Jahrzehnten symbolisiert der Apfel Gesundheit und Zahngesundheit“. Im Zweifelsfall kann jedermann Widerspruch gegen die Registrierung einer Marke einlegen; auch ein Antrag auf Löschung des Markenschutzes ist möglich. Wird der Schutzeintrag für eine Marke gelöscht, gilt diese als „von Anfang nicht existent“, verweist Kazemi auf § 52 des Markengesetzes. Dann würden auch alle aus dieser nie existenten Marke abgeleiteten Ansprüche hinfällig, „weil abgemahnt wurde, was zu keiner Zeit bestand“.

pit

LZK Hessen und KZV Bayern

Warnung vor Incotest Patientenservice

Eine Firma „Incotest Patientenservice“ aus Marktll am Inn ruft Patienten auf ihrer Homepage dazu auf, vermeintlich schwarze Schafe aus der Ärzte- und Zahnärzteschaft zu melden. Dies schreibt der Branchendienst www.adp-medien.de in seiner Ausgabe vom 21. Januar 2008. Ärzte oder Zahnärzte, die vermeintlich aufgefallen seien durch: „Berechnung von in Wirklichkeit nicht erbrachten Leistungen“, „Honoraroptimierung durch unbegründete Terminaufsplittung“, „Anlage von Sollbruchstellen“, „Falschinformation zwecks Gewinnoptimierung“, „Ausführung teurer Leistungen ohne ausdrücklichen Auftrag“. Für solche Fälle biete „Incotest“ einen kostenfreien Service an, nämlich: „...die Leute an Ihrer Stelle anzusprechen, diese auf deren oft strafwürdiges Handeln hinzuweisen und die Schwächen durch geeignete Maßnahmen für die Zukunft abzustellen“. Dabei könne es sich um Schreiben mit der



Foto: MEV

Überschrift „Betreff: Drohendes Strafverfahren“ handeln, in denen die Abgabe einer „Ehrenklärung“ inklusive Begleichung einer Kostennote zu Gunsten der Firma in Höhe von zirka 375 Euro. Die LZK Hessen und die KZV Bayern hätten bereits vor diesen Praktiken gewarnt. Man solle nicht antworten, eine Strafanzeige prüfen und die Rechtsabteilung der Körperschaft informieren. pr/dpa

Kassen-Spitzenverbände

GKV gibt mehr für die Prävention aus

Immer mehr Deutsche nutzen die Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsvorsorge. Rund 5,7 Millionen Bürger hätten 2006 an GKV-Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung teilgenommen, teilten die Spitzenverbände der Kassen in Berlin mit. Das seien 1,9 Millionen mehr als 2005

gewesen. Dafür gaben die gesetzlichen Kassen 2006 mehr als 232 Millionen Euro aus. Pro Versichertem seien dies etwa 3,30 Euro und damit mehr als der gesetzlich vorgesehene Betrag von 2,74 Euro, geht aus dem Präventionsbericht der Kassen hervor.

ck/dpa

Europäische Kommission

Wettbewerb in der Pharmabranche

Die Europäische Kommission hat eine Untersuchung zur Wettbewerbslage in der Pharmaindustrie eingeleitet. In diesem Rahmen überprüft sie Geschäftsräume mehrerer Hersteller von innovativen Arzneimitteln und Generika.

Anlass für die Untersuchung sind Beobachtungen, die auf Wettbewerbsprobleme auf den Pharmamärkten in Europa hindeuten. Demnach kommen weniger neue Arzneimittel auf den Markt und die Einführung von Generika wird anscheinend teilweise hinausgezögert.

Die EU-Kommission will überprüfen, ob etwaige Vereinbarungen zwischen Pharmaunternehmen, wie Einigungen nach Patentstreitigkeiten, gegen das Verbot wettbewerbsbeschrän-



Foto: CC

kender Verhaltensweisen verstoßen.

Des Weiteren soll untersucht werden, ob durch Missbrauch von Patentrechten, missbräuchliche Prozessführung oder andere Maßnahmen künstliche Hindernisse für den Einstieg neuer Marktteilnehmer geschaffen worden sind und derartige Verhaltensweisen einen Verstoß gegen das Verbot der missbräuchlichen Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung darstellen. ck/pm

Elektronischer Heilberufsausweis

Gesundheitsberufe gründen Interessengemeinschaft

Die Belange der Gesundheitsberufe bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) soll eine neu gegründete Interessengemeinschaft (IGGB) vertreten. Hintergrund ist der für die Gesundheitsberufe notwendige elektronische Heilberufsausweis – das Gegenstück zur eGK.

Neben etwa 430 000 Ärzten, Zahnärzten und Apothekern benötigen mehr als 1,5 Millionen sonstige Leistungserbringer des Gesundheitswesens einen solchen Ausweis. Ihn soll ein zentrales elektronisches Berufsregister für Gesundheitsfachberufe der Länder (eGBR) ausstellen. Aufgabe der IGGB ist

es, sicherzustellen, dass die differenzierten Profile und Anforderungen der einzelnen Leistungserbringer dabei Berücksichtigung finden. ck/pm



Foto: zm

Neujahrsempfang im Schloss Bellevue

Dr. Dr. Weitkamp unter den Gästen

Mit dem traditionellen Empfang für die Vertreter von Politik und Gesellschaft hat Bundespräsident Horst Köhler am 9. Januar 2008 das neue Jahr eröffnet. Er begrüßte verdiente Bürger, Verbandsvertreter und das Kabinett.

Auch die Vertreter fast aller wichtigen Verbände, Gewerk-

schaften und Wissenschaftsorganisationen folgten der Einladung, ebenso die Spitzen der Bundestagsfraktionen sowie das gesamte Bundeskabinett mit Kanzlerin Angela Merkel (CDU) an der Spitze. Unter den Gästen war auch der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. BZÄK



Foto: Bundesbildstelle

Rolle im Vertragswettbewerb

KBV wird Unternehmerin

Die KBV will stärker als Unternehmen auftreten. Mit einer rechtlich unabhängigen Stiftung hofft sie, sich im Wettbewerb um Verträge stärker behaupten zu können. Das meldet die Financial Times Deutschland (FTD).

Die Stiftung der KBV könnte als Unternehmensberatung fungieren oder als Dienstleister, zitiert die FTD KBV-Sprecher Roland Stahl. Stahl: „Der Wettbewerb um Verträge zieht an. Wir müssen bundesweit schlagkräftig auftreten können. Es geht auch darum, den Arzt mehr als Kunden zu entdecken.“

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts darf die KBV ihr Geld nur für Zwecke ausgeben, die allen Mitgliedern zugute kommen – das sind alle niedergelassenen Vertragsärzte.

Mit einer Stiftung hoffen die Ärztechefs, sich von dieser Einschränkung befreien zu können und neue Geschäftsfelder zu erschließen. Das Startkapital von 50 000 Euro soll aus Privatmitteln der 17 KV-Vorstände kommen. Als weitere Investoren sind der FTD zufolge die Ärzte- und Apothekerbank und der Deutsche Ärzte-Verlag im Gespräch. ck/pm

Neue IDZ-Untersuchung**Aufklärungsbedarf zu PAR ist hoch**

Der Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung zu Parodontalerkrankungen ist hoch. Dies ist eines der Kernergebnisse einer neuen Erhebung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln. In der telefonischen Repräsentativbefragung wurden das subjektive Begriffsverständnis, die Vorstellungen zu den Erkrankungsursachen und Risikofaktoren, die vermuteten medizinischen Folgen und die Möglichkeiten der Prophylaxe aus Sicht der Bevölkerung untersucht. Es besteht laut Studie umfassender Informationsbedarf, um das Bewusstsein für die Tat-

sache zu wecken, dass Parodontalerkrankungen – neben Karies und Dysgnathien – die Haupterkrankungen im Mundbereich darstellten.

Das Wissen um die Entstehung, Selbsterkennung und Vorbeugung sei unzureichend, Aufklärung könne nur im Zusammenspiel der unterschiedlichen



Foto: Bengel/DCP

Medizinische Fachberufe**Bilanz zum Verbandsjubiläum**

Auf einer Festveranstaltung in Dortmund ist am 12. Januar das 45-jährige Wirken des Verbandes medizinischer Fachberufe gewürdigt worden. „In den nächsten Jahren kommen erhebliche Veränderungen auf uns zu. Wir werden uns gemeinsam gut aufstellen müssen, um vor allem die Anfänge gut zu überstehen“, so der Präsident der Bundesärztekammer Professor Jörg-Dietrich Hoppe mit Blick auf den Gesundheitsfonds und die zunehmende staatliche Steuerung des Gesundheitswesens. Weitere Arbeitgebervertreter, unter ihnen der Präsident des Bundesverbandes Praktizierender Tierärzte, Dr. Hans-Joachim Götz, der Geschäftsführer des Instituts für hausärztliche Fortbildung, Robert Festersen und Dr. Bernhard Reilmann für die Bundes-

zahnärztekammer, hoben die positive Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe hervor. Bereits im Vorfeld hatten auch BZÄK und KZBV in Grußworten das Wirken des Verbandes gewürdigt. „Sie alle kämpfen tagtäglich mit uns vor



Foto: MEV

Ebenen Schulbildung, Medien, Fachgesellschaften und Zahnarztteam gedeckt werden. Bereits bestehende Informationsangebote sollten fortgesetzt und ausgebaut werden. Multidisziplinäre Ansätze seien gefragt, um die Aufklärung risikogruppenorientiert und für alle Ebenen umsetzbar zu entwickeln. pr/pm

■ Prof. Dr. Renate Deinzer, Dr. Wolfgang Micheelis, Dr. Nicole Granrath und Prof. Dr. Thomas Hoffmann, „Parodontitsrelevantes Wissen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung“, IDZ-Information 1/08, 10. Januar 2008. Exemplare der Studie können kostenlos beim IDZ, Universitätsstr. 73, 50931 Köln, Fax: 0221/40 48 86 angefordert werden und sind auch unter <http://www.idz-koeln.de> als Download erhältlich.

Ort in den Praxen für eine hochstehende Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“, unterstrich BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. Der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz betonte: „Der Verband hat das Berufsbild maßgeblich geformt, selbstbewusst und mit Gespür für den großen Stellenwert des Teams in der Praxis.“ pr/pm

Infos zum Berufsbild**ZFA – der Film**

Das Berufsbild der früheren Zahnarzthelferin hat sich stark gewandelt. Um den Berufsnachwuchs zu fördern, haben die Zahnärztekammern Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Schleswig-Holstein und Hamburg einen aktuellen Film über das Berufsbild der ZFA produziert. Der Film steht unter www.zfa-info.de zum Download bereit und bietet neben Informationen einen anschaulichen Überblick über den Beruf. ck/pm

Bertelsmann Stiftung**Hausarztmodell meist wirkungslos**

Der Hausarzt ist nach einer Umfrage der Bertelsmann Stiftung nicht wie von der Politik beabsichtigt zum Lotsen im Gesundheitssystem geworden.

Die Zahl der Facharztbesuche der am Hausarztmodell beteiligten Patienten habe sich nicht wie gedacht deutlich reduziert. Sie sei sogar gestiegen, teilte die Stiftung in Gütersloh unter Bezug auf eine eigene repräsentative Befragung mit. Laut Umfrage fühlen sich die Patienten auch nicht besser versorgt.

Den Angaben zufolge suchten die Teilnehmer am Hausarztmodell innerhalb von zwölf Monaten in den Jahren 2003/2004 durchschnittlich 1,9 Mal einen Facharzt auf, 2006/2007 dann 2,5 Mal. Bei den Patienten, die sich nicht an dem von den Krankenkassen angebotenen Modell beteiligten, gab es einen geringeren Anstieg von im Durchschnitt 2,0 auf 2,1 Facharztbesuche innerhalb von zwölf Monaten. ck/pit/dpa

Rheinland-Pfalz

Fortbildungs-/Prüfungsordnung DH verabschiedet

Die höchste Stufe der beruflichen Fortbildungsmöglichkeiten für Zahnmedizinische Fachangestellte ist die Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin (DH). Das Land Rheinland-Pfalz gehört jetzt zu den wenigen, die sich über eine Fortbildungs- und Prüfungsordnung für diesen Beruf freuen dürfen. LZK-Präsident Dr. Michael Rumpf kommentierte: „Natürlich sind wir nicht der Meinung, dass jedes Bundesland in Deutschland eine solche Aufstiegsfortbildung anbieten muss. Wir wissen durchaus, dass es in Deutschland bereits ein breites Spektrum an Fortbildungsmöglichkeiten für Zahnmedizinische Fachangestellte gibt. Doch wir wollten,

wenn die europäische und deutsche Politik diesen Beruf schon in den Raum stellt, zumindest die Fortbildung selbst gestalten.“

Der Geschäftsführer der rheinland-pfälzischen Kammer sagte: „Wir haben für unsere Zahnmedizinischen Fachangestellten ein neues Berufsfeld eröffnet und Aufstiegsmöglichkeiten geschaffen. Die Zukunft wird zeigen, ob wir damit für die Praxen und die Patienten einen Weg beschreiten, der in den kommenden Jahren gegangen wird.“ pr/pm

■ **Die neue Fortbildungsordnung ist in diesem Heft im Bekanntmachungsteil (Seite 118) abgedruckt. Sie tritt mit ihrer Veröffentlichung in Kraft.**

Britische Klinikärzte in der Kritik

Operationen verweigert

In Großbritannien kommt es öfter als bislang gedacht vor, dass Kliniken Patienten des staatlichen Gesundheitsdienstes (National Health Service, NHS) Operationen verweigern, weil diese entweder rauchen, zu dick sind oder andere Laster haben, die den Operationserfolg gefährden könnten. Das sorgt für gesundheitspolitische Kontroversen und brachte zahlreiche Klinikärzte ins Kreuzfeuer der Kritik. Eine Klinik in Cornwall verweigerte kürzlich einem 57-jährigen Patienten nach einem Knochenbruch die OP, weil sich der Patient weigert, das Rauchen aufzugeben. Wie ein Sprecher des Krankenhauses Royal Cornwall Hospital (Truro) bestätigte, lehne man es „aus Prinzip“ ab, den 57-jährigen Pa-

tienten am Fußknöchel zu operieren, obwohl dies die einzige Möglichkeit sei, den seit mehreren Monaten nicht heilen wollenden Knochen wieder funktionstüchtig zu machen. Britische Patientenverbände wiesen in London darauf hin, dass dies keineswegs ein Einzelfall sei.

Der britische Ärztebund (British Medical Association, BMA) wollte den Fall aus Cornwall nicht kommentieren. Es liege aber in der Entscheidungsfreiheit eines jeden Arztes, ob er operiere oder nicht. Gesundheitsminister Alan Johnson ließ verlauten, das Ministerium sehe derzeit „keinen Handlungsbedarf“, um in die ärztliche Entscheidungsfreiheit gesetzlich einzugreifen. pr/ast

Januar-Heft von Öko-Test

Zahnpasta im Visier

Zahnpasta ist in der Januar-Ausgabe von Öko-Test auf dem Prüfstand. Das Ergebnis: Von 40 Produkten wurden 16 bedingungslos empfohlen, drei „gute“ mit kleinen Einschränkungen. Fünf Zahnpasten wurden mit „mangelhaft“ und sechs mit „ungenügend“ bewertet. Knapp ein Viertel der Produkte landete mit „befriedigend“ im Mittel-



Foto: stockdisc

feld. Neben bekannten Marken schnitten 13 preiswerte Hausmarken von Discountern mit „sehr gut“ ab. pr/pm

Größte Sorge des Landes

Hohe Gesundheitskosten in China

Nach einer Umfrage des Statistikamtes ist die medizinische Versorgung in China zur größten Sorge des Milliardenvolkes geworden. Vielen Chinesen droht Armut infolge von Krankheit.

Die 100 000 befragten Familien nannten als weitere Gründe für ihr Gefühl der Unsicherheit auch einen Verlust moralischer Werte, wachsende Kosten im Bildungswesen, Arbeitslosigkeit, Korruption, Umweltverschmutzung, Nahrungsmittelsicherheit und mangelnden Werksschutz.

China hatte von 1992 an das alte kommunistische Gesundheits-

wesen umgestellt, das bis dahin mehr als 90 Prozent der Krankheitskosten übernommen hatte. Viele Chinesen in den Städten und auf dem Land rutschen mittlerweile aber durch Krankheit und die drastisch gestiegenen Kosten für ärztliche Versorgung und Medikamente in die Armut.

Rund 400 Millionen Chinesen haben derzeit nach amtlichen Angaben keinerlei Krankenversicherung. Mit einer neuen Reform will die Regierung jetzt versuchen, die Rolle des Staates wieder etwas auszubauen.

ck/dpa



Foto: MEV

BMG und GZSZ kooperieren

Schlechte Zeiten für Drogen

Die RTL-Vorabendserie „Gute Zeiten – Schlechte Zeiten“ (GZSZ) und das Bundesgesundheitsministerium kooperieren im Kampf gegen Drogen. „Wir sehen Sie als Verbündete darin, den Kampf gegen Drogenmissbrauch ins Bewusstsein zu rücken“, sagte Ministerin Ulla Schmidt (SPD) an die Adresse ihrer Gastgeber in Potsdam-Babelsberg.

Ein Handlungsstrang der Serie dreht sich aktuell um die Kokainsucht des Modells Emily Höfer. Die Produzenten kündigten an, beiläufig über die Drogenberatung zu informieren. „Es geht nicht um den erhobenen Zeigefinger“, betonte die Bundesdrogenbeauftragte Sabine Bätzing. „GZSZ“ läuft fünfmal

pro Woche und hat im Schnitt etwa vier Millionen meist jüngere Zuschauer.

Bätzing lobte die „vorbildliche Arbeit“ der „GZSZ“-Macher, die bereits von der Deutschen Krebshilfe mit dem „Rauchfrei-Siegel“ ausgezeichnet wurden. Produzent Rainer Wemcken sagte, die Zuschauer sollten verstehen, dass Drogen „uncool“ seien. Es gebe für Jugendliche genügend andere Betätigungsfelder. ck/dpa



Foto: MEV

Ärzte in der NS-Zeit

Forschungspreis ausgeschrieben

Aufarbeitung der Geschichte der Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus – diesem Thema widmet sich ein Forschungspreis, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zum zweiten Mal ausgeschrieben haben. Mit dem Preis wollen die Stifter wissenschaftliche Arbeiten auszeichnen, die sich mit der Rolle der Ärzteschaft im Dritten Reich auseinandersetzen. Der Preis ist mit insgesamt 10 000 Euro dotiert.

An der Ausschreibung teilnehmen dürfen Ärzte und Psycho-

therapeuten als Einzelpersonen, Kooperationen und Gemeinschaften aus Ärzten und Psychotherapeuten, Studenten der Humanmedizin sowie an humanmedizinischen und medizinhistorischen Instituten tätige Wissenschaftler. Alle Arbeiten müssen in deutscher Sprache verfasst sein und können sowohl in Papier- als auch elektronischer Form eingereicht werden. Bewerbungsschluss ist der 31. August 2008. pr/pm

■ Interessenten finden weitere Informationen unter folgendem Link: <http://www.kbv.de/veranstaltungen/9368.html>.

Rauchverbot

Rauchtourismus hat begonnen

Das deutschlandweit strengste Nichtrauchergesetz in Bayern sorgt in den Grenzgebieten für neue Reisebewegungen: Während es die Raucher nach Öster-

nun der Rauchtourismus. BHG-Sprecher Frank-Ulrich John berichtete von Grenzgängern zwischen dem bayerischen Neu-Ulm und der baden-württembergischen Stadt Ulm. In dem benachbarten Bundesland ist Rauchen in Nebenräumen erlaubt. „Wir beobachten eine Woche nach Jahresbeginn, dass Raucher aus Bayern das Tanken in



Foto: cc

reich ziehe, reisten Nichtraucher aus dem Nachbarland verstärkt in die rauchfreien Gaststätten in Bayern, sagte Oberbayerns Vize-Vorsitzender des Hotel- und Gaststättenverbandes (BHG), Johannes-Wolfgang Hofmann, jetzt in Bad Reichenhall. Zum Tanktourismus wegen der billigeren Spiritpreise komme somit

Österreich mit einem Kneipenbesuch verbinden, um dort ungehindert beim Bierchen eine Qualmen zu können“, sagte Hofmann. Andererseits gebe es auch Nichtraucher aus Österreich, die nach Bayern fahren, um hier in einem Restaurant ganz ohne Qualm gepflegt zu essen. sp/dpa

Rauchfrei 2008

Mitmachen: Kampagne zum Rauchstopp

Zum fünften Mal rufen das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Weltgesundheitsorganisation zum Rauchstopp auf. Ziel ist es, möglichst viele Raucherinnen und Raucher zum Nichtrauchen zu motivieren. Mindestens einen Monat lang – vom 1. bis 29. Mai – sollen sie rauchfrei leben, um dadurch den Schritt zur langfristigen Aufgabe des Rauchens zu erreichen. Die Ergebnisse der vier vorangegangenen „Rauchfrei“-Kampagnen sind ermutigend: Seit 2000 haben mehr als 250 000 Menschen teilgenommen. Zwölf Monate später waren 30 Prozent der Teilnehmer

noch rauchfrei. Die Aktion startet am Aschermittwoch, dem 6. Februar 2008. Schon jetzt können die kostenfreien Aktionspakete zur Information von Praxen und Patienten unter www.rauchfrei2008.de oder im zm-Leserservice bestellt werden. Sie beinhalten jeweils ein Poster, 50 Anmeldekarten, einen Schaufensteraufkleber und einen Kartenhalter. sp/pm



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

Robert Koch-Institut

Norovirusepidemie im Kommen

Noroviren zählen zu den häufigsten Erregern infektiöser Magen-Darm-Erkrankungen und zeigen einen ausgeprägten saisonalen Gipfel in den Herbst- und Wintermonaten. Im Epidemiologischen Bulletin 46/2007 hat das RKI (Robert Koch-Institut) eine aktuelle Situationseinschätzung zu den gestiegenen Meldezahlen veröffentlicht. Aufgrund des großen Informationsbedürfnisses im vergangenen Winter wird auch an die bestehenden Emp-

fehlungen zur Eindämmung von Norovirus-Ausbrüchen in medizinischen und Pflege-Einrichtungen sowie bei Erkrankungen in Privathaushalten erinnert. „Eine Infektion ist unangenehm, bei gesunden Menschen aber nicht lebensbedrohlich“, sagt Reinhard Kurth, Präsident des Robert Koch-Instituts. „Aber 48 Todesfälle im vergangenen Winter, überwiegend sehr alte Menschen mit Grunderkrankungen, zeigen, dass man die Erkrankung ernst nehmen muss“, unterstreicht der Virologe. Die Anzahl der wöchentlich ans RKI übermittelten Norovirus-Erkrankungen ist seit Mitte August 2007 (33. Meldewoche: 503 Fälle) kontinuierlich gestiegen. Für die 44. Woche wurden bisher 2 796 Erkrankungen übermittelt. Diese Situation ist mit der Konstellation zu Beginn der Winter 2004/2005 und

2006/2007 vergleichbar. Die Meldezahlen sind etwas höher als in den entsprechenden Zeiträumen dieser Jahre, möglicherweise auch aufgrund einer gestiegenen öffentlichen Wahrnehmung durch die „Rekordwelle“ des vergangenen Winters mit 137 480 übermittelten Fällen von Mitte Oktober 2006 bis Mitte Juni 2007. Die Dunkelziffer ist als sehr hoch einzuschätzen. Norovirus-Erkrankungen sind gekennzeichnet durch starke Übelkeit,

plötzlich einsetzendes Erbrechen, Bauchkrämpfe und Durchfälle (andere Durchfall-Erreger wie Rotaviren können ähnliche Symptome verursachen). Beim ersten Hinweis auf einen Norovirus-bedingten

Krankheitsausbruch in einer Gemeinschaftseinrichtung sollten – ohne virologische Ergebnisse abzuwarten – unverzüglich Maßnahmen zur Verhütung weiterer Infektionen eingeleitet werden. Unter anderem wird eine Isolierung betroffener Patienten in einem Zimmer mit eigener Toilette sowie eine sorgfältige Händehygiene des Personals empfohlen. Da das Virus am häufigsten durch direkten Kontakt zu Erkrankten (virushaltiges Erbrochenes oder Stuhl) oder indirekt über verschmutzte Flächen (Waschbecken, Türgriffe) übertragen wird, kann das Infektionsrisiko allgemein reduziert werden, indem man den Kontakt zu Erkrankten meidet und auf eine sorgfältige Händehygiene achtet. Ein Einsatz von Desinfektionsmitteln ist im Privathaushalt in der Regel nicht erforderlich. Patienten sollten

während der akuten Phase der Erkrankung außer zur Betreuungsperson möglichst keinen Kontakt zu anderen Personen haben. Da das Virus auch nach Abklingen der akuten Krankheitssymptome noch ein bis zwei Wochen im Stuhl ausgeschieden werden kann, müssen die genesenen Personen zumindest für diesen Zeitraum auf eine intensive Toiletten- und Händehygiene achten. Für die Erkrankten gelten die bei Magen-Darm-

Infektionen üblichen medizinischen Empfehlungen. Neben Bettruhe ist auf eine adäquate Zufuhr von Flüssigkeit und Elektrolyten zu achten. Bei schweren Verläufen (starke Flüssigkeitsverluste durch Erbrechen, Durchfall) sollte vor allem bei Kleinkindern, älteren Patienten und Personen mit Grunderkrankungen frühzeitig ein Arzt konsultiert werden. Weitere Informationen: <http://www.rki.de> > Infektionskrankheiten A-Z > Noroviren sp/pm

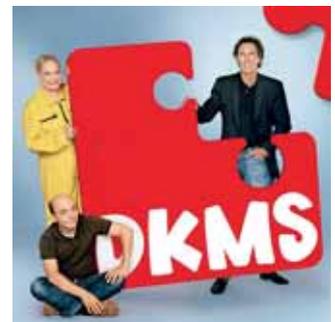
Knochenmarkspender 2007

200 000 neue Spendewillige

In der Deutschen Knochenmarkspenderdatei DKMS haben sich im vergangenen Jahr mehr potenzielle Spender als je zuvor registrieren lassen. Rund 200 000 Menschen ließen 2007 ihre Gewebemerkmale typisieren und stehen damit als mögliche Stammzellen- oder Knochenmarkspender für Leukämiepatienten zur Verfügung, wie die DKMS kürzlich in Tübingen mitteilte. In der 1991 gegründeten Datei sind nun insgesamt mehr als 1,6 Millionen Menschen verzeichnet – damit handelt es sich den Angaben zufolge um das weltweit größte Register für Knochenmarkspender.

DKMS-Geschäftsführerin Claudia Rutt dazu: „Die Bereitschaft der Deutschen, Leukämiepatienten eine neue Chance auf Leben zu geben, ist überwältigend und vorbildlich.“ Auch bei den tatsächlich geleisteten Spenden gab es einen deutlichen Zuwachs: Im vergangenen Jahr ließen sich 2 500 Spender – plus 500 im Vergleich zum Vorjahr – Stammzellen oder Knochenmark entnehmen und halfen so einem an Blutkrebs oder ande-

ren Krankheiten des blutbildenden Systems erkrankten Patienten. Die DKMS hat ihre Zentrale in Tübingen, ein großer Teil der Aktivitäten wird vom DKMS-Büro in Köln gesteuert. Ein DKMS-Sprecher in Köln wies darauf hin, dass weitere potenzielle Spender benötigt würden. Pro Jahr seien in Deutschland



Schätzungen zufolge rund 3 500 Patienten auf diese Hilfe angewiesen. In 20 Prozent der Fälle gelinge es bisher nicht, einen Spender mit optimal übereinstimmenden Gewebemerkmale zu finden. Der Sprecher betonte zugleich Unterschiede zwischen einer Organspende und einer Stammzellenspende. Stammzellen würden nachwachsen. (Internet: <http://www.dkms.de>) sp/dpa



Foto: PhotoDisc

Krankheitsausbruch in einer Gemeinschaftseinrichtung sollten – ohne virologische Ergebnisse abzuwarten – unverzüglich Maßnahmen zur Verhütung weiterer Infektionen eingeleitet werden. Unter anderem wird eine Isolierung betroffener Patienten in einem Zimmer mit eigener Toilette sowie eine sorgfältige Händehygiene des Personals empfohlen. Da das Virus am häufigsten durch direkten Kontakt zu Erkrankten (virushaltiges Erbrochenes oder Stuhl) oder indirekt über verschmutzte Flächen (Waschbecken, Türgriffe) übertragen wird, kann das Infektionsrisiko allgemein reduziert werden, indem man den Kontakt zu Erkrankten meidet und auf eine sorgfältige Händehygiene achtet. Ein Einsatz von Desinfektionsmitteln ist im Privathaushalt in der Regel nicht erforderlich. Patienten sollten

Raum Würzburg

Schüler für Gedächtnisstudie

Was im Kopf von Kindern beim Lernen vorgeht, wollen Forscher der Universität Würzburg in einer Gedächtnisstudie herausfinden. Deshalb sucht das Institut für Psychologie nun Fünft- und



Foto: cc

Sechstklässler von Gymnasien und Realschulen für einen Test. Mithilfe von altersgerechten Bildern wollen die Wissenschaftler das Zusammenspiel von Gedächtnisprozessen erforschen, die im Schüleralltag unter anderem für das Vokabellernen von Bedeutung sind. Die Studienergebnisse könnten beispielsweise der Lehrerbildung zugutekommen, „damit die Lehrer das Lernen der Kinder besser verstehen“, so Diplom-Psychologin Anja Hoffmann. sp/dpa

Kuratorium perfekter Zahnersatz

Dissertationspreis ausgeschrieben

Zum 16. Mal schreibt das Kuratorium perfekter Zahnersatz seinen mit 2000 Euro dotierten Dissertationspreis aus. Mit diesem Preis wird jährlich die beste zahnmedizinische Dissertation ausgezeichnet, die einen Bezug zur Zahntechnik hat. Als Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Wettbewerb gilt, dass das Pro-

motionsverfahren im Jahre 2007 erfolgreich abgeschlossen wurde. Einsendefrist ist der 31. Mai 2008. Der Dissertationspreis wird traditionell bei der Herbst-Pressekonferenz des Kuratoriums feierlich überreicht. Dabei wird dem Preisträger oder der Preisträgerin die Möglichkeit gegeben, die Ergebnisse der Arbeit in einem Kurzvortrag vorzustellen.

Mehr Info: Kuratorium perfekter Zahnersatz, Dr. Karin Uphoff, Alfred-Wegener-Straße 6, 35039 Marburg, E-Mail: pressestelle@kuratorium-perfekter-zahnersatz.de sp/pm

Erratum

In einer Nachricht in der Ausgabe 24/07 auf Seite 18 hat sich ein Fehler eingeschlichen:

Anstatt „Wenn Sie bei einem Patienten ein Lichenoid im Munde finden, schauen Sie auf die Fingernägel – dort ist fast immer eine Mykosis zu finden“, sollte es heißen:

„Wenn Sie bei einem Patienten eine lichenoidale Reaktion im Munde finden, fragen Sie nach Hautreaktionen oder schauen Sie zum Beispiel auf die Fingernägel. Falls Hautreaktionen vorliegen oder Veränderungen an den Fingernägeln, dann handelt es sich nicht um eine lichenoidale Reaktion, sondern wahrscheinlich um ein Lichen, der in der Regel nicht werkstoffbedingt ist.“

Ein weiterer Tipp von Prof. Dr. Gottlieb Schmalz, Regensburg: Schicken Sie einen Patienten nie zum allgemeinen Allergietest, ohne einen klinischen Hinweis auf eine Allergie und ohne Hinweis auf mögliche Ursachen, da durch einen Allergietest auch eine Sensibilisierung provoziert werden kann. Wir bitten um Entschuldigung. zm

Köner oder Killer

Zank um den Fonds

„Rekordbeiträge“, „Bürokratiemonster“, „Wettbewerbskiller“ – der geplante Gesundheitsfonds wird von Ärzten, Kassen, Wirtschaft und Politikern gleichermaßen demontiert. Selbst die Kanzlerin konnte die Kritik nicht deckeln. Im Gegenteil: Der Streit kocht weiter hoch – und bedroht den Fortbestand der Koalition.

Den Finanzausgleich halten viele für die verzwickteste Erfindung im ohnedies schon komplexen Gesundheitswesen. Er kenne „drei Leute, die das verstanden haben“, bekannte der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer, als er das System vor 14 Jahren initiierte. „Ich gehöre nicht dazu.“ Noch komplizierter ist der Gesundheitsfonds gestrickt. Er soll ab Januar nächsten Jahres die Beitragseinnahmen zwischen den rund 250 gesetzlichen Krankenkassen neu verteilen. Und, so sieht es zumindest die Regierung, für mehr Gerechtigkeit in der GKV-Landschaft sorgen: Wird die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen heute zu 95 Prozent ausgeglichen, soll es der Fonds zu 100 Prozent tun. Ziel ist es, speziell den Kassen mit besonders teuren, weil kranken oder einkommensschwachen Mitgliedern finanziell unter die Arme zu greifen. Im Klartext: zu verhindern, dass die Versicherungen nur um Junge und Gesunde buhlen. „AOK-Mitglieder könnten entlastet werden, wenn die Kosten für teure Krankheiten solidarischer finanziert werden als bisher“, mutmaßt Hans Jürgen Ahrens. Der AOK-Chef verhehlt freilich nicht, dass die Krankenkassen grundsätzlich gegen den Fonds sind. Seiner Meinung nach funktioniert das Modell nur dann, wenn nachgebessert wird. Mit diesem eher moderaten Urteil steht Ahrens freilich fast allein auf weiter GKV-Flur. Dass der Fonds obige Erwartungen erfüllt, daran glauben nur die wenigsten. Kritiker fürchten sogar, dass der Fonds den Wettbewerb verhindert, noch mehr Bürokratie schafft und zu Höchstbeiträgen führt.

Sammeln und Verteilen – das sind Aufgaben des Fonds, sagt die Regierung.

Foto: stockdisc

Die Spitzenvertreter der Krankenkassen monierten soeben bei einer Anhörung des Bundesversicherungsamtes die neuen Regelungen beim Finanzausgleich. Diese basierten auf fragwürdigen Daten und seien fachlich nicht nachzuvollziehen, hieß es. Gerade die Kassenchefs lehnen das Konstrukt ab. Das bestätigt eine „Focus“-Umfrage unter 106 Kassenvorständen. Knapp 90 Prozent der Versicherungsvorstände meinen, der Gesundheitsfonds werde sich negativ für die Versicherten auswirken. Über 90 Prozent der Kassenmanager sprechen sich gegen den einheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen aus.

Rekordbeiträge befürchtet

Nach ihrer Ansicht dürften die Pläne der Regierung die Gesundheitskosten bereits dieses Jahr weiter nach oben treiben. An sinkende Beitragssätze glaubt jedenfalls keine Kasse mehr. Barmer-Chef Johannes Vöcking etwa hatte einen Satz von 15,5 Prozent als plausibel bezeichnet. Auch TK-Kopf Norbert Klusen geht davon aus, dass „2009 eine 15 vor dem Komma stehen wird.“ Und

der Vorsitzende der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH), Ingo Kailuweit, hatte der „Bild“ mitgeteilt, 15,5 Prozent seien realistisch.

Mit ihrer Einschätzung untermauern sie zwei Studien, die jüngst für Diskussionsstoff sorgten: Das Münchner Institut für Gesundheitsökonomik hatte prognostiziert, dass der Beitragssatz mit Einführung des Gesundheitsfonds gegenüber dem derzeit gültigen Wert um 0,7 Punkte auf 15,5 Prozent steigen werde. Bis zu 90 Prozent aller Beitragsszahler könnten betroffen sein – 44 Millionen Menschen. Zu einem ähnlichen Schluss kommt die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft in Köln in einer Untersuchung: Millionen Kassenmitglieder müssten dann bis zu 59 Euro im Monat mehr zahlen.

Zwar bestritt das BMG die Berechnungen – bemerkenswerterweise fasste Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) dennoch eine zusätzliche Quelle ins Auge, um den Fonds zu puschen. Hartz-IV-Empfänger sollen einen höheren Beitrag als heute zahlen, schlug sie vor. Weil deren Anteil von der Arbeitsagentur und damit letztlich vom Steu-

erzahler finanziert wird, käme auf den Bund nach einer überschlägigen Rechnung ein Milliardenbetrag zu. Im Gegenzug würden die Finanzierungsnöte des Fonds geringer. Die Kassen reagierten positiv, das Sozialministerium lehnte einen Kommentar ab.

Aus der Politik kommt indes ein klares Kontra: Der Präsident des Deutschen Industrie- und Handelskammertags (DIHK), Ludwig Georg Braun, forderte in der „Bild“-Zeitung, auf das „Fehlkonstrukt“ zu verzichten. Der Zentralverband des Deutschen Handwerks (ZDH) verlangte – wie der Sozialverband Deutschland – ebenfalls einen Stopp des Fonds, und auch die Gewerkschaften sagten „Nein“.

Stewens dafür, die Reform zu verschieben. Straubinger: „Ehe wir der Wirtschaft Schaden zufügen, wäre es besser, mit der Einführung des Fonds zu warten.“

Sammeln und Verteilen

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) sprach einstweilen ein Machtwort. „Das hat alles mit dem Fonds nichts, aber auch gar nichts zu tun“, meinte sie. Die Regierung ziele darauf ab, dass die Krankenversicherung kostendeckend arbeite. Der Fonds sei gerecht. Kostensteigerungen habe es im Gesundheitswesen immer wieder gegeben, so die Kanzlerin in Anspielung auf Arzneimittelkosten und Ärztehonorierung.

„Der Fonds wird kommen“, bekräftigte die Staatssekretärin im BMG, Marion Caspers-Merk (SPD, „er steht im Gesetz.“ Der Pool sei eine „reine Sammel- und Verteilstelle“ und schaffe „mehr Transparenz“. Diejenigen, die den Start verschieben wollen, das Konzept aber zuvor mit getragen hatten, litten jetzt wohl unter „Erinnerungslücken“.

Genützt haben die Ansagen wenig: Die FDP reichte inzwischen einen Antrag im Bundestag ein, den Fonds zu stoppen.

FDP-Gesundheitsexperte Daniel Bahr: „Der Gesundheitsfonds ist die erste Umverteilungsbürokratie, bei der bereits die bloße Ankündigung eine absurde Beitragssteigerung verursacht.“

Schmidt verteidigt derweil Fonds und Einheitsbeitrag. Momentan betrage der Unterschied zwischen der teuersten und der preiswertesten Kasse vier Prozentpunkte. Dies sei Versicherten mit hohen Beiträgen nicht zu vermitteln. „1,5 Prozent kann ich mir sehr schwer vorstellen“, sagte Schmidt. Nach sieben Jahren Amtszeit sei sie inzwischen sehr gelassen, was Studien oder Gutachten angehe. „Das Gesetz steht. Bundestag und Bundesrat haben es verabschiedet.“ Jetzt werde es umgesetzt. Dabei liege man im Zeitplan. ck

Die große Umverteilung

Bereits heute hebt der Risikostrukturausgleich (RSA) Unterschiede bei Alter und Geschlecht der Versicherten auf. Außerdem werden Differenzen berücksichtigt, die sich durch kostenlos versicherte Familienmitglieder und Versicherte mit Erwerbsminderung ergeben. Anhand dieser Kriterien wurden 2007 rund 14 Milliarden Euro umverteilt. Das sind zehn Prozent der gesamten Beitragseinnahmen.

Um diesen Umverteilungsprozess effizienter zu gestalten, hatten sich Union und SPD darauf geeinigt, in Zukunft neben Alter und Geschlecht auch 50 bis 80 Krankheiten zu berücksichtigen. Künftig erhalten die Kassen für jeden Versicherten eine Grundpauschale, die sich weiterhin an Geschlecht und Alter orientiert. Leidet ein Mitglied unter einer der aufgelisteten Erkrankungen, bekommt die Kasse einen Zuschlag. Dieser Morbi-RSA ist wesentlicher Bestandteil des Gesundheitsfonds. Der bisher von der jeweiligen Krankenkasse autonom fixierte Satz wird durch die Pauschale ersetzt und macht die bestehenden Ausgleichsverfahren überflüssig.

Während die SPD aber mehr chronische Leiden anrechnen lassen wollte, ging es der Union darum, den Ausgleich klein zu halten, um den Wettbewerb zwischen den Kassen anzufachen. Der beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelte wissenschaftliche Beirat folgte schließlich dem Modell der SPD – insgesamt 80 Krankheiten wurden berücksichtigt, der Rahmen voll ausgeschöpft. Die Liste umfasst die heutigen Volkskrankheiten, wie Herzerkrankungen oder Diabetes. Aids, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Depression, Schizophrenie und Frühgeburten sind in der Aufstellung ebenso enthalten wie eher seltene Krankheiten, wie Milzbrandinfektion. Warum Demenz, Asthma oder Rückenleiden fehlen? Nun, kraft Gesetz müssen die zuschlagfähigen Krankheiten schwerwiegend, kostenintensiv und abgrenzbar sein. Wie hoch die Zuschläge für die einzelnen Krankheiten ausfallen und sich die krankheitsunabhängige Grundpauschale für jeden Versicherten bemisst, muss das BVA noch ermitteln. Experten spekulieren freilich schon jetzt, dass die Kassen durch die neuen Regeln zu Tricksereien verleitet werden. Beispielsweise könnten sie versuchen, ihre Einnahmen zu vergrößern, indem sie ihre Mitglieder künstlich krankrechnen. ■



Foto: CC

Selbst in der Koalition mehrten sich die Stimmen gegen den Pool. Wolfgang Zöllner (CSU) beispielsweise. Der Gesundheitsexperte der Union warf dem BMG Fehlplanung vor. „Das Ministerium hat sich mit einer Beratergruppe in die Arbeit der Experten eingemischt. Das ist nicht zu akzeptieren.“ Maßstab für den Finanzausgleich müssten 50 bis 80 Krankheiten sein, wie es die Koalition vereinbart habe. Was jetzt auf dem Tisch liege, sei eine Liste von über 2000 Diagnosen, die in 80 Gruppen zusammengefasst sind (siehe Kasten). Das mache die Union nicht mit. Oder Bayerns Ministerpräsident Günther Beckstein, der den Fahrplan infrage stellt. Ebenso plädierten CSU-Sozialexperte Max Straubinger und die bayerische Sozialministerin Christa

Fachtagung in Düsseldorf

Großbaustelle Kassenlandschaft

Ein Jahr Wettbewerbsstärkungsgesetz – und es existieren noch viele Baustellen. Das GKV-WSG steht auch in der Kassenlandschaft arg in der Kritik, wie auf einer Fachtagung in Düsseldorf deutlich wurde. Dennoch werden die Gesetzesvorgaben nun Schritt für Schritt umgesetzt. Die Tagung gab Einblicke in den Arbeitsprozess auf Kassenseite.

Viel Neues kommt nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz auf die Kassen zu. Das verdeutlichte einmal mehr die IRR-Fachtagung „Kassen im Umbruch“ Mitte Dezember in Düsseldorf. Die Kassen werden auch 2008 mit vielen Baustellen zu kämpfen haben: Vom Fonds über die Aufstellung des Spitzenverbandes Bund bis hin zu den Aufgaben für die Krankenkassenverbände auf Bundes- und Länderebene ist noch vieles ungeklärt.

Im Bundesgesundheitsministerium läuft die Umsetzung auf Hochtouren. Dr. Ulrich Orłowski, Leiter der Abteilung Krankenversicherung im BMG, gab einen ausführlichen Sachstandsbericht. Von der Umsetzung betroffen sei vor allem die Neuorganisation der Kassenlandschaft auf Bundesebene. Es gelte, gleiche Voraussetzungen für die Fondsstruktur zu dessen Einführung ab 1.1.2009 zu schaffen, die Kassen zu entschulden und für eine einheitliche Anwendung des Insolvenzrechts in der GKV auf Bundes- und Landesebene zu sorgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpäBund) sei bereits errichtet, ab 1.7.2008 sollen sukzessive die Aufgaben der sieben GKV-Spitzenverbände an den Bundesverband übertragen werden. Dazu gehören beispielsweise die Bundesmantelverträge, die Vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) oder die Organisation des Risikostrukturausgleichs. Ein Fachbeirat soll den SpäBund ergänzen. Es ist vorgesehen, dass die alten GKV-Bundesverbände bis zum 1.1.2009 in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts übergehen sollen.

Johann Magnus Freiherr von Stackelberg, der neue stellvertretende Vorsitzende des

SpäBunds, beschrieb die Aufgabenstellung des neuen Verbandes. Sein Fazit: auf dem Weg zum neuen Wettbewerbsrahmen gebe es noch etliche Ungereimtheiten. Die Verwaltungsstruktur als solche sei bereits errichtet. Mit dem neuen Verband wolle der Gesetzgeber auf kollektivvertraglicher Ebene bundesweit einheitliche Rahmenbedingungen schaffen. Schwierigkeiten bereite dabei der Wettbewerbsgedanke. Es sei überdies



Die Kassenlandschaft ist nach den Neuerungen im GKV-WSG derzeit eine große Baustelle.

nicht vorgesehen, dass der Spitzenverband direkten Kontakt zu den Einzelkassen erhalte, deswegen dürfte dem neuen Fachbeirat eine besondere Rolle zukommen. Hier seien noch etliche Entwicklungen im Fluss.

Alleinstellungsmerkmale

Wie sich die Gesundheitsreform auf die bisherigen Krankenkassenstrukturen auswirkt, dürfte spannend werden, da sich jede Kasse auf ihre Weise darauf einstellt. Beispiel: die AOK Rheinland/Hamburg. Sie richtet derzeit ihr Neugeschäft stark auf den Wettbewerb aus. Dazu gehöre es, Nischen zu finden und

Alleinstellungsmerkmale herauszuarbeiten, betonte ihr Vorstandsvorsitzender Wilfried Jacobs. So biete die Kasse etwa eigene Wahltarife, eine Pflegehotline oder die feste Garantie von Arztterminen innerhalb von drei Tagen. Das System in Deutschland werde sich langsam an die Prämienwelt gewöhnen, prognostizierte Jacobs, der den Konzentrationsprozess in der Kassenlandschaft begrüßte. Er rechne damit, dass es im Zuge der Umsetzung einer Gesundheitsprämie, mit der ab 2009 zu rechnen sei, zu Krankenkassenwechsell größeren Ausmaßes komme: „In 2009 kriegen wir eine neue Welt.“

Rolf Stuppardt, Vorsitzender des IKK-Bundesverbandes, nahm das GKV-WSG hart in die Kritik. Es sei ein Konzept zu mehr staatlicher Steuerung mit mehr Umverteilung und mehr Vorgaben. Seine Prognosen: Mit dem

Fond werde die wichtige Gestaltungsfunktion der Selbstverwaltung verlorengehen. Weder der Fond noch der Einheitsbeitrag würden die Finanzprobleme der GKV lösen. Seine große Sorge sei, dass der Kostensenkungswettbewerb losgelöst von den Versorgungserfordernissen geführt werde.

Als Beispiel der neuen Marktausrichtung der Kassen in der GKV wurden die Aktivitäten der DAK, Hamburg, und der IKK Direkt, Kiel, präsentiert. So stelle sich die DAK um, indem sie voll auf die Versorgungsintensität und aktive

Kundenbetreuung vor Ort setze, wie ihr Vorsitzender Prof. Dr. Herbert Rebscher beschrieb. Die rapide wachsende IKK Direkt stärke laut ihrem Vorsitzenden Ralf Hermes ihr Image als Online-Kasse, mit passgenauem Service und Versorgungskonzepten, einer schlanken Verwaltung und modernsten Kommunikationsmitteln. Scharfe Kritik am GKV-WSG kam auch von der PKV. Verbandsdirektor Volker Laienbach ging es dabei vor allem um den Basistarif, der GKV- mit PKV-Elementen vermische. Man müsse die Grenzen zwischen beiden Systemen deutlich herausstellen und die Attraktivität der PKV unterstreichen, forderte er. pr

Positionspapier der Zahnärztekammern

Gut gerüstet für die Zukunft

Umbrüche und Neuentwicklungen im Gesundheitswesen erfordern eine strategische Neuorientierung des zahnärztlichen Berufsstandes. Deshalb hat sich die BZÄK in Zusammenarbeit mit den Zahnärztekammern positioniert und ein Strategiepapier erarbeitet, das die zukünftigen Herausforderungen aufgreift und zentrale Aktionsfelder für die zahnärztliche Kammerlandschaft in den nächsten Jahren skizziert. Hier die Kernaussagen in gestraffter Form.



Der zahnärztliche Berufsstand steht vor neuen Herausforderungen. Dazu haben die Kammern in einem Papier Position bezogen.

Foto: stockdisc

Zahlreiche neuere Entwicklungen im Gesundheitswesen führen dazu, dass sich auch im Bereich der zahnärztlichen Selbstverwaltung künftig neue Herausforderungen ergeben werden, auf die es gilt, rechtzeitig zu reagieren. Aus Sicht der Kammern sind folgende Eckpunkte zu nennen:

Da ist zunächst der Wandel des Berufsbildes des Zahnarztes und die Veränderung der zahnärztlichen Berufsausübung zu nennen. Die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin, neue Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung, neue Formen der Berufsausübung oder die zunehmende Feminisierung des Berufsstandes seien hier als Gesichtspunkte genannt.

Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis ist einem Wandel unterzogen. Man denke nur an die zunehmende Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungsprozessen und die wachsende Bedeutung von Beratung, Information und Kommunikation.

Kooperationsformen der zahnärztlichen Berufsausübung nehmen zu, und eine wach-

sende Zahl von Zahnärzten ist im Angestelltenverhältnis tätig.

Von der neuen GOZ sind Änderungen zu erwarten, die kritisch zu betrachten sind; die jetzigen Pläne lassen erkennen, dass die Novellierung weder fachlichen noch wirtschaftlichen Anforderungen an eine moderne Zahnmedizin gerecht wird.

zm-Info

Zum Hintergrund

Das Positionspapier entstand auf Grundlage der Diskussion des Vorstandes der BZÄK auf seiner internen Klausurtagung am 31. Mai 2007 und bezieht sich auf das Arbeitspapier Kammeraufgaben der Arbeitsgruppe der Geschäftsführer der Zahnärztekammern (2004) sowie auf die Vorlage Herausforderungen und Perspektiven für die Zahnärztekammern der BZÄK (2007). Es wird regelmäßig überprüft und nach Bedarf aktualisiert. ■

Die europäische Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen wie auch die neue Dienstleistungsrichtlinie sind in nationales Recht umzusetzen – mit entsprechenden Handlungsbedarfen für die Berufsstände. Nicht zuletzt werden auch die elektronische Gesundheitskarte und der Heilberufsausweis die Zahnärzteschaft vor neue Herausforderungen gestellt.

Vor diesem Hintergrund haben die BZÄK und die Kammern folgende Perspektiven für die zahnärztliche Kammerlandschaft herausgearbeitet:

- Kammern vermitteln die Vorteile der funktionalen Selbstverwaltung gegenüber Politik, Öffentlichkeitsarbeit und ihren Mitgliedern und stehen für die politische und wirtschaftliche Unabhängigkeit des Berufsstandes ein.

- Kammern sollen sich noch stärker zu Kompetenzzentren für ihre Mitglieder entwickeln.

- Der Gemeinwohlbezug soll deutlicher hervorgehoben werden.

- Vor der Diskussion um die Dienstleistungsgesellschaften gewinnt eine Berufsvertretung, die die Belange der gesamten Zahnärzteschaft effizient und ohne Eigeninteressen vertritt, an Bedeutung.

- Hinsichtlich der zentralen Kammeraufgaben soll eine möglichst kammerübergreifende Harmonisierung beziehungsweise die konsenterte Erzielung von einheitlichen Mindeststandards angestrebt werden.

Bezüglich der in den Heilberufsgesetzen der Länder niedergelegten zentralen Kammeraufgaben (Berufsaufsicht, Interessenvertretung und Berufsförderung) und aufgrund der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Entwicklungen, sind die Kammeraufgaben zielgruppenbezogen zwei Kompetenzbereichen zugeordnet:

(a) Aufgaben, für die ausschließlich die Kammern zuständig sind

(b) Kammeraufgaben an Schnittstellen mit Beteiligung anderer Institutionen (zum Beispiel KZBV, KZVen, Ministerien, wissenschaftliche Fachgesellschaften oder Verbände).

Die nebenstehenden Tabellen zeigen die Kammeraufgaben nach Zielgruppen.

BZÄK

Aufgaben der Kammern (a) nach Zielgruppen

1. Berufsangehörige (allgemein)

- Interessenvertretung des gesamten Berufsstandes auf nationaler und europäischer Ebene
- Erlass/Umsetzung des berufsständischen Satzungswerkes (Berufsordnung)
- Berufsgerichtsbarkeit
- Definition und satzungsrechtliche Umsetzung von einheitlichen Mindeststandards zur Berufsausübung (z. B. Hygiene, QM, Schlichtungswesen)
- Beratung zu berufsrechtlichen Fragen und zur Berufsausübung
- Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (§ 18 a RöV)
- GOZ-Beratung zu gebührenrechtlichen Fragen

1.1. Niedergelassene Zahnärzte

- Beratung zur Berufsausübung in der Praxis/ Praxisführung (z. B. MPG, Hygiene)
- Beratung zur Unfallverhütung (BuS-Dienst)
- Röntgenkonstanzprüfung (§ 16 RöV)
- Erstellung und regelmäßige Aktualisierung des Praxishandbuchs
- Gleichwertigkeitsprüfung (Besetzung des Prüfungsgremiums gem. § 13 ZHG)

1.2. Angestellte Zahnärzte

- Weiterbildung zum FZA:
 - Beratung bei allen Fragen zur WBO
 - Prüfungen nach WBO

1.3. Studenten, Assistenz Zahnärzte, junge Berufsangehörige

- Weiterbildung zum FZA:
 - Beratung bei allen Fragen zur WBO
 - Prüfungen nach WBO
- Gleichwertigkeitsprüfung (Besetzung des Prüfungsgremiums gem. § 13 ZHG)

1.4. Ältere Berufsangehörige

- Unterstützung bei Praxisausübung, Unterstützung bei Praxisabgabe

1.5. Ruheständler / soziale Einrichtungen

- Verwaltung der Budgets zur Altersvorsorge für Kammermitglieder
- Zahlungen von Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit
- Witwen- und Waisengelder, Rentenzahlungen an Mitglieder
- Unterstützungsfonds

2. Praxispersonal (allgemein)

- für die Berufsbildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten zuständig (§ 71, Abs. 6 BBiG)

2.1. Auszubildende zur ZFA

- Ausbildungsberatung
- Verwaltung der Berufsausbildung (z. B. Ausbildungsstatistik gem. § 88 BBiG)
- Prüfungsordnung erlassen (§ 47 BBiG)
- Prüfungsausschüsse errichten (§ 39 BBiG)
- rechtliche Fragen klären
- Schlichtung (§ 111 ArbGG)

2.2. (Fortgebildetes) zahnärztliches Assistenzpersonal (ZFA, ZMP, ZMF, ZMV, DH)

- Aufstiegsfortbildungsordnungen erlassen (§§ 54 und 79, Abs. 4 und § 71 Abs. 6 BBiG)
- Prüfungsausschüsse errichten (§ 56 BBiG)
- Prüfung gemäß Aufstiegsfortbildungsordnungen
- Aktualisierung der Kenntnisse im Röntgen (§ 18 a RöV)
- GOZ – Beratung zu Gebührenrechtlichen Fragen

3. Patienten (allgemein)

- Gutachter
- Schlichtung

3.1. Senioren und Menschen mit Behinderungen

- Referate für Alters- und Behindertenzahnheilkunde
- Mobile Behandlungseinheiten

4. Weitere Funktionsebenen

4.1. Staatliche Stellen

- Auftragsverwaltung (Röntgenstelle)
- Approbationsbehörde
- One-Stop-Agency

4.2. Medien

- Standpunktmarketing

4.3. Politik und Verbände

- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Standpunktmarketing

4.4. Selbstverwaltungskörperschaften

- Elektronischen Heilberufsausweis einführen (§ 291 a Abs. 5a SGB V i. V. m. den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder)
- Stellungnahmen an den GemBa (§ 91 Abs. 8 bzw. § 91 Abs. 5 SGB V)
- Multilaterale Zusammenarbeit

Kammeraufgaben an Schnittstellen mit Beteiligung anderer Institutionen (b) nach Zielgruppen

1. Berufsangehörige (allgemein)

- Freiberuflichkeit unter sich ändernden Bedingungen fördern
- Einheit des Berufsstandes erhalten
- Qualitätsmanagement / Qualitätsförderung (§ 135a SGB V)
- Fortbildung (§ 95 d SGB V)
- Bürokratieabbau fördern
- Übersetzung gesetzlicher Regelungen für die Kollegenschaft

1.1. Niedergelassene Zahnärzte

- Beratung zur Berufsausübung in der Praxis/ Praxisführung (z. B. UStG, betriebswirtschaftliche Beratung, Existenzgründungs- und Unternehmensberatung)
- Praxisbewertung
- Beratung zu Praxismanagementsystemen (z. B. ZPMS, EPA, EFQM o.ä.)
- Anbieten von Rahmenverträgen (z. B. Versicherungen)
- Postgraduale Weiterbildung (Master-Module)

1.2. Angestellte Zahnärzte

- Postgraduale Weiterbildung (Master-Module)

1.3. Studenten, Assistenz Zahnärzte, junge Berufsangehörige

- Kontaktpflege zu den Fachschaften
- Berufskunde
- Existenzgründungs- / Niederlassungsberatung

2. Praxispersonal

(fortgebildetes) zahnärztliches Assistenzpersonal (ZFA, ZMP, ZMF, ZMV, DH)

- Fortbildung gemäß Aufstiegsfortbildungsordnungen der Kammern

3. Patienten (allgemein)

- Patientenaufklärung und -beratung
- GOZ-Beratung zu gebührenrechtlichen Fragen
- Allgemeine (rechtliche) Auskünfte im Rahmen der sachlichen Zuständigkeit
- Fachberatung (Zweitmeinung): fallbezogener Einsatz von Gutachtern
- Gutachterwesen (§ 13 MBO)
- Darstellung der Versorgungsqualität (§ 137a, Abs. 3, SGB V)
- Zahnarztsuchservice

3.1. Kinder- und Jugendliche

- Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe gem. § 21, SGB V)

4. Weitere Funktionsebenen

4.1. Staatliche Stellen

- Fachliche Stellungnahmen, institutionelle Beteiligung an Gesetzesentwürfen
- wissenschaftliche Studien/Gutachten

4.2. Universitäten und wiss. Fachgesellschaften

- Förderung des Wissenstransfers
- Novellierung der AO-Z
- Postgraduale Weiterbildung

4.3. Medien

- Zahnärzteblatt

4.4. Berufsbildende Schulen

- Prüfungen
- Fachlehrerkonferenzen
- Koordination der Abschlussprüfung

4.5. Dentalhandel / Zahntechniker

- gemeinsame Projekte, z. B. Zahnärztetage, Messen

4.6. Krankenkassen und Versicherungen

- fachliche Stellungnahmen

4.7. Politik und Verbände

- Politikberatung (national und auf europäischer Ebene)

4.8. Selbstverwaltungskörperschaften

- Telematikinfrastruktur aufbauen (§ 291a Abs. 7 SGB V)

Kompetenzbereich (b) und wichtige Zielgruppen (1 – 4) der Kammerarbeit

Vertragszahnärztliche Versorgung im Ausland versicherter Personen

Die Verfahren der Leistungsaushilfe

Zum 1. Januar 2008 haben KZBV und die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) „Hinweise zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Personen, die im Ausland versichert sind“ herausgegeben. Sie sollen den Praxen eine schnelle Orientierungshilfe für Fälle mit Auslandsversicherungsbezug an die Hand geben, die reibungslose Betreuung dieses Patientenkreises – von der Dokumentation bis zur Abrechnung – erleichtern und die Akzeptanz der Europäischen Krankenversicherungskarte im Sinne der behandlungsbedürftigen ausländischen Patienten weiter steigern.



Je nachdem, aus welchem Land ein Patient eingereist ist, gelten bestimmte Abrechnungsmodalitäten.

Foto: Project Photo

Die zsm dokumentieren nachfolgend die Maßgaben, die bei der Verfahrensabwicklung eingehalten werden müssen. Nähere Hinweise bieten auch die Internetseiten von KZBV (www.kzbv.de) und DVKA (www.dvka.de).

Im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz Versicherte

Bei vorübergehendem Aufenthalt:

Mit Einführung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) im Jahre 2004 hat sich der Zugang zur zahnmedizinischen Behandlung in Deutschland für Personen vereinfacht, die im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz versichert sind und während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland plötzlich erkranken. Das bis dahin praktizierte Verfahren, wonach

zunächst der im jeweiligen Heimatland erhaltene „Auslandskrankenschein“ (Formular E 111) bei einer deutschen Krankenkasse in einen deutschen Behandlungsschein umgetauscht werden musste, hat sich mit der Einführung der EHIC geändert: Seit 2004 hat dieser Versichertenkreis in Deutschland direkten Zugang zu Vertragszahnärzten.

Bei Vorlage einer EHIC oder provisorischen Ersatzbescheinigung sind vertragszahnärztliche Leistungen – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes (!) – so zu erbringen, als ob der Patient bei einer deutschen Krankenkasse versichert wäre. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (zum Beispiel Praxisgebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt.

Zum Verfahren: Der Vertragszahnarzt hat die Identität des Patienten anhand des Personalausweises oder des Reisepasses zu überprüfen. Der im Ausland Versicherte wählt in der Zahnarztpraxis vor Beginn der Behandlung die aushelfende deutsche Krankenkasse, wobei der Zahnarzt ihn unterstützen darf und sollte. Zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs sind die Daten der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung sowie die Daten des Identitätsnachweises auf ein dafür vorgesehenes Vordruckmuster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruches von im Ausland Versicherten) zu übertragen. Der Vertragszahnarzt bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme durch Unterschrift und Zahnarztstempel. Zahnärzte, die über einen Fotokopierer verfügen, können zur Dokumentation die vorgelegten Nachweise fotokopieren. Vor Durchführung der Behandlung hat der Versicherte eine „Erklärung des im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland“ (Vordruckmuster 81) auszufüllen und zu unterschreiben. Die Erklärung und die Dokumentation sind im Original unverzüglich an die aushelfende deutsche Krankenkasse zu übersenden; anstelle der Dokumentation des Behandlungsanspruches kann der Anspruchsnachweis als Fotokopie übermittelt werden. Die Durchschläge (beziehungsweise die Zweitfotokopie) verbleiben beim Vertragszahnarzt. Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, die Durchschläge der Erklärung und der Dokumentation des Behandlungsanspruches zwei Jahre aufzubewahren.

Der Vertragszahnarzt rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab. Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Legt der im Ausland Versicherte keine EHIC

oder provisorische Ersatzbescheinigung vor, ist der Vertragszahnarzt berechtigt und verpflichtet, von diesem eine Privatvergütung zu fordern. Wird die EHIC beziehungsweise Ersatzbescheinigung innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Zahnarzt verpflichtet, das Honorar zu erstatten und die Behandlung über die aushelfende deutsche Krankenkasse abzurechnen. Kein Anspruch besteht auf Leistungen, die bis zu der vom Patienten ohnehin beabsichtigten Rückkehr in sein Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch die EHIC beziehungsweise provisorische Ersatzbescheinigung gedeckten Leistungsumfang hinausgehen, ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, eine Privatvergütung seiner Leistungen zu fordern.

Bei Einreise zur Behandlung mit Genehmigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers:

Hat sich ein im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz versicherter Patient für den Zahnarzt erkennbar nach Deutschland begeben, um eine zahnärztliche Behandlung zu erhalten, besteht ein Anspruch auf vertragszahnärztliche Behandlung nur, wenn der ausländische Kostenträger die Behandlung vor der Inanspruchnahme genehmigt hat (Vordruck E 112) und der Patient einen entsprechenden Erfassungsschein der aushelfenden deutschen Krankenkasse vorlegt, der die notwendigen Angaben zum Umfang des Leistungsanspruchs enthält. Der Vertragszahnarzt rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab. Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wendet sich der Versicherte mit Formular E 112 direkt an den Zahnarzt, ist er – soweit



Foto: zm

es der Gesundheitszustand zulässt – vor Behandlungsbeginn an die Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen. Anderenfalls ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, bei Nichtvorlage des Erfassungsscheins eine Privatvergütung zu fordern. Wird der Erfassungsschein innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Zahnarzt verpflichtet, das Honorar an den Patienten zu erstatten und die Behandlung über den Erfassungsschein mit der aushelfenden deutschen Krankenkasse abzurechnen.

Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch den Erfassungsschein gedeckten Leistungsumfang hinausgehen, ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, eine Privatvergütung seiner Leistungen zu fordern.

Für im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz versicherte, in Deutschland wohnende Patienten:

Personen, die im EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz versichert sind, aber in Deutschland wohnen, erhalten gegen Vorlage des Anspruchsnachweises ihres ausländischen Krankenversicherungsträgers (E 106, E 109, E 120, E 121) von der gewählten deutschen Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte und haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen vertragszahnärztlichen Sachleistungen, als ob sie bei der deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hin-

sichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (zum Beispiel Praxisgebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt.

Der Vertragszahnarzt rechnet die erbrachten Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab.

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, eine Privatvergütung zu fordern. Wird die Krankenversichertenkarte innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Zahnarzt verpflichtet, das Honorar zu er-

statten und mit der aushelfenden deutschen Krankenkasse abzurechnen.

In einem Abkommensstaat Versicherte

„Abkommensstaaten“ im Sinne des Verfahrens sind: Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien.

Bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland:

Personen, die in einem mit Deutschland über ein völkerrechtliches Abkommen zur Sozialen Sicherung verbundenen Land („Abkommensstaat“) versichert sind und bei einem vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland plötzlich erkranken, müssen zunächst ihren ausländischen Anspruchsnachweis (BH 6, D/HR 111, D/RM 111, Ju 6, A/T 11, A/TN 11) bei einer deutschen Krankenkasse ihrer Wahl in einen Erfassungsschein umtauschen. Der Leistungsanspruch ist in diesen Fällen auf sofort notwendige Leistungen (!) beschränkt; der Erfassungsschein enthält einen entsprechenden Einschränkungsvermerk.

Liegt – für den Zahnarzt ersichtlich – eine Erkrankung (beziehungsweise Gebissituation) vor, die bereits vor der Einreise nach Deutschland begonnen hat, besteht ein Anspruch auf vertragszahnärztliche Behandlung nur, wenn der ausländische Versiche-

lungsträger die Behandlung genehmigt hat und der Patient einen Erfassungsschein der aushelfenden deutschen Krankenkasse ohne Einschränkungsvermerk vorlegt.

Der Vertragszahnarzt rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab. Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Wendet sich der Versicherte mit dem Anspruchsnachweis seines Heimatlandes direkt an den Zahnarzt, ist er – soweit es der Gesundheitszustand zulässt – vor Behand-

den Erfassungsschein gedeckten Leistungsumfang hinausgehen, ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, eine Privatvergütung seiner Leistungen zu fordern.

Für mit Genehmigung des ausländischen Krankenversicherungsträgers zur Behandlung eingereisten Patienten:

Hat sich ein in einem Abkommensstaat Versicherter – für den Zahnarzt ersichtlich – nach Deutschland begeben, um eine zahnärztliche Behandlung zu erhalten, besteht ein Anspruch auf vertragszahnärztliche Behandlung nur, wenn der zuständige ausländische Kostenträger die Behandlung vor der

ten zusätzlich einen Hinweis, dass der Zahnarzt in dringenden Fällen bereit sein wird, sich den Erfassungsschein bei Vorlage des Anspruchsnachweises bei der aushelfenden Krankenkasse selbst zu besorgen. Anderenfalls ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, bei Nichtvorlage des Erfassungsscheins eine Privatvergütung zu fordern.

Wird der Erfassungsschein innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist er verpflichtet, das Honorar an den Patienten zu erstatten und die Behandlung über den Erfassungsschein mit der aushelfenden deutschen Krankenkasse abzurechnen.

Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch den Erfassungsschein gedeckten Leistungsumfang hinausgehen, ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, eine Privatvergütung seiner Leistungen zu fordern.

Für in Deutschland wohnende Patienten aus den Abkommensstaaten:

Personen, die in einem Abkommensstaat versichert sind und in Deutschland wohnen, erhalten gegen Vorlage des Anspruchsnachweises ihres ausländischen Versicherungsträgers von der aushelfenden deutschen Krankenkasse eine Krankenversicherungskarte und haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen vertragszahnärztlichen Sachleistungen, als ob sie bei einer deutschen Krankenkasse versichert wären. Auch hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (zum Beispiel Praxisgebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt.

Der Vertragszahnarzt rechnet die erbrachten Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab.

Bei Nichtvorlage der Krankenversicherungskarte ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, eine Privatvergütung zu fordern. Wird die Krankenversicherungskarte innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Zahnarzt verpflichtet, das Honorar zu erstatten und mit der aushelfenden deutschen Krankenkasse abzurechnen. KZBV



Foto: CC

lungsbeginn an eine Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen. Anderenfalls ist der Zahnarzt berechtigt und verpflichtet, bei Nichtvorlage des Erfassungsscheins eine Privatvergütung zu fordern. Wird der Erfassungsschein innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht, ist der Zahnarzt verpflichtet, das Honorar an den Patienten zu erstatten und die Behandlung über den Erfassungsschein mit der aushelfenden deutschen Krankenkasse abzurechnen.

Kein Anspruch besteht auf nicht sofort notwendige Leistungen, die bis zu der vom Patienten ohnehin beabsichtigten Rückkehr in sein Heimatland zurückgestellt werden können, ohne die Gesundheit des Betroffenen zu gefährden oder sein körperliches Wohlbefinden in unzumutbarer Weise zu beeinträchtigen. Wünscht der Patient ausdrücklich Leistungen, die über den durch

Inanspruchnahme ausdrücklich genehmigt hat (BH 5, D/HR 112, D/RM 112, Ju 5, A/T 12, A/TN 12) und der Versicherte einen Erfassungsschein der aushelfenden deutschen Krankenkasse ohne Einschränkungsvermerk vorlegt.

Der Vertragszahnarzt rechnet die erbrachten Leistungen zulasten der aushelfenden deutschen Krankenkasse ab. Die Abrechnung gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Wendet sich der Versicherte mit dem Anspruchsnachweis seines Heimatlandes direkt an den Zahnarzt, ist er – soweit es der Gesundheitszustand zulässt – vor Behandlungsbeginn grundsätzlich an die Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen. Die von einigen ausländischen Versicherungsträgern ausgestellten Anspruchsnachweise enthal-

Gynäkologische Reisen im kleinen Grenzverkehr über die Oder

Furiöse Fekundität in Schwedt

Das Gesundheitswesen der EU ist durch Neuzugänge um eine Facette reicher geworden. Es hat einen Neologismus kreiert, der das Zeug zum Wort des Jahres hat: Geburtstourismus.

Polnische Frauen haben eine Möglichkeit entdeckt, wie sie schöner gebären können. Sie kommen hochschwanger über die Oder in die deutsche Klinik Schwedt, die vom Grenzübergang nur zwei Kilometer entfernt liegt (nach Stettin sind es nur 50 Kilometer), erklären dort, sie seien ein Notfall, und einen solchen kann bekanntlich kein Arzt zurückweisen. Sie gebären in der uckermärkischen Nordwestecke der Bundesrepublik eine kleine Polin oder einen kleinen Polen, verlassen meist geschwind wieder das gastliche Haus und melden die Neugeborenen flugs in Polen an.

So weit, so trickreich schön und eigentlich nur zum Schmunzeln geeignet. Denn würde es bei einzelnen Notfällen bleiben, wäre das nicht weiter aufgefallen. Da aber im Jahr bis zu 200 Frauen aus der Nachbarschaft jenseits der Oder sich drängen, um nicht zuletzt den vergleichsweise hohen Standard der Schwedter Klinik wahrzunehmen, sind die Krankenkassen misstrauisch geworden – auf polnischer wie auf brandenburgischer Seite. Beide müssen sparen, weil sie gleichermaßen klamm sind, die Polen sogar noch ein bisschen mehr, weil sie der Segnungen des deutschen Risikosturkturausgleiches nicht teilhaftig werden, zumindest nicht länderübergreifend sondern nur – wie geschildert – im kleinen Grenzverkehr. Sie haben eine Einheitskasse, den Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ).

Werbung in Polen

Und hier beginnen die postnatalen Komplikationen. Eine EU-Vereinbarung sieht vor, dass die deutschen Krankenkassen im Falle einer Notgeburt die Kosten für die niedergekommene Polin übernehmen und anschließend vom NFZ erstattet bekommen. Nun glauben aber beide Kassen nicht mehr an den Wahrheitsgehalt der Notentbindung

gen, die sich just in Schwedt häufen. Die AOK Brandenburg zahlt, wenn überhaupt, nur noch unter Vorbehalt, der NFZ zahlt einstweilen gar nicht, und das Krankenhaus jammert, dass es auf den Kosten sitzen bleibe. Der anhängige Betrag, den allein die AOK Brandenburg für 173 Fälle gezahlt,



Foto: PD

Nachwuchs für Europa: Im Zweifels- oder Notfall kommt er beim EU-Nachbarn zur Welt – und beschäftigt die internationale Versicherungswirtschaft.

aber vom NFZ bisher nicht zurückerhalten hat, ist inzwischen auf runde 430 000 Euro angewachsen. Der NFZ wiederum spricht von etwa 800 000 Euro Kosten, die in zwei Jahren als Forderungen ihm gegenüber aufgelaufen sind. Die Rechnungen stimmen ziemlich nachvollziehbar trotz der unterschiedlichen Beträge überein, weil sie sich auf unterschiedliche Zeiträume beziehen. Eine durchschnittliche Geburt kostet in Polen runde 400 bis 600 Euro, in Schwedt aber zwischen 2 000 und 3 000 Euro. Der NFZ wie die AOK Brandenburg

schließen rechtliche Schritte nicht mehr aus, wie man hört. Die Deutschen gegen die Klinik, der NFZ wider die in seinen Augen transnational wie dissozial gebärenden Landsmänninnen. Nach Beschluss Nr. 195 der EG-Verwaltungskommission ist ein Leistungsanspruch ausgeschlossen, wenn Patientinnen sich bewusst zum Zweck der Entbindung nach Deutschland begeben, vielleicht sogar, nachdem sie sich bei vorherigen Besuchen in Schwedt beraten lassen haben. Dieses Procedere scheint man bei der „märkischen Gesundheitskasse“, wie sich die brandenburgische AOK mitunter auch nennt, nicht mehr ganz auszu-

schließen. Sie behält sich überdies Rückforderungen schon geleisteter Zahlbeträge gegenüber der Klinik vor. Indessen rühmen Frauen in ganz Westpolen die Schwedter gynäkologische Ausstattung. Hierin ist wohl auch der Grund zu suchen, dass in der Uckermark besonders häufig die Wehen „überraschter“ polnischer Frauen einsetzen.

Die EU-eigene Besonderheit scheint darüber hinaus, wie NFZ und AOK wännen, nicht nur die Erfindungsgabe der werdenden Mütter jenseits der Oder herauszufor-

dern, sondern auch das Ingenium der Klinikleitung. Dies meint jedenfalls Jörg Trinogga, Pressesprecher der AOK Brandenburg: „Es gibt Hinweise, dass das Uckermark-Krankenhaus in Polen massiv Werbung gemacht hat.“ Vor etwa einem Jahr seien überdies in Stettin angeblich Prospekte der Klinik verteilt worden, die jetzt Asklepios heißt, und im polnischen Internet sei über die Möglichkeiten einer Entbindung in Schwedt diskutiert worden. Bis vor kurzem hatte die Klinik außerdem einen populären polnischen Chefarzt, der jetzt in Rente ist, sich aber offensichtlich im produktiven Unruhestand nebenbei im nahe gelegenen Kreiskrankenhaus Prenzlau segensreich betätigt. Dort ist wunderbarer Weise nach seiner Übersiedlung die Zahl der polnischen Entbindungen angestiegen. Die Fama scheint ihm vorangeeilt zu sein. Er hatte zuvor schon in Polen, sagt der Schwedter Klinik-Geschäftsführer Michael Jürgensen, „einen hohen Bekanntheitsgrad“. „Langfristig aber“, setzt Trinogga dagegen, „ist die Klinik auf eine Kooperation mit den Krankenkassen angewiesen. Das Gesundheitswesen kann nur funktionieren, wenn man miteinander und nicht gegeneinander agiert.“ Im Prinzip spricht Trinogga dabei für zwei weitere deutsche Kassen mit. Auch die Barmer Ersatzkasse und die Technikerkrankenkasse sind im Brandenburgischen mit betroffen. Die Hauptlast fällt freilich der AOK auf die Füße. Die Sache hat aber noch einen anderen Haken. Er ist, um im Bild zu bleiben, fast noch gekrümmter als die Berechnungen der Krankenkassen, tangiert diese aber nicht, weil anfallende Rechnungen privat bezahlt werden. Der „Märkischen Oderzeitung“ sagte der Schwedter Klinikmanager Jürgensen, etwa 170 Frauen (nicht nur aus Westpolen) kämen im Jahr in seine Klinik zum Schwangerschaftsabbruch.

Hier legal, da illegal

Abtreibungen stehen nach der politischen Wende in Polen seit 1993 wieder unter strengen Strafen, zwar nicht für die Frauen, aber für die durchführenden Ärzte, die hohe Geldstrafen oder gar ein Berufsverbot

zu gewärtigen haben, wenn sie ertappt werden.

Abgebrochen werden darf eine Schwangerschaft im Nachbarland nur aus wenigen Gründen, beispielsweise wenn sie als Folge einer Vergewaltigung zustande gekommen ist, wenn die Schwangerschaft die werdende Mutter gefährdet oder beim Fötus Missbildungen zu fürchten sind. Hoffen darf man, dass die verletzlichen deutsch-polnischen Beziehungen nicht auch noch an dieser Stelle unter Irritationen zu leiden haben. Divergenzen im Abtreibungsrecht riechen geradezu nach dem Stoff, aus dem nicht selten die Storys von „Radio Maria“ sind, einem populären, erzkatholischen Radiosender jenseits der Oder. Er ist schon mehrfach nicht vor Beiträgen zurückgeschreckt, die der grenzüberschreitenden Verständigung eher abträglich waren. Beide Seiten haben es eh nicht leicht, ihre mitunter übernervösen Pferde in Zaum zu halten.

In Deutschland entscheidet über einen Schwangerschaftsabbruch letztendlich allein die werdende Mutter. Sie ist aber verpflichtet, sich beraten zu lassen und muss nach der Beratung mindestens drei Tage Bedenkzeit einlegen, bevor sie sich für den Eingriff entscheidet. Überdies lohnt sie dafür in Schwedt beispielsweise runde 400 bis 500 harte Euro aus der Privatschatulle. Eine der Mitarbeiterinnen von „Pro Familia“, einer Institution, die in Fragen der Verhütung, Schwangerschaft und Elternschaft unter dem Motto „Für selbstbestimmte Sexualität“ republikweit Bundesbürger – und wie sich jetzt herausstellt auch deren Gäste – berät und auch in Schwedt präsent ist, erzählte voller Stolz, kürzlich sei eine von ihr zuvor betreute Polin in Frankfurt an der Oder auf sie zugelaufen, habe ihr freudestrahlend und dankbar mitgeteilt, sie habe sich nach der Beratung für ihr Kind entschieden.

Zweifelsohne findet in diesem Einzelfall die Geschichte über den kleinen gynäkologischen Grenzverkehr nicht nur ein gutes polnisches, sondern überdies ein gutes katholisches Ende. ■

Rudi Mews/Gesundheits-Informationsdienst

Für einen Dogmenwechsel in der zahnärztlichen Standespolitik

Hans Jörg Staehle

Es ist kein Geheimnis, dass die Ausprägung zahlreicher medizinisch relevanter Erkrankungen durch Verhaltensgewohnheiten beeinflusst werden kann. Die aktuelle Diskussion über Fett- und Magersucht in der Bevölkerung gibt dafür ein beredtes Beispiel. Obwohl hier einige Parallelen zwischen Medizin und Zahnmedizin bestehen, versuchen etliche Standespolitiker und Ökonomen in Deutschland seit vielen Jahren, der Zahnmedizin eine Sonderrolle innerhalb der Medizin zuzuordnen. Sie verweisen dabei auf die besondere Verhaltensabhängigkeit oraler Erkrankungen, die eine solche Sonderrolle rechtfertige.

Jüngstes Beispiel dafür ist ein 2007 publizierter Buchbeitrag der Volkswirte P. Oberender und J. Zerth (Weißbuch der ZahnMedizin – Rahmenbedingungen und Handlungsoptionen einer zukunftssicheren Gesundheitsversorgung, Band 1. Herausgeber: Bayerische Landeszahnärztekammer, Landeszahnärztekammer Hessen und Zahnärztekammer Nordrhein. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 2007). Oberender und Zerth plädieren für eine stärkere Privatisierung der zahnmedizinischen Versorgung. Der Patient müsse konsequent als Kunde begriffen werden. Die Ökonomen bringen zum Ausdruck, dass gerade „der Zahnbereich dafür prädestiniert ist, in die Selbst- und Eigenverantwortung überführt zu werden“.

Besonders bemerkenswert erscheint die fachliche Begründung, die die Ökonomen für ihre Vorstellungen liefern. Sie konstruieren zunächst einen grundsätzlichen Unterschied zwischen medizinischen und zahnmedizinischen Gegebenheiten: „So ist beispielsweise bei ernährungsabhängigen Erkrankungen oder auch bei der Problematik des Lungenkrebses als Folge des Rauchens lediglich eine Risikozuordnung abbildbar. Mit anderen Worten lassen sich bei vielen verhaltenssensitiven Krankheiten multifaktorielle Erklärungsmuster ableiten. Bei Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten liegt dagegen ein viel engerer Zusammenhang zwischen individuellem Handeln und medizinischer Behandlungsnotwendigkeit vor.“

Die Autoren behaupten, dass orale Erkrankungen in viel engerem Zusammenhang als bei Allgemeinerkrankungen Folge von Fehlverhalten („Verhaltensabhängigkeit“) seien. Sie verweisen auf eine „kausale personale Verantwortung im Bereich der Zahnmedizin“, die sie in der Medizin in ähnlichem Ausmaß offenbar nicht sehen. Die Verhaltensabhängigkeit konzentrieren sie im weiteren Verlauf ihrer Ausführungen ausschließlich auf das Mundhygieneverhalten des Einzelnen, wobei sie unter Verweis auf Karies einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen der quantitativen Reduktion des Biofilms Plaque und dem Auftreten der oralen Erkrankung als gesichert unterstellen. Diese Ausführungen stehen im Einklang zu



Streitgespräch

Mit seiner Forderung nach einem Dogmenwechsel in der zahnärztlichen Standespolitik setzt sich Autor Prof. Dr. Dr. Staehle kritisch mit der Argumentation von Verhaltensabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit bei Zahnerkrankungen auseinander. Die daraus resultierenden Forderungen diskutierte der Autor in einem zm-Streitgespräch mit dem KZBV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Fedderwitz und dem DGZMK-Pastpräsidenten Prof. Dr. Dr. hc. Meyer am Rande des deutschen Zahnärztetages in Düsseldorf. Das Interview finden Sie auf den Seiten 36 bis 42. mn

früheren standespolitischen Positionen, die ebenfalls einen grundlegenden Unterschied zwischen „multifaktorieller“ Medizin und angeblich sehr eindimensional zu betrachtender Zahnmedizin konstruierten. Neben dem Argument, dass es in der Zahnmedizin so gut wie keine lebensbedrohlichen Erkrankungen gebe, wurde beispielsweise im Jahr 2004 vorgetragen, dass sich die Zahnmedizin insbesondere durch das „Vermeidbarkeitsprinzip“ von der Medizin prinzipiell abhebe (Zitat): „In keinem anderen medizinischen Bereich ist das Auftreten von Krankheiten so sehr abhängig vom Vorsorgeverhalten des Patienten – also: Durch Prävention lässt sich der allergrößte Teil von Zahnerkrankungen vermeiden“ (Fedderwitz, J.: Zahnersatz – Testballon für den Umbau unseres Gesundheitssystems. Statement anlässlich des Presseforums der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 6. Oktober 2004).

Damit wurde seitens der zahnärztlichen Standespolitik eine doppelte Abgrenzung von der Zahnmedizin zur Medizin gefordert:

1. Vorwiegend in der Zahnmedizin ist das Vorsorgeverhalten des Patienten besonders wichtig. In medizinischen Fächern spielt es demgegenüber keine so entscheidende Rolle.
2. Durch präventionsorientierte Verhaltensänderungen lässt sich der „allergrößte Teil von Zahnerkrankungen“ sicher vermeiden. In medizinischen Bereichen ist dies anders zu sehen, weshalb sich auch aus diesem Grund Leistungsbereiche klar abgrenzen lassen.

Es geht um weit mehr als nur das Zähneputzen

Man suggeriert mit solchen Aussagen der Bevölkerung, sie müsse nur ein paar Zahnbürsten mehr kaufen, dann seien die zahnmedizinischen Probleme weitgehend gelöst und es würden auch keine relevanten Kosten mehr entstehen. Durch den Verweis auf die Eigenverantwortung wird betont, jeder habe es selbst in der Hand, ob er orale Erkrankungen erleide oder nicht.

Solche, auf das bloße Zähneputzen (dessen Bedeutung zweifellos sehr groß ist) bezie-



Foto: PD/MEV

Reicht in der Medizin und Zahnmedizin der Appell an die Eigenverantwortung? Eine moralisierende oder gar beschuldige Position ist kein Allheilmittel.

hungsweise das Konzept der unspezifischen Plaquehypothese reduzierte Betrachtungen geben jedoch nicht mehr den aktuellen Wissensstand wieder, der gerade bei oralen Erkrankungen (einschließlich Karies und Parodontopathien) inzwischen von einem besonders komplexen multifaktoriellen Geschehen mit einem Zusammenwirken von vielfältigen exogenen und endogenen Einflüssen ausgeht.

Die jüngste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV) hat unter anderem ergeben, dass das aktive Mundgesundheitsverhalten der in Deutschland lebenden Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich gestiegen und international gesehen vergleichsweise hoch ist. Der Mundgesundheitszustand hat sich in verschiedenen Altersstufen hierzulande verbessert. Bei älteren Menschen findet sich eine größere Zahl eigener Zähne, allerdings scheint dies mit einem Steigen (!) von Wurzelkaries und schweren Parodontopathien verbunden zu sein.

Auch wenn die aktuellen Zahlen etliche unterschiedliche Interpretationen zulassen, so ist zumindest folgender Umstand belegt: Immer noch weit über die Hälfte der in Deutschland lebenden Erwachsenen leidet heute unter ernsthafte Erkrankungen der Mundhöhle, wobei sich mit zunehmendem Alter die Ausprägung deutlich verschlimmert.

Daraus ergeben sich für die zahnmedizinischen Fachdisziplinen erhebliche Herausforderungen, die mehrdimensionale Betrachtungsweisen nahe legen. Gefragt sind hier



in besonderer Weise die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Es ist heute allgemein anerkanntes Wissen, dass das Auftreten von oralen Erkrankungen einschließlich Karies und Parodontopathien wesentlich differenzierter gesehen werden muss, als dies bislang der Fall war. Neben den unstrittig sehr bedeutsamen äußeren Faktoren, wie Konsum von Nahrungs- und Genussmitteln, Fluoridangebot und Mundhygiene, spielen zahlreiche innere Faktoren, wie genetische Ausstattung, Immunregulation, Stressverarbeitung, Allgemeinerkrankungen und dergleichen mehr, eine wesentlich größere Rolle als bisher vermutet. Hinzu kommen die zahlreichen psychosozialen Einflüsse, die über Gesund- oder Kranksein entscheiden und die engen Verflechtungen von Allgemein- und Zahnmedizin belegen.

Sämtliche verfügbaren epidemiologischen Daten ergeben, dass sich durch den zahnmedizinischen Fortschritt und eine Verbesserung des aktiven Mundgesundheitsverhaltens bei einem Teil der Population orale Erkrankungen in ihrer Ausprägung zwar vermindern oder auf einen späteren Zeitpunkt hinausschieben, nicht jedoch völlig verhindern lassen. Nicht ohne Grund zählen Karies und Parodontopathien nach wie vor welt-

weit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen. Was für einzelne Menschen unter bestimmten Idealbedingungen realisierbar erscheinen mag, gilt noch lange nicht für eine größere Population.

Denkt man die Ideologie der Ökonomen konsequent weiter, wird dies in kurzer Zeit zu etlichen Widersprüchen führen: Viele gesundheitsbewusste Menschen, die durch erhöhte lebenslange Anstrengungen in ihrem aktiven Gesundheitsverhalten ihre Zähne länger behalten als früher, müssen nämlich trotz erheblicher Bereitschaft zu medizinischer Eigenverantwortung damit rechnen, dass sie im Alter mit beträchtlicher Wahrscheinlichkeit an (Wurzel-)Karies, Erosionen, Abrasionen, Attritionen, Traumata, schwerer Parodontitis und anderen, prinzipiell der Prävention zugänglichen oralen Erkrankungen leiden werden.

Gegen eine Generalhaftung

Mit anderen Worten: Erhöhte medizinische Eigenverantwortung kann unter optimalen Lebensbedingungen zwar zu einer längeren Zahnerhaltung und damit verbesserten Lebensqualität beitragen. Sie führt aber nicht automatisch dazu, dass keine gravierenden oralen Erkrankungen mehr auftreten.

So wie in anderen medizinischen Disziplinen längst bekannt, wird sich bald auch in der Zahnmedizin zeigen, dass man mit erhöhter medizinischer Eigenverantwortung ökonomische Probleme nicht ohne Weiteres endgültig lösen kann.

Es dürfte schwierig werden, ausgerechnet die Folgen erhöhter medizinischer Eigenverantwortung ebenfalls als „Fehlverhalten“ zu interpretieren und einen Großteil der Bevölkerung deshalb in eine Art „medizinische Generalhaftung“ zu nehmen. Auch der Tatsache, dass die Menschen immer älter werden und dabei mehr orale Erkrankungen verschiedenster Art erleiden, werden wir mit ideologisch motivierten Hinweisen auf „vermeidbare“ Erkrankungen wohl kaum befriedigend begegnen können.

Die von einigen Standespolitikern und Ökonomen bis vor kurzer Zeit unermüdlich aufgestellte Forderung, die Behandlung oraler Erkrankungen müsse von den Betroffenen deshalb selbst finanziert werden, da diese in unmittelbarer Kausalität Folge ihres eigenen Verhaltens seien, ist zumindest medizinisch in dieser Vereinfachung längst nicht mehr haltbar. Die Standespolitik ist deshalb gut beraten, sich andere Begründungen zu suchen, um die Zahnmedizin aus den Zwängen eines budgetierten Gesundheitshaushaltes und anderen Einschränkungen herauszuführen. Es gibt innerhalb der standespolitischen Gremien inzwischen durchaus differenzierte Stimmen, die eine Richtungsänderung der bisherigen Sichtweise eingeschlagen haben. Allerdings werden sie in der Fachöffentlichkeit noch wenig wahrgenommen.

Für jene standespolitischen Wortführer, die ihre bisherige Argumentation beibehalten, wird es nicht mehr lange dauern, bis sie in erhebliche Konflikte mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand geraten. Sie sollten deshalb eine offene Grundsatzdiskussion führen und prüfen, ob ihre Vorstellungen wirklich geeignet sind, mit den anstehenden (zahn)medizinischen, demografischen und sozialen Veränderungen angemessen umzugehen.

Wenn politische Entscheidungsträger eine weitere Privatisierung im Gesundheitswesen beabsichtigen, werden sie Mittel und Wege

finden, ihre Ziele umzusetzen. Die (zahn)medizinische Wissenschaft sollte jedoch zumindest dann Position beziehen, wenn fragwürdige medizinische Argumente herangezogen werden. Dies gilt insbesondere für den Begriff der medizinischen Eigenverantwortung, deren Förderung gerade für das Anliegen der Präventiven Zahnheilkunde von so immenser Bedeutung ist, dass sie nicht für andere Zwecke instrumentalisiert werden darf.

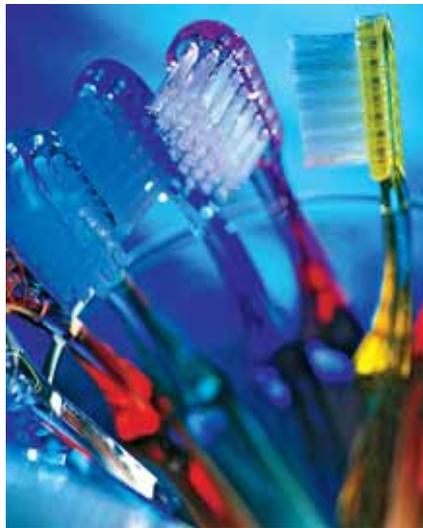


Foto: Corbis

Mit „nur ein paar Zahnbürsten mehr“ lassen sich die künftigen Herausforderungen in der zahnmedizinischen Versorgung nicht bewältigen.

Eine ökonomisch und/oder ideologisch motivierte Reduktion der Betrachtungen auf eine „eigenverantwortete Verhaltensabhängigkeit“ oraler Erkrankungen könnte sich als Bumerang erweisen. Davor sollte die Zahnärzteschaft als Vertreterin einer medizinischen Disziplin, der eine große Bedeutung für die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung zukommt, bewahrt werden. Schon vor diesem Hintergrund ist das Dogma einer Sonderstellung zahnmedizinischer Erkrankungen kritisch zu hinterfragen.

Moralposition hilft nicht

Eine konsensfähige standespolitische Argumentation könnte darin bestehen, Erfolge und Defizite in der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung aufzuzeigen und darzulegen, warum nach Ansicht der Zahnärzteschaft ein gut qualifizierter und

honorierter, freier und selbstverwalteter Berufsstand am ehesten die Gewähr dafür bietet, eine hohe Mundgesundheit breiter Bevölkerungskreise zu erzielen.

Die Darstellung von Versorgungsbedarf (input) und Versorgungsleistungen (output) sowie der Bezug zum tatsächlichen Erreichen gesundheitlicher Ziele (outcome), wie dies in der Versorgungsforschung formuliert wird, dürfte darüber hinaus dazu beitragen, die verkrusteten Streitrituale verschiedener Interessengruppen etwas aufzubrechen und in eine Diskussionsoffensive zu treten. Damit könnten auch Vorschläge zur Finanzierung zahnärztlicher Leistungen in einen besseren Bezug zum „outcome“ gesetzt werden. Wenn es gelingt, deutlich zu machen, welche Effekte durch einen höheren oder niedrigeren Finanzfluss auf die Mundgesundheit beziehungsweise die Quantität und Qualität der zahnärztlichen Versorgung in der Bevölkerung ausgeübt werden, lassen sich Finanzierungsfragen aus einer übergeordneten Perspektive beleuchten – durchaus nicht zum Nachteil der Zahnärzteschaft.

In der öffentlichen Diskussion wird die Zahnärzteschaft zuweilen immer noch als Berufsgruppe wahrgenommen, die vornehmlich für ihre eigenen Vorteile kämpft, während es Kostenträger und Politiker besser verstanden haben, sich als Interessenvertreter von Patienten darzustellen. Die Daten der Versorgungsforschung dürften dazu beitragen, dieses Bild zu korrigieren.

Eine die Bevölkerung behelende oder gar beschuldigende Moralposition („Zahnkranken fehlt es doch nur an Eigenverantwortung“) erscheint wenig hilfreich. Besser ist es, wenn sich die Zahnärzteschaft im derzeitigen Ökonomisierungswettlauf der diversen im Gesundheitswesen agierenden Gruppierungen mehr und mehr als diejenige Institution präsentiert, die als zuverlässigster Anwalt für die Mundgesundheit aller Bevölkerungsteile zu betrachten ist.

*Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten des Universitätsklinikums Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg
hans-joerg.staehle@med.uni-heidelberg.de*

Dogmenwechsel oder systemischer Wandel

Die Erkenntnisse in der zahnmedizinischen Versorgungsforschung stellen große Herausforderungen an das deutsche Gesundheitssystem. Die zm luden zum Streitgespräch über Problemlage, anstehende Aufgaben und künftige Ausrichtung der Zahnmedizin. Rede und Antwort standen DGZ-Präsident Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, DGZMK-Pastpräsident Prof. Dr. Dr. hc. Georg Meyer und KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz.

zm: Herr Prof. Staehle, in der gesundheitspolitischen Diskussion schwelt nach wie vor der Gedanke, die Zahnmedizin aus dem Leistungskatalog der GKV zu streichen. Sie als DGZ-Präsident bezweifeln, dass ein solcher mit der Vermeidbarkeit von Zahnerkrankungen und der Eigenverantwortung des Patienten gekoppelter Schritt haltbar ist und fordern hier einen Dogmenwechsel. Warum?

Prof. Staehle: Ich halte eine Verknüpfung standespolitischer Forderungen mit moralisierenden Hinweisen auf Verhaltensabhängigkeit oder Vermeidbarkeit von Erkrankungen für fachlich angreifbar und gesellschaftspolitisch sehr gefährlich. Man macht es sich zu einfach, wenn man ganze Bevölkerungsgruppen mit dem Hinweis „Euch fehlt es doch nur an Eigenverantwortung“ in eine Art medizinische Generalhaftung nimmt. Gerade die KZBV hat in den letzten Jahren nach meiner Einschätzung hier eine etwas unrühmliche Rolle gespielt. Der höchste Repräsentant der deutschen Vertragszahnärzte begründete beispielsweise im Jahr 2000 seine Vorstellungen zu Systemveränderungen damit, dass – ich zitiere – „Mundferkel mit ihrer Unvernunft andere nicht belasten dürften“. Sie, Herr Kollege Fedderwitz, konstruierten 2004 ebenfalls einen grundsätzlichen Unterschied zwischen Zahnmedizin und Medizin, um ihren Forderungen nach Ausgliederung von Leistungen aus der GKV Nachdruck zu verleihen. Dabei verwiesen Sie zum einen darauf, dass es in der Zahnmedizin so gut wie keine lebensbedrohlichen Erkrankungen gebe. Zum anderen begründeten Sie Ihre Position wie folgt – ich zitiere

wieder: „... in keinem anderen medizinischen Bereich ist das Auftreten von Krankheiten so sehr abhängig vom Vorsorgeverhalten des Patienten – also: Durch Prävention lässt sich der allergrößte Teil von Zahnerkrankungen vermeiden“.

Ich bin zwar ein sehr überzeugter Verfechter von präventionsorientierter Zahnmedizin. Aber ich halte dies für eine nicht ganz unproblematische Argumentation, da bekanntlich weder die fehlende Lebensbedrohlichkeit noch die Vermeidbarkeit von Krankheiten ein zahnmedizinisches Alleinstellungsmerkmal sind. Seit Jahren ist das gebetsmühlenartig vorgetragen worden, oft verknüpft mit der fragwürdigen Be-



Kann Deutschlands Zahnmedizin angesichts anstehender Herausforderungen ihre Sonderrolle im System halten? Über die künftigen Weichenstellungen der zahnärztlichen Versorgung scheiden sich die Geister. Im Streitgespräch (v.l.n.r.): Dr. Jürgen Fedderwitz, Prof. Dr. Dr. hc. Georg Meyer ...

hauptung, die Bevölkerung müsse sich nur ein paar Zahnbürsten mehr kaufen, dann wären die zahnmedizinischen Probleme gelöst. Was mich besonders stört, ist, dass die Geister, die hauptsächlich von der zahnärztlichen Standespolitik über Jahrzehnte gerufen worden sind, uns jetzt zum Teil auch in der Medizin einholen – etwa wenn Forderungen nach Sanktionen für überge-

wichtige Menschen mit falscher Ernährung oder zu wenig Bewegung erhoben werden. Es ist interessant, dass die Ärzte hier vollkommen anders reagieren als die Zahnärzteschaft. Die wollen – ich zitiere – „nicht als Denunzianten bei selbst verschuldeten Krankheiten fungieren“.

zm: Herr Dr. Fedderwitz, ist denn das heute von Ökonomen und Teilen der Politik nach wie vor präferierte „Raus aus der GKV“ tatsächlich Dogma? Und ist es für die Zahnärzteschaft – auch wenn man die medizinische Entwicklung dabei berücksichtigt – nach wie vor ein gangbarer Weg?

Dr. Fedderwitz: Ich finde es etwas unredlich, ein Zitat der Ärzte aus dem Jahr 2007 mit Zitaten von mir aus 2004 und Dr. Schirbort aus 2000 zu vergleichen und zu sagen, die Einen seien die Vernünftigen, die Anderen die Ewiggestrigen. Offensichtlich haben noch nicht alle mitbekommen – Prof. Staehle auch nicht –, welche Position die KZBV einnimmt. Wir haben vor zwei Jahren auf einer denkwürdigen VV dieses Dogma „Raus aus der GKV“ im Grunde geschleift.

In Zeiten totaler Budgetierung hatte das „Raus aus der GKV“ aus medizinischen und versorgungspolitischen Gründen nicht nur eine gewisse Berechtigung. Es war unter damaligen Umständen für die Versorgung der Patienten ein zukunftsweisender Weg. Dann haben wir durch die Umwälzungen in den Strukturelementen der GKV ein ganz wesentliches Element bekommen: Die Festzuschuss-Regelung beim Zahnersatz. Die ging mit einer Auflösung der Budgets einher. Auf diese Weise war es den Zahnärzten möglich, ihren Patienten das zu geben, was zu Zeiten einer umfassenden GKV-Strukturierung mit einem festbegrenzten Leistungskatalog nicht möglich war: Sie teilhaben zu lassen am wissenschaftlichen Fortschritt. Sicher ist: Alles für alle geht in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Wir sind uns alle einig, dass man in dieser Republik

das Sozialversicherungssystem beibehalten will, trotz immer knapper werdender Ressourcen. Die sind nicht knapper geworden, weil wir zu viel geldgierige Ärzte oder Zahnärzte haben. Nein, das hat andere Gründe: Es geht um die Kosten für den wissenschaftlichen Fortschritt, die allgemeinwirtschaftliche Situation, auch um die Zahl der Beitragszahler, die der Rentner und dergleichen mehr.

Wenn wir wollen, dass es in dieser Republik für alle lebensbedrohlichen Maßnahmen ohne Rücksicht auf den Geldbeutel eine umfassende, optimale, maximale Versorgung gibt, dann kostet das Geld. Dann muss man sich auch fragen, wo kann man möglicherweise Geld andernorts einsparen. Von einem Diabetiker erwartet man, dass er im Wissen, dass er krank ist – auch wenn es ihm in die Wiege gelegt worden ist – seine Lebensart, seine Lebensumstände ein bisschen mit seiner Krankheit in Einklang bringen muss.

Kein Zahnarzt – und die KZBV schon gar nicht – hat irgendwann mal gesagt, mit ein paar Zahnbürsten kann man so ein Thema bewältigen. Ich bleibe aber dabei: Wenn es möglich ist, dass man durch eigene Leistung wesentliche Krankheitssymptome, Krankheitsursachen steuern kann, mit beeinflussen kann, dann sollte man in diesen Zeiten auch daran denken, das in die Strukturen mit aufzunehmen. Das ist mit diesem schönen, von Ihnen nicht geliebten Wort Eigenverantwortung der Fall.

In Zeiten knapper Ressourcen kommen nun mal die Ökonomen auf die Idee und sagen: „Wenn wir denn schon nicht so viel Geld zu verteilen haben, dann müssen wir wesentlich sehen, dass man das Geld richtig – und was richtig ist, darüber streitet man in allen Bereichen – verteilen muss.“ Wenn wir nicht dieses System hätten, sondern ein anderes – nehmen wir das in der Schweiz oder das in den Niederlanden – dann gäbe es dort die Möglichkeit des Patienten, sich anders zu versichern. In diesen Versicherungen ist dann auch ein gewisser Leistungsumfang enthalten. Ich habe heute morgen aus dem Statement von Prof. Meyer bei der Pressekonferenz noch zwei Beispiele prägend im Kopf. Er hat darauf hingewiesen, dass Speichel zukünftig ein wesentliches Diagnostik-

instrument sein kann und dass man sich eventuell mit den Ärzten darüber streiten wird, wie man das dann auch in der Abrechnung behandelt. Er hat auch auf die Schmerzbehandlung in seinem Fachgebiet hingewiesen und deutlich gemacht, dass nicht klar ist, aus welchen Budgets die Behandlung eigentlich bezahlt werden soll.

Eins sage ich ganz eindeutig: Ich bin hochgradig dafür, dass solche Leistungen, egal ob vom Zahnarzt oder Arzt erbracht, auch entsprechend von einer Versicherung bezahlt werden. Ich bin total dagegen, dass neue Leistungen in ein altes zahnärztliches Budget integriert werden. Ich bin auch



Fotos: M. Brakel

... und Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle

nicht dafür, dass diese neuen Leistungen automatisch in den Katalog genommen werden, weil ich nicht der Meinung bin, dass genügend Geld ins System fließen wird. Und auch die private Krankenversicherung arbeitet inzwischen darauf hin, nicht mehr das angemessen zu bezahlen, was Zahnmedizinstudenten in Deutschland vermittelt bekommen, mit dem sie nach Stand der Wissenschaft ausgebildet in den Berufsstand gehen und dann feststellen, dass sie es nicht umsetzen können.

Deshalb sollten wir eben nicht moralisierend darüber debattieren, wer hier welche Tipps gibt. Wir müssen uns vielmehr fragen: Wie können wir all das, was wir gemeinsam beklagen – und das ist wahrscheinlich ziemlich deckungsgleich –, wie können wir das in ein anderes System bringen?

zm: Herr Prof. Meyer, in der Zahnmedizin hat sich in den letzten Jahren das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten massiv erweitert. Ist denn das, was heute geht, eindeutig nach dem Prinzip von Muss- oder Kann-Leistung trennbar?

Prof. Meyer: Wenn die aktuelle Forschung Wechselwirkungen zwischen allgemeinen und oralen Erkrankungen feststellt, müssen wir in völlig andere Richtungen denken und diskutieren. Das sind ganz andere Voraussetzungen für die Erbringung. Da müsste man sich dann überlegen, welchen Bereichen das zugeordnet wird. Wenn man meinetwegen Kopfschmerzen in der Zahnmedizin behandelt, Parodontal-Erkrankungen mit Allgemeinerkrankungen, etwa mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vergleicht und sieht, dass es da eindeutige Wechselwirkungen und Abhängigkeiten gibt, dann stellt sich wirklich die Frage, wo das budgetmäßig zugeordnet werden muss. Das ist Sache der Standespolitiker. Ich kann nur als Wissenschaftler darauf hinweisen, dass dort neue Bereiche auf uns zukommen werden, die nicht ohne sind.

Und zu den Muss- und Kann-Leistungen. Es gibt zweifellos bestimmte Muss-Leistungen, die eindeutig sind. Es gibt bestimmte Kann-Leistungen oder Überlappungsleistungen, wo man nicht mehr genau sagen kann, ist das jetzt eine Grund- oder Wahlleistung. Wenn Sie in einem Siebener vier Kanäle behandelt

haben, wo liegen da die Grenzen? Auf der einen Seite sagt die Wissenschaft, man kann mit dem Restgebiss bis zum Sechser kauen, ohne Zweifel. Aber ich selber würde mir das schwer überlegen, wenn ich sage, der Siebener wird nicht behandelt, der wird gezogen. Das sind Grenzgebiete, wo ich als Außenstehender, was Abrechnung angeht, nicht eindeutig trennen kann zwischen Muss- und Kann-Leistung. Ich kann mir auch vorstellen, dass unter bestimmten Voraussetzungen als Grundversorgung Implantate eingesetzt werden müssen, damit manche Patienten noch kauen können.

Dr. Fedderwitz: Das haben wir ja jetzt schon.

„Ich halte eine Verknüpfung standespolitischer Forderungen mit moralisierenden Hinweisen auf Verhaltensabhängigkeit oder Vermeidbarkeit von Erkrankungen für fachlich angreifbar und gesellschaftspolitisch sehr gefährlich.“

Prof. Staehle

zm: Herr Dr. Fedderwitz, die KZBV verhandelt, wo innerhalb der gegenwärtigen Systematik die Grenzen gezogen werden zwischen dem, was GKV-Leistung ist und dem, was dort nicht hineingehört. Gibt es keine Möglichkeit für klare Definitionen der Grenzen zwischen „Muss“- und „Kann“-Zahnmedizin?

Dr. Fedderwitz: Wir haben ja das Glück, das leisten zu können, und da sind wir, glaube ich, auch einer Meinung: Da überlappt sich in der Tat, wie Prof. Meyer sagt, einiges. Wir haben auf der einen Seite in der Zahnmedizinischen Versorgung eine feststellbare Therapienotwendigkeit und wir haben in vielen Fällen mehrere Therapie-Alternativen, am augenfälligsten beim Zahnersatz. Die Bevölkerung hat mittlerweile längst anerkannt, wie persönliche Präferenzen einfließen. Sie sind ja oftmals Ästhetik und Komfortgedanken geschuldet. Man weiß, das kann im Grunde keine gesetzliche Krankenversicherung zahlen, zumindest nicht in diesen Zeiten. Wir werden in der GKV nie mehr bessere Zeiten bekommen, es sei denn, wir stoßen wie in Norwegen auf ergiebige Ölquellen.

Wenn wir das also wissen, dann geht es in der Tat darum, eine Grundversorgung zu definieren. Das halte ich für notwendig im Bereich der chirurgischen Leistungen. Da gibt es auch keine große Unterscheidung zwischen GKV und PKV. Es gibt also wesentliche Leistungsbereiche in der zahnärztlichen Versorgung, die in eine Grundversorgung gehören.

Jetzt stellt sich nur die Frage, wie strukturieren wir diese Grundversorgung? Was spricht dagegen, jeweils eine Versicherung für Grund- und Zusatzleistungen anzubieten oder einzurichten? Der zweite Punkt: Wenn man mal nach Europa schaut, da gibt es nur ganz wenige oder sogar gar kein anderes Land, das den Zahnersatz und die zahnärztliche Versorgung auf einem so hohen sozialen Versicherungsniveau hat. Da bricht ja die Versorgung auch nicht zusammen. Da gehen auch nicht die Hochschullehrer hin und sagen, das läuft alles ganz, ganz schlecht. Da läuft es offensichtlich anders, aber nicht schlechter.

Kann man nicht daran partizipieren? Wenn Ökonomen meinen, dass man sich das

holländische oder das schweizerische Modell mal anschauen sollte, dann haben die das in der Regel nicht bei den Zahnärzten abgeguckt. Die haben meistens nur die ökonomischen Auswirkungen im Blick und halten das für einen möglichen Ausweg. Das mag manchmal ein Irrweg sein. Aber die bezweifeln, ob wir so etwas noch in einem sozialen Versicherungssystem halten müssen.

zm: Herr Prof. Staehle, die volkswirtschaftliche Situation wird mittel- bis langfristig ja nicht besser. Die demografische Entwicklung wird alles noch rapide verschärfen. Die Volkswirte rechnen durchaus damit, dass es bei Beibehaltung des Systems zu einer Verdopplung der Beitragssätze kommen kann. Wenn man das in die Systematik einbinden muss, wie sollen sich die Zahnmediziner denn dann zu solchen Grundsatzfragen stellen?



Dr. Jürgen Fedderwitz

Prof. Staehle: Ich denke, wir brauchen uns da nichts vormachen. Wir haben doch bereits heute eine ausgeprägte Polarisierung der zahnmedizinischen Versorgung und – wenn Sie so wollen – nicht zur ein Zwei-, sondern ein Vielklassensystem. Es wäre falsch, die Augen vor diesen Tatsachen zu verschließen. Insofern halte ich auch flexible Ansätze, wie die Einführung eines befundorientierten Festzuschusses oder auch die Mehrkostenleistungen, für sinnvoll. Gerade in der Zahnerhaltung sind die Mehrkostenleistungen bei Kompositen ein hervorragendes Beispiel, dass das sehr gut funktionieren kann und ausbaufähig ist. Es trägt dazu bei, die Leistungen auf mehreren Schultern zu verteilen und nicht nur eine naturgemäß

leistungsbegrenzte, sondern auch eine leistungsfähige und attraktive Grundversorgung, die von der Bevölkerung akzeptiert und als gerecht empfunden wird, zu gewährleisten.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Selbstverständlich ist es klar, dass zahnärztliche Leistungen adäquat honoriert werden müssen. Aber wenn wir wissen, dass eine zahnärztliche Versorgung aus welchen Gründen auch immer künftig teurer wird, leitet sich für mich nicht die Konsequenz daraus ab, dass wir jetzt zwangsläufig allein auf die Privatisierung setzen. Für mich leitet sich daraus ab, dass wir sowohl die Privat-, als auch die GKV-Volumina steigern müssen. Als Rechtfertigung können wir die Argumente nutzen, die Prof. Meyer eben nannte: Es gibt medizinische Notwendigkeiten und hier kann die zahnärztliche Versorgungsforschung, die ich für außerordentlich wertvoll erachte, Begründungen liefern.

Meiner Meinung nach haben einige Standsvertreter bei der Frage der Privatisierung oft etwas leichtfertig argumentiert. Man hat mit Blick auf die Schweiz behauptet, eine rigorose Privatisierung würde auch die medizinische Eigenvorsorge, also das aktive Mundgesundheitsverhalten verbessern. Man spare damit nicht nur Kosten, sondern verbessere gleichzeitig automatisch die

Mundgesundheit. Es hat sich ja gezeigt, dass diese Vereinfachungen nicht zutreffend sind. Wenn standespolitische Wortführer in einer meiner Meinung nach kurzsichtigen Weise

indirekt dafür plädieren, dass weniger Geld über die GKV ins System fließt, dann muss man sich nicht wundern, wenn die Gesundheitspolitiker und Gesundheitsökonom gleich welcher Couleur sich eine solche Sicht gerne zu Eigen machen.

zm: Über die präventiven Erfolge in der Zahnmedizin ist in den letzten Jahren oft und von Zahnärzteseite nicht ohne Stolz berichtet worden. Künftig soll es vermehrt darum gehen, auch die Risikogruppen zu erreichen. Wie ist es um Konzepte für die sogenannten „Karieskinder“ oder die wachsende Gruppe der „Alten“ bestellt?

Prof. Meyer: Die Mundgesundheit und

„Es macht keinen Sinn, eine Erwachsenenprävention in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen.“

Dr. Fedderwitz

der zahnärztliche Versorgungsgrad sind in Deutschland besser als in etlichen anderen Ländern. Dies trifft für alle Altersgruppen zu. Allerdings besteht in vielen Bereichen ein großer Handlungsbedarf. Neue epidemiologische Untersuchungen zeigen etwa, dass im Kindesalter eine teilweise erschreckend starke Unterversorgung kariöser Läsionen besteht.

Im höheren Erwachsenenalter sind – bei tendenziell steigender Zahnzahl – nicht nur die restaurativen Versorgungen bestimmter kariöser Defekte – ich denke hier zum Beispiel an die Wurzelkaries –, sondern auch die Behandlungen schwerer parodontaler Erkrankungen unzureichend. Dies gilt nicht nur für Randgruppen, sondern für große Bevölkerungsteile. Wir müssen zum einen unsere zahnärztlichen Betreuungskonzepte altersspezifischer als bisher ausrichten.

Zum anderen aber müssen wir auch die psychosozialen Einflussfaktoren auf orale Gesundheit und Krankheit stärker beachten. Einem Ausbau von privat finanzierten Leistungen steht dort, wo er gut realisierbar ist, kaum etwas entgegen. Das Problem liegt aber darin, dass diejenigen, die eine zahnärztliche Versorgung eigentlich am nötigsten hätten, sie am wenigsten bezahlen können. Wenn wir bereit sind, dies zur Kenntnis zu nehmen, führt an einer Beibehaltung und sogar einem Ausbau solidarisch finanzierter Leistungen in der Zahnmedizin kein Weg vorbei. Dass dies seinen Preis hat, ist unbestritten. Letztlich ist es eine gesundheitspolitische Entscheidung, wie viel man in die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung investieren will – und kann.

Sollte sich die Kostensituation im Gesundheitswesen aus gesamtwirtschaftlichen oder anderen Gründen dramatisch zuspitzen, so müsste gegebenenfalls auch in der Zahnmedizin über eine Schwerpunktbildung bei der Verteilung der Ressourcen nachgedacht werden. Ich würde hier primär bei Kindern und Jugendlichen bis zu 18 Jahren ansetzen, die ja beispielsweise in Dänemark eine freie, präventiv orientierte zahnärztliche Versorgung vom Staat erhalten.

Zum zweiten zeigt sich schon jetzt, dass wir auch bei älteren Menschen und Pflegefällen die Versorgung auf bisheriger Basis kaum noch absichern können. Hier muss ebenfalls

wesentlich mehr als bisher für eine präventiv ausgerichtete Zahnmedizin unternommen werden. Neben der Ressourcenverteilung geht es hier auch um die Qualifikation: Wir benötigen auf dem Gebiet der Alterszahnheilkunde mehr entsprechend geschulte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die mit einem ebenfalls spezifisch qualifizierten Team von Assistenzberufen diese Aufgaben angehen.

zm: Herr Dr. Fedderwitz, die Frage der herkömmlichen Finanzierbarkeit im Budget dürfte sich ja von selbst beantworten. Aber gibt es vielleicht Flexibilisierungsmodelle, die Sie sich vorstellen können, um an diese Dinge zukünftig besser heranzukommen?

Dr. Fedderwitz: Wir sind ja mittlerweile in einer Phase, wo wir Flexibilisierung probieren. Nehmen wir doch das Beispiel Dänemark oder die Betreuungskonzepte und ihre Erfolge aus der Schweiz. Da geht es mir jetzt mal gar nicht darum, von wem auch immer die bezahlt werden. Das muss sich erst mal in den Köpfen der Bevölkerung abspielen. Wenn ich davon ausgehe, dass ich natürlich vorher einen Leistungskatalog habe, und anschließend wird die Leistungsstärke, sprich das zur Verfügung stehende Geld, ausgedünnt, dann lande ich bei all den miesen Konsequenzen eines nationalen Gesundheitsdienstes. Den will ich nicht.

Ich glaube, dass diese von Prof. Meyer angeführten Probleme eine berufsständische Aufgabe von uns allen sind. Wenn wir doch wissen, dass 15 bis 20 Prozent unserer jungen Patienten überwiegend aus sozial schwächerem Milieu oder entsprechender Herkunft bis zu 80 Prozent der kariösen Läsionen haben, dann brauchen wir hier ein Betreuungskonzept. Wie das nachher finanziert wird, das ist eine andere Frage, aber das muss das Konzept sein.

Ähnliches gilt für die Versorgung von Senioren und Patienten in Pflegeheimen. Hier wird durch Flexibilisierung einiges möglich. Flexibilisierung ist einmal durch den Gesetzgeber gekommen. Wenn wir Zweitpraxen



Zahnmedizin und Eigenverantwortung: Wie weit sind Zahnschäden vermeidbar?

gründen können, dann ist es auch möglich, eine Zweitpraxis in einem Behandlungsraum eines Alten- und Pflegeheims einzurichten. Normalerweise wäre das aus betriebswirtschaftlichen Gründen keine Vollpraxis. Aber zweimal in der Woche geht man irgendwie in diese Praxis. Man kann da dann umfassend arbeiten.

Die zweite Möglichkeit einer Flexibilisierung hat Seehofer 1998 angefangen, als er sagte, wenn doch die Mundgesundheit so stark zugenommen hat, dann nehmen wir diejenigen Generationen, die nach 1987 geboren sind, aus der Versorgung heraus. Das gab einen Aufschrei. Aber es waren zumindest Ansätze.

Heute sind wir – ganz im Gegensatz zu der ärztlichen Versorgung – mit dem Festzuschuss- und Mehrkostensystem in der Versorgung unserer Patienten auf dem weitesten Weg der Flexibilisierung. Wir haben die Möglichkeit, dem Patienten einen Anspruch auf eine Grundversorgung zu erhalten und seine Präferenzen in den zur Verfügung stehenden Alternativen zu erfüllen. Ich meine, das ist der höchst entwickelte Weg.

Ich muss aber noch einmal eine andere Frage aufgreifen, nämlich die nach dem Sinn der Prävention. Kein Mensch hat, Herr Prof. Staehle, gesagt, dass, wenn die Leute alle nur eine Zahnbürste hätten, wir bald gar keine Zahnärzte mehr brauchten. Was wir gesagt haben, und dazu stehe ich: Es macht keinen Sinn, eine Erwachsenenprävention in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen. Dafür zu sorgen, kann man einem erwachsenen Patienten zumuten. Damit meine ich die professionelle Zahnreinigung, nicht die als Unterstützungstherapie in einem Parodontitisfall, sondern die reine Präventionsmaßnahme.

Ich muss auch sagen, dass ich die Aufregung hier nicht verstehe. Bis vor kurzem war es bei der privaten Krankenversicherung noch üblich, dass Präventionsleistungen nicht zum Leistungsumfang gehörten. Hier gab es keinen Aufschrei. Keiner hat ge-

sagt, kein Prof. Staehle, kein Mediziner, kein Lauterbach, oder wie sie auch alle heißen müssten, dass da eine schreiende Ungerechtigkeit drin liegt. Dass die PKV diese Präventionselemente eingebaut hat, war natürlich ein Marketinggrund.

Heute sind wir so weit, dass dieses starre System – in die GKV muss alles rein oder es muss alles raus – nicht mehr gilt.

Heute hören wir, dass angeblich 70 Prozent der 35- bis 50-Jährigen und 80 Prozent der Senioren an einer Parodontitis leiden. Wir haben eine Bevölkerungszahl von 80 Millionen. Das lässt nicht den Rückschluss zu, dass all das potenzielle Parodontitispatienten sind. Aber gehen wir nur mal davon aus, dass wir mit den derzeit rund 800 000 Parodontitisbehandlungen nicht auskommen. Acht Millionen Fälle würden gegenüber heute eine Verzehnfachung der Kosten bedeuten. Vor fünf Jahren, 2002, hat die Gesetzliche Krankenversicherung 475 Millionen Euro für die Parodontalbehandlung zur Verfügung gestellt, jetzt zahlt sie gerade mal 300 Millionen.

Wenn also schon eine moderne Zahnheilkunde in der GKV nicht zu finanzieren ist und wir wissen, dass die 800 000 Behandlungsfälle in der Zukunft wohl nicht ausreichen um den Behandlungsbedarf zu decken, dann muss ich Sie fragen, wie wollen Sie das, was da an finanziellem Mehraufwand auf uns zukommt, finanzieren?

Prof. Staehle: Wenn man sagt, dass so etwas schwer finanzierbar ist – und Sie haben Gründe hierfür angeführt – ist das kein primär fachliches Problem der Zahnmedizin. Warum soll eigentlich die Zahnärzteschaft die heißen Kohlen, die Sie ansprechen, mit vorauseilendem Gehorsam rausholen, indem sie für Leistungskürzungen fragwürdige Argumente, zum Beispiel „das fördert die Eigenverantwortung und erzieht zur Zahnpflege“, liefert? Die heißen Kohlen sollen jene Politiker, die für Sozialabbau werben, selbst aus dem Feuer holen.

Dr. Fedderwitz: Das sind keine heißen Kohlen, das sind die Kuckuckseier des Systems. Nach der derzeitigen Gesetzeslage trägt dieses Mengenrisiko allein die Zahnärzteschaft. Und da die betroffenen Budgetöpfe überall eher überlaufen, würden wir auch das noch selbst finanzieren. Es

bleibt unsere Politik: Wenn es nicht adäquat finanziert wird, kann es nicht erbracht werden. Und hier liegt unsere gemeinsame Herausforderung. Es war der KZBV-Vorsitzende Karl Schirbort, der immer wieder gesagt hat, mit begrenzten Mitteln kann es keine unbegrenzten Leistungen geben.

Prof. Staehle: Das ist richtig, mit begrenzten Mitteln kann man keine unbegrenzten Leistungen zahlen. Das unterschreibt jeder. Aber wir müssen bei der geschichtlichen Wahrheit bleiben. Ich habe in den letzten 20 Jahren gegen Ihren Widerstand immer wieder vorgetragen, dass die standespolitische Argumentationsschiene über Fehlverhalten und Vermeidbarkeit höchst problematisch ist. Deswegen freue ich mich natürlich, wenn bei Ihnen inzwischen ein Sinneswandel eingetreten ist. Jetzt müssten Sie noch den zweiten Schritt gehen und dies auch öffentlich kundtun. Wenn Sie sagen,



Prof. Dr. Dr. hc. Georg Meyer

Leistungen, die zur Erhaltung der Mundgesundheit medizinisch an sich notwendig sind, sind schwer finanzierbar, ist das eine andere Argumentationsebene.

Dr. Fedderwitz: Um bei der geschichtlichen Wahrheit zu bleiben: Vor 20 Jahren hat der damalige wissenschaftliche Kenntnisstand diese Vermeidbarkeitsdebatte selbst ausgelöst. Da wir heute nicht nur einen anderen fachlichen Kenntnisstand haben, sondern auch eine andere politische Grundlinie fahren, ist das Schnee von gestern. Es bleibt dabei: Neben dem Schirbortschen Grundsatz gilt auch: Alles für alle geht nicht mehr. Das weiß auch die Politik, das wissen die Kassen. Daher wird es zu-

nehmend Leistungen geben, die nicht mehr über die GKV finanziert werden, weil das Geld dazu fehlt. Die werden unsere Patienten dann durch Zusatzversicherungen abdecken müssen. Das halte ich auch angesichts der Beitragssatzentwicklung in der GKV für stimmig. Und daher kann ich auch nicht den Ökonomen sagen, rührt die zahnärztliche Versorgung nicht an, alles gehört in die GKV.

Die Ökonomen überlegen sich, was können sie für Konzepte anbieten, dass die Versicherungssysteme und damit auch die Sozialpolitiker mit den großen Problemen fertig werden. Nicht nur die Ökonomen, sondern auch die Mediziner sagen: Das Umdenken geht dahin, dass wir uns tatsächlich, auch im ärztlichen Bereich, irgendwie neu aufstellen müssen. Da bin ich sofort bei Ihnen. Dann heißt das in irgendeiner Weise Grundleistung und Zusatzleistung.

Dann müssen wir uns nur noch unterhalten, was sind die Grundleistungen und was sind die Zusatzleistungen. Dann geht es um die Frage, ob die Grundleistungen in einem Budget mit ausreichend Geld finanziert werden. Dann muss aber auch die Möglichkeit bestehen, dass ich in dem zweiten Zusatzversicherungsstrang auch vernünftige Konditionen habe, um meine wissenschaftliche Ausbildung anschließend in meinem Praxis-

alltag umsetzen zu können. Wenn das nicht mehr gewährleistet ist, dann helfen auch keine Ökonomen. Dann sagen die allenfalls, dann bricht das System zusammen.

zm: Herr Prof. Staehle, zurück zum Stichwort Versorgungsforschung: Können Sie sich – beispielsweise in der Paro-Problematik – eine Herangehensweise vorstellen, die die gesellschaftspolitische Diskussion mit medizinischer Begründung angeht?

Prof. Staehle: Mit aussagekräftigen Zahlen der Versorgungsforschung kann man ohne ökonomische oder ideologische Voreingenommenheiten Erfolge und Defizite im Mundgesundheitszustand der Bevölkerung neutral beschreiben. Auf dieser Grundlage kann man gesundheitliche Ziele definieren und auch offenlegen, welche

„ Wenn es in den GKV – aus welchen Gründen auch immer – zu einer Reduktion im medizinischen Bereich kommt, dann darf das nicht allein auf dem Rücken der Zahnmedizin passieren.“

Prof. Meyer

Kosten dafür aufzubringen sind. Wir haben von Herrn Kollegen Fedderwitz gerade gehört, um welche Dimensionen es sich allein in der Parodontologie handelt. Wir Zahnärzte sind in erster Linie Sachwalter für die Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung und keine Sparkommissare. Das muss man in der Öffentlichkeit deutlicher als bisher machen. Wenn aus politischen Gründen weniger Mittel in die Zahnmedizin fließen sollten, dann muss man klarstellen, welche Konsequenzen das für die Mundgesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen hat. Nachdem aber leider jahrzehntelang behauptet worden ist, die Bevölkerung sei im Grunde selbst schuld, wenn sie „zum allergrößten Teil vermeidbare“ orale Erkrankungen entwickle, hat man jetzt ein Darstellungsproblem. Meine Empfehlung lautet trotzdem: Stellen Sie sich baldmöglichst auf fundierte Daten aus der Versorgungsforschung ein. Dies kann dem Berufsstand nur nutzen.

Dr. Fedderwitz: Sie kommen immer wieder mit dem Begriff Vermeidbarkeit. Sie hören von keinem standespolitisch Engagierten oder in irgendeinem solchen Amt Befindlichen, dass überhaupt noch diese Diskussion geführt wird. Dass sich auch die KZBV und ich als Vorsitzender als Sachwalter für die Mundgesundheit sehen, wollen Sie uns hoffentlich nicht absprechen. Und natürlich sind wir keine Sparkommissare. Nur: Dass die GKV kein Geld hat, uns Ärzte und Zahnärzte angemessen zu bezahlen, das hat nun wahrlich mit einer Vermeidbarkeitsdiskussion, die zweifellos im letzten Jahrhundert geführt wurde, nichts zu tun. Ich halte es für naiv, zu glauben, mit einer Beschreibung der Erfolge und Defizite im Mundgesundheitszustand der Bevölkerung – ob ökonomisch oder ideologisch unvoreingenommen oder nicht – könnte man bei der Politik Eindruck machen. Denn das würde ja bedeuten: mehr Geld ins System – aber das können wir uns richtigerweise abschminken – oder mehr Selbstfinanzierung durch die Versicherten. Damit das klar ist: Für Sozialromantik ist hier kein Platz. Ich bin gewählt dafür, dass ich auch die betriebswirtschaftlichen Belange des Berufsstandes im Auge habe – und dabei aber auch eine gewisse ethische Verpflichtung des Berufs-



Foto: EyeWire

Mit begrenzten Mitteln kann man keine unbegrenzten Leistungen zahlen.

standes nicht aus den Augen verliere. Wir machen uns Gedanken, wie wir mit den geringen Ressourcen ein Maximum an Betreuung hinkriegen können und gleichzeitig – und das ist das Allerwichtigste – unseren Patienten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt sichern können. Die Strukturen, die wir sonst hätten, wären immer limitierte Kataloge und alle Sachen, die neu reinkommen, blieben erstmal außen vor. Mit aller Deutlichkeit: Wir wollen gar nicht mehr raus aus der GKV. Es liegen auch gar nicht so viele Welten zwischen uns, Herr Prof. Staehle.

Wir haben in den letzten Jahren bewiesen, dass wir politikfähige Konzepte entwickeln und in unserer politischen Argumentation auch immer gewichtige fachliche Argumente heranzuführen konnten. Diese fachliche Argumente sind uns durch die enge Zusammenarbeit mit der Wissenschaft ermöglicht worden. Wenn wir jetzt hier Probleme haben, dann haben wir auch erkannt, dass wir diese Probleme nur gemeinsam mit der Wissenschaft oder mit der fachlichen Argumentation im Rücken politisch überbringen können. Die Wissenschaft muss aber auch einsehen, dass man in einem Sozialversicherungssystem, das offensichtlich nicht genügend Geld hat, nicht in einem fachlichen Wolken- und Anspruchskuckucksheim ist.

zm: Herr Prof. Staehle, wenn wir angesichts der finanziellen Rahmenstruktur das sozialmedizinische Petikum gesellschaftlichen Schutzes für Bedürftige mal außer Frage stellen – wie sieht es mit der Eigenverantwortung der übrigen Gruppen in der GKV aus?

Prof. Staehle: Zunächst einmal plädiere ich für einen klaren Sprachgebrauch ohne Vernebelungen. Was genau verstehen Sie unter Eigenverantwortung? Wenn Sie medizinische Eigenverantwortung meinen,

dann sollten Sie aktives Gesundheitsverhalten sagen. Wenn Sie ökonomische Eigenverantwortung meinen, dann sollten Sie die Selbstfinanzierung von Gesundheitsleistungen ansprechen. Dann wissen wenigstens alle, um was es geht.

Zunächst zur medizinischen Eigenverantwortung: Die ist erfreulicherweise kontinuierlich gestiegen. Gerade gesundheitsbewusste Menschen leben länger und behalten länger ihre Zähne – ein von uns allen erwünschter Effekt. Dennoch müssen diese Menschen damit rechnen, dass sie im Alter mit großer Wahrscheinlichkeit an diversen oralen Erkrankungen leiden werden, deren Behandlung zum Teil hohe Kosten verursacht. Und hier kommen wir zur ökonomischen Eigenverantwortung. Es geht nicht primär um einige wenige Sozialhilfeempfänger. Vielmehr müssen wir beträchtliche Bevölkerungsanteile im Auge haben, denen eben nur ein sehr eng begrenztes Budget zum Lebensunterhalt zur Verfügung steht. Wenn man Mundgesundheit zu einem beliebigen Konsumgut erklärt, dessen Kauf mit anderen Konsumgütern, wie einem Radioapparat, einer Waschmaschine, einem Auto oder einem Urlaub, in Konkurrenz steht, begibt man sich in ein gefährliches Fahrwasser.

Nach meiner Einschätzung braucht man kein Prophet zu sein, um vorauszusagen, dass sich die bereits vorhandene Polarisierung der zahnärztlichen Versorgung künftig deutlich verstärken wird. Ein Teil der Bevölkerung wird sicherlich die Vorteile einer hochwertigen Versorgung zu schätzen wissen und dafür erhebliche Summen selbst aufbringen. Vielleicht lassen sich durch Werbemaßnahmen und sonstige Nachfragesteuerungen auch vermehrt Überversorgungen mit fraglichem medizinischen Nutzen generieren. Auf der anderen Seite gehe ich davon aus, dass auch Unterversorgungen tendenziell zunehmen werden, und zwar durchaus nicht nur bei bedürftigen Randgruppen.

Was haben die Zahnärzte denn davon, wenn Sie einen großen Teil von Patienten vorfinden, die zwar zahnärztliche Interventionen benötigen, diese aber nur bedingt bezahlen können oder wollen? Ich meine wenig. Hier nützen auch die vielfach ange-

priesenen Verkaufsschulungen und Ähnliches, die ja meist auf unnötige Leistungen abzielen, kaum etwas. Sie bewirken vielmehr, dass die Zahnärzteschaft Gefahr läuft, ihr medizinisches Grundverständnis zu verlieren, und auf etwas unseriöse Abwege kommt.

Deshalb dürfen wir die Forderung nach ökonomischer Eigenverantwortung nicht überstrapazieren. Nach meiner Einschätzung sollten wir der Öffentlichkeit vermehrt deutlich machen, warum wir Zahnärzte, und nicht Politiker, Kostenträger oder Gesundheitsökonom, als die mit Abstand wichtigsten Anwälte für die Belange der Mundgesundheit aller Bevölkerungsteile anzusehen sind. Wir müssen klarstellen, welche negativen Folgen für die zahnärztliche Versorgung entstehen, wenn das GKV-Volumen erniedrigt wird, anstelle es zu erhöhen, was fachlich geboten wäre.

Dr. Fedderwitz: Anwalt für die Mundgesundheit zu sein ist gut. Das tun wir ja auch. Aber zum Nulltarif wird das niemand wollen. Ich glaube, der Blick geht ein bisschen in die falsche Richtung. Wir sind in einer Situation, in der die Politik sich an die Gesundheitsökonom, nicht an die Zahnärzte, wendet und sagt, unsere umfassende Allzeit-Sorglos-Versicherung, die stemmt die Probleme nicht mehr. Die Politik hat das Festzuschussystem ja nicht gemacht oder mitgemacht, weil sie uns Zahnärzten einen Gefallen tun wollte, sondern weil sie nur mit dem Festzuschussystem weiterkommen. Bei uns laufen alle auf dem Niveau einer Mercedes E-Klasse herum. Wenn wir uns anschauen, wie viele Patienten zahnlos sind in Deutschland und wie viele zahnlos sind im europäischen Umland, dann klagen wir auf einem ganz hohen Niveau.

Zur gängigen GKV-Praktik: Ich kann natürlich mit Komposit viel machen. Dann müssen Sie aber Ihren Kollegen von der anderen Fachrichtung sagen, dass Keramik-Inlays einfach überflüssig sind. Oder Sie können sagen, wir brauchen heute keine Zirkonkronen, keine Zirkonoxidkeramik. Auch die normale Metallkrone stellt die Kaufunktion wieder her.

All das sind Beispiele dafür, wie ein Zahnarzt eventuell eine Therapie-Entscheidung

mit dem Patienten trifft. Und wenn der Patient heute vor eine Behandlungsnotwendigkeit gestellt ist, dann bekommt er immer einen Kostenvoranschlag. In der Prothetik sind wir gesetzlich verpflichtet, nicht nur eine Alternativ-Versorgung anzubieten. Da können wir nicht nur mit den teuren Lösungen kommen. Damit auch sichergestellt ist, dass man nicht mit einer teuren Alternativ-Versorgung kommt, muss auf diesem Heil- und Kostenplan draufstehen, was denn die Regelversorgung – das ist in der Regel die kostengünstigste Versorgung – für einen finanziellen Aufwand hätte.

zm: Was, meinen Sie, müsste man in den nächsten Jahren vorrangig angehen, um die Weichen in die richtige Richtung zu stellen?

Prof. Staehle: Wir möchten einen gut qualifizierten und honorierten, freien und selbst verwalteten Berufsstand. Wenn man dieses Ziel verfolgt, muss man der Bevölkerung vermitteln, welche Vorteile sie daraus zieht. Für eine konsensfähige Weichenstellung müssen bessere und vor allem fachlich belastbarere Argumentationsschienen als



Fotos: M. Brakel

Wir müssen uns einen gut qualifizierten und honorierten, freien, selbstverwalteten Berufsstand bewahren.

bisher gefunden werden: So wäre beispielsweise zu belegen, dass sich flexible Regelungen mit einem Nebeneinander von GKV- und Privat-Leistungen in einem „Mehrklassen-System“ gegenüber einem staatlichen Gesundheitswesen einerseits oder einer weitgehend privatisierten Zahnmedizin andererseits als die für die zahnmedizinische Breitenversorgung bessere und gleichzeitig sozial verträglichere Variante herausstellt. Wenn dies gelingt, wird es auch am Verhandlungstisch einfacher.

Dr. Fedderwitz: Die Politik ist schon ein bisschen weiter als Prof. Staehle, um das ein bisschen provokant zu formulieren. Der Politik geht es nicht darum, nur einen umfassenden Rundum-Sorglos-Tarif einer gesetzlichen Krankenversicherung hier und einer

privatärztlichen oder privat Zahnärztlichen Leistung da zu kreieren. Im BMG geht es darum, zukünftig mehr denn je ein Versicherungssystem zu etablieren, dass einmal eine Einheitsversicherung nach sich ziehen soll. Und das traue ich letztlich auch der CDU zu. Es läuft darauf hin, dass wir nicht nur für die zahnärztliche Versorgung, sondern auch für die ambulanzärztliche Versorgung eine Struktur haben werden, die sich in Grund- und Zusatzversorgung aufteilt.

Dieses flexible System wird das System der Zukunft sein. Man muss das nicht unbedingt gut finden, aber es wird keine klare Trennung zwischen sozialer Abfederung und Privatversicherung mehr geben, vielmehr eine Vermischung dieser beiden Leistungsstrukturen und -angebote. Was die Honorierungsseite anbelangt, wird es aber eine sehr strikte Trennung geben müssen. Für die BZÄK, die jetzt in einer ganz schwierigen Position ist, bedarf es auch keiner zusätzlichen Argumentationsschienen, gerade weil sie ja die Wissenschaft im Rücken hat. Mit der Wissenschaft im Rücken schafft es die Standespolitik tatsächlich, höchst belastbare Argumentationen zu fahren. Deshalb bin ich ganz optimistisch.

Prof. Meyer: Wenn es in den GKV – aus welchen Gründen auch immer – zu einer Reduktion im medizinischen Bereich kommt, dann darf das nicht allein auf dem Rücken der Zahnmedizin passieren. Die Zahnmedizin ist in vielen Bereichen genauso wichtig wie manche anderen medizinischen Bereiche.

Es wird immer so getan, als sei alles außerhalb der Zahnmedizin immer gleich lebensbedrohlich und in der Zahnmedizin nicht. Das, so sehe ich es, muss man wohl beides streichen. Ich warne davor, uns per se in die Rolle derjenigen zu bringen, die bluten müssen. Es gibt keinen Grund, die notwendigen Reduktionen nicht auch in anderen Bereichen vorzunehmen. Wenn das nötig ist, sollte nicht in erster Linie die Zahnmedizin herangezogen werden. Das sollte vielmehr sorgfältig über alle medizinischen Disziplinen hinweg abgeschätzt werden.

zm: Ich danke für das Gespräch

Moderation: Egbert Maibach-Nagel

Die dicke Zunge

Makroglossie im Rahmen einer Akromegalie

Eike Krause, Sophia Krause, Robert Gürkov

Eine Makroglossie (Riesenzunge) ist eine ausgeprägte Hypertrophie der Zunge. Betroffene Patienten klagen über Probleme beim Kauen, Sprechen und Atmen. Außerdem können dento-muskulo-skelettale Deformitäten auftreten und notwendige kieferchirurgische beziehungsweise kieferorthopädische Behandlungen behindert werden. Eine Makroglossie kann angeboren oder erworben sein. Mögliche Ursachen sind Syndromerkrankungen, endokrine Störungen oder Speicherkrankheiten. Auch an gut- und bösartige Tumore muss gedacht werden. Bei einer erworbenen Makroglossie sollte primär die Grunderkrankung therapiert werden.

Von einer echten Riesenzunge muss die Pseudomakroglossie abgegrenzt werden. Hier ist das Zungenvolumen eigentlich normal groß. Durch Verlagerung und Interaktion mit benachbarten anatomischen Strukturen tritt die Zunge jedoch störend hervor und führt zu ähnlichen Symptomen. So können hyperplastische Gaumentonsillen die Zunge nach ventral verlagern, ein Gaumentiefstand den Isthmus faucium von kranial einengen oder Ober- und Unterkieferanomalien die Mundhöhle verkleinern.

Wichtig ist die Unterscheidung in echte Makroglossie und Pseudomakroglossie insbesondere für eine kausale Therapie.

Eine weitere Differenzialdiagnose der Makroglossie sind akute Zungenschwellungen durch Allergien, Insektenstiche, ein angio-neurotisches Ödem, Hämatome oder Infektionen. Sie lassen sich anamnestisch und durch den zeitlichen Verlauf gut von einer Zungenhypertrophie abgrenzen und bedürfen aufgrund der Gefahr einer Atemwegsobstruktion einer sofortigen Diagnostik und Therapie.

Fallbericht

In unserer HNO-Ambulanz stellte sich eine 62-jährige Patientin mit einer seit mindestens fünf Jahren zunehmenden Zungenhypertrophie vor (Abbildungen 1 a bis c). Die Patientin klagte über eine kloßige, zunehmend undeutliche Sprache, ein störendes Völlegefühl im Mund und Probleme beim Essen. Sie müsse sehr langsam und vorsichtig kauen, um sich nicht in die Zunge zu beißen. Die Unterkiefertotalprothese habe keinen festen Sitz mehr und würde ständig durch die Zunge verschoben. Auf gezielte Nachfrage wurden auch typische Zeichen einer nächtlichen Atemwegsobstruktion mit Schnarchen, Atempausen und Arousal, Tagesmüdigkeit und Einschlafneigung berichtet. Andere Symptome, wie Schmerzen, Blutung oder Geschmacksstörungen, wurden von der Patientin verneint.

Bei der HNO-Spiegeluntersuchung zeigte sich eine ausgeprägte muskuläre Hypertro-



Fotos: Krause

Abbildung 1 a bis c: 62-jährige Patientin mit ausgeprägter Makroglossie

Kongenitale Makroglossie	Erworbene Makroglossie
Muskuläre Hypertrophie	Akromegalie
Glanduläre Hyperplasie	Hypothyreose
Hämangiome	Diabetes mellitus
Lymphangiome	Amyloidose
Down-Syndrom	Tertiäre Syphilis
Beckwith-Wiedemann-Syndrom	Benigne Tumore (z.B. Zyste, Fibrom, Myom)
	Maligne Tumore (z. B. Sarkom, Karzinom)
	Neurologische Erkrankungen

Kongenitale und erworbene Ursachen einer Makroglossie

phie der Zunge. Die Schleimhaut der Zunge und gesamten Mundhöhle war rosig und reizlos. Erosionen fanden sich nicht. Palpatorisch war die Zunge weich. Die Sensibilität, Motorik und das Geschmackempfinden waren erhalten. Der Unterkiefer war zahnlos und der Alveolarfortsatz atroph. Der Oberkiefer war bei wenigen Restzähnen mit einer Klammerprothese versorgt. Neben der Zunge waren auch die Nase, die Ohrmuscheln, das Kinn sowie die Hände und Füße auffallend groß, so dass der Verdacht einer Akromegalie nahe lag (Abbildung 1d). Dies bestätigte sich durch Be-

stimmung des Wachstumshormons (STH) und des IGF-1 (insulin-like growth factor-I) im Blut. Beide Werte waren deutlich über die Norm erhöht. Häufigste Ursache einer Akromegalie ist ein gutartiges STH-produzierendes Hypophysenadenom [Danzig, 2007]. Daher wurde eine Magnetresonanztomografie des Schädels veranlasst. Hier fand sich ein Makroadenom des vorderen Hypophysenlappens mit einem Durchmesser von 23 mm. Zur kausalen Therapie wurde die Patientin den Kollegen der Endokrinologie und der Neurochirurgie vorgestellt.



Abbildung 1d: Weitere Hinweise auf eine vorliegende Akromegalie bei der Patientin sind der große Gesichtsschädel mit auffallender Vergrößerung der Nase sowie Ohrmuscheln und das prominente Kinn.

Diskussion

Eine Makroglossie kann vielfältige Ursachen haben. Umso wichtiger ist eine gründliche Diagnostik. Nur so können zugrunde liegende Erkrankungen erkannt und gezielt behandelt werden. Nicht selten führen die Symptome den Patienten zuerst zum Zahnarzt, Kieferchirurgen oder Kieferorthopäden. Dabei können die Beschwerden sehr unterschiedlich sein.

Je nach Ausmaß der Makroglossie können folgende klinische Zeichen auftreten:

- auffallend vergrößerte, breite, dicke Zunge; Zungenfurchung
- offener Biss (anterior oder posterior)
- mandibuläre Prognathie
- Klasse III Malokklusion mit oder ohne Kreuzbiss
- Wangenkontakt der hinteren Zähne
- verbreiteter Ober- und Unterkieferbogen mit Diastema der Ober- und Unterkieferzähne

- Instabilität kieferorthopädischer beziehungsweise kieferchirurgischer Behandlungsergebnisse
- Glossitis (durch chronische Mundatmung)
- Sprachartikulationsstörungen
- Kau- und Schluckstörungen
- Speichelfluss („Sabbern“)
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS) mit Tagesmüdigkeit, Abgeschlagenheit, Einschlafneigung

Zur Diagnostik dienen neben der klinischen Befunderhebung auch cephalometrische, funktionelle und röntgenologische Untersuchungen [Wolford, 1996]. Hierbei typische Befunde sind:

- Herausquellen der Zunge aus der Mundhöhle durch einen anterioren offenen Biss,
- mandibuläre oder maxilläre dentoalveoläre Protrusion,
- disproportionale Vergrößerung des Unterkiefers,
- erweiterter Unterkieferwinkel,
- Einengung des oropharyngealen Atemweges.

Lässt sich eine Makroglossie objektivieren, sollte das weitere Vorgehen in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen. Es müssen Tumore und Systemerkrankungen ausgeschlossen werden. Als bildgebendes Verfahren eignet sich besonders die B-Scan-Sonografie. Hiermit können solide Tumore, Zysten, Hämangiome und Lymphangiome in der Zunge gut dargestellt werden. Bei speziellen Fragestellungen ist eine Magnetresonanztomografie oder Computertomografie erforderlich. Findet sich eine unklare Raumforderung der Zunge, ist eine Probebiopsie indiziert, um ein Malignom auszuschließen. Bei Verdacht auf eine Systemerkrankung sollte eine Überweisung zum Hausarzt erfolgen, um eine weitere internistische oder neurologische Abklärung einzuleiten.

Die symptomatische Therapie einer echten Makroglossie besteht in der operativen Reduktion der Zunge. Sie sollte nur bei ausgeprägten Befunden durchgeführt werden, wenn eine kausale Therapie nicht möglich oder nicht erfolgreich ist. Über Indikationen

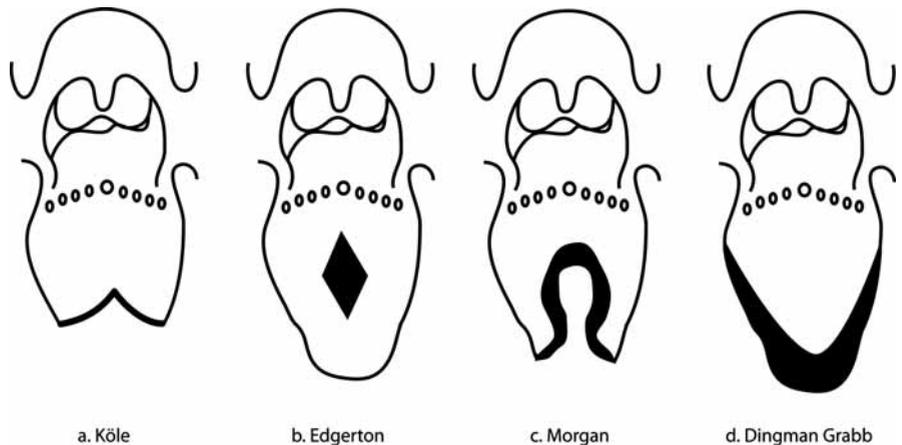


Abbildung 2: Chirurgische Techniken der Zungenreduktionsplastik

und Techniken der Zungenreduktionsplastiken gibt es zahlreiche Publikationen [Becker, 1962; Gasparini et al., 2002; Tomlinson et al., 2007; Wang et al., 2003; Wolford et al., 1996]. Oft wurden Patienten mit Down-Syndrom oder Beckwith-Wiedemann-Syndrom behandelt. Die Fallzahlen waren mit drei bis 22 Patienten eher gering. Es werden unterschiedliche Operationsmethoden verwendet (Abbildung 2). Hierzu zählen die apikale Keilexzision [Köle, 1965], Resektionen zentraler Zungenanteile [Edgerton, 1950], Kombinationstechniken, wie die „Schlüssellochexzision“ [Morgan et al., 1996], oder laterale Resektionen [Dingman und Grabb, 1961]. Die gebräuchlichste Methode ist die Exzision in Schlüssellockform. Anschließend wird der Defekt durch mehrschichtige Naht primär verschlossen. Zu den Risiken und Nebenwirkungen einer Zungenreduktionsplastik gehören starke Blutungen, Atemnot durch postoperative Schwellung, Hyp- oder Parästhesien durch Verletzung des Nervus lingualis, Geschmackstörungen, Einschränkungen der Zungenbeweglichkeit durch Verletzung des Nervus hypoglossus oder Narben, Speicheldrangungsverletzungen, Artikulations- und Kaustörungen. Meist ist der Therapieerfolg jedoch gut und die Komplikationsrate gering. Unsere Patientin wünschte trotz deutlicher Beeinträchtigung derzeit keine Zungenreduktionsplastik. Wir vereinbarten einen Wiedervorstellungstermin zur Befundkontrolle nach Therapie der Akromegalie oder bei zunehmenden Beschwerden.

Zusammenfassung

Eine Makroglossie kann durch unterschiedliche Grunderkrankungen entstehen. Oft sind Okklusionsstörungen beziehungsweise Dysgnathie erste Symptome und können vom Zahnarzt erkannt werden. Im Vordergrund der Behandlung sollte die Therapie der Grunderkrankung stehen. Durch Zungenreduktionsplastiken kann eine Makroglossie mit gutem Erfolg korrigiert werden.

Dr. med. Eike Krause
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinikum Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München
Eike.Krause@med.uni-muenchen.de

Dr. med. dent. Sophia Krause
Praxis Dr. S. Krause
Albert-Roßhaupter-Straße 92
81369 München

Dr. med. Robert Gürkov
Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinikum Großhadern
Marchioninistraße 15
81377 München

Weitere Informationen zum Thema Akromegalie finden Sie in unserem Repetitorium auf den Seiten 62 bis 65.

zm Leser service

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

Erklärung der DGZMK

Einstufung von Stellungnahmen wissenschaftlicher Fachgesellschaften

Die wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK finden sehr starkes Interesse und erfreuen sich hoher Akzeptanz. Sie haben in jüngster Zeit allerdings vereinzelt auch zu Rückfragen geführt. Dabei standen Aspekte der Einordnung und die Zugrundelegung von Evidenz auf ihren verschiedenen Ebenen im Vordergrund. Auch eine mögliche Diskrepanz zwischen Empfehlungen von Fachgesellschaften und ihrer Umsetzung in Zahnarztpraxen wurde Gegenstand entsprechender Erörterungen. In diesem Kontext wurde die Befürchtung geäußert, Stellungnahmen könnten unter Umständen in forensischen Auseinandersetzungen zum Nachteil von Berufsgruppen (wie von Allgemeinzahnärzten) interpretiert werden. Dazu ist Folgendes auszuführen:



Einordnung von Stellungnahmen

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unterscheidet drei Stufen von Leitlinien:

- **1. Stufe (S1):** Hier handelt es sich um Handlungsempfehlungen von Expertengruppen, die im informellen Konsens erarbeitet und vom Vorstand einer Fachgesellschaft verabschiedet wurden.
- **2. Stufe (S2):** Hier wird differenziert zwischen konsensbasierten Leitlinien (S2k) und evidenzbasierten Leitlinien mit formaler Evidenz-Recherche (S2e).
- **3. Stufe (S3):** Diese umfassen Leitlinien mit allen Elementen systematischer Entwicklung.

Bei vielen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist derzeit die Zahl der Aussagen auf S1-Niveau noch am größten, während sich die Zahl von S2- und S3-Leitlinien erst in den letzten Jahren sukzessive erhöht.

Die DGZMK-Stellungnahmen können formal nach der AWMF-Klassifikation analog S1 eingestuft werden. Sie sind als Handlungsempfehlungen zu betrachten. Forensisch gesehen haben sie keinen bindenden Charakter, auch wenn es zutrifft, dass sie – neben anderen Aussagen der Literatur – bei juristischen Aussagen von Bedeutung sein können.

Die DGZMK unternimmt zahlreiche Aktivitäten, um künftig vermehrt S2- und S3-Leitlinien zu erarbeiten.

Umsetzung in der Praxis (Handlungsempfehlungen)

Unabhängig vom Grad der Evidenzabsicherung werden von Fachgesellschaften – unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Aussagen – Empfehlungen zu Behandlungsstandards gegeben. Sie sind – wie oben ausgeführt – nicht als verbindliche Richtlinien (Richtlinien gelten vorwiegend bei der Abrechnung), sondern als Orientierungshilfen zu verstehen. Ob eine als „State of Art“ bezeichnete Prozedur, die Fragen der Arbeitssicherheit, der Hygiene, der Qualität eingesetzter Instrumente, Materialien & Medikamente und vieles mehr betreffen kann, im Praxisalltag umgesetzt wird oder – aus welchen Gründen auch immer – seltener Anwendung findet, ist eine wichtige Frage, die unter anderem die Versorgungsforschung betrifft.

Es ist Aufgabe einer Fachgesellschaft, auf national und international formulierte Empfehlungen hinzuweisen, auch wenn diese im Einzelfall nicht mit hoher Evidenz abgesichert sind und/oder nicht breitenwirksam umgesetzt werden.

Die DGZMK ist gerne bereit, Problemfeldern nachzugehen und sie auf verschiedenen Ebenen zu thematisieren. Dazu

gehören auch Aktivitäten, die Evidenz einzelner Handlungsempfehlungen zu verbessern, wenn dies (unter den Anforderungen von Ethikkommissionen) realisierbar erscheint. Allerdings wird es kurzfristig nicht gelingen, auf allen Gebieten eine Absicherung auf höchstem wissenschaftlichem Niveau zu realisieren. Es wäre der Zahnärzteschaft nicht gedient, wenn – abgesehen von einigen wenigen mit hoher Evidenz abgesicherter Feststellungen – der größte Teil zahnärztlicher Interventionen einer mehr oder weniger großen Beliebigkeit überlassen bliebe. Insofern werden Stellungnahmen als Orientierungshilfen auch künftig eine große Rolle spielen.

Bedeutung für einzelne Berufsgruppen

Es steht die Befürchtung im Raum, durch Stellungnahmen würde den Belangen von Generalisten zu wenig Rechnung getragen und spezialisierten Experten zu viel Einfluss eingeräumt. Es wird dadurch ein prinzipieller „Konflikt“ zwischen Generalisten und Spezialisten unterstellt, der bei einer näheren Betrachtung allerdings relativiert werden muss.

Allgemeinzahnärzten kommt in der Gesamtversorgung der Bevölkerung bekanntlich eine außerordentlich wichtige Bedeutung zu. Dies wird in absehbarer Zeit auch so bleiben. Gleichwohl ist die Entwicklung

der zahnmedizinischen Disziplinen inzwischen bereits so weit fortgeschritten, dass ein einzelner Zahnarzt heute kaum noch in der Lage sein dürfte, das gesamte Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vollständig und in allen, zum Teil sehr speziellen Bereichen gleich kompetent zu überblicken. Insofern ist er in einer guten Position, wenn er im Bedarfsfall den Rat oder die Hilfe von Spezialisten einholen kann. Dies gilt insbesondere für solche klinischen Situationen, in denen er über wenig eigene Erfahrungen verfügt beziehungsweise wo ihm die spezifische Ausrüstung für eine ins Auge gefasste Behandlungsprozedur nicht zur Verfügung steht. Dies ist kein Nachteil, sondern ein Vorteil. Es geht künftig nicht

Es geht künftig nicht um eine separierende Entscheidung „Generalisten oder Spezialisten“, sondern um eine Zusammenarbeit von „Generalisten und Spezialisten“.

um eine separierende Entscheidung „Generalisten oder Spezialisten“, sondern um eine Zusammenarbeit von „Generalisten und Spezialisten“.

Ein kooperatives Nebeneinander von Generalisten und Spezialisten nutzt sowohl dem einzelnen Patienten als auch der Bevölkerung und nicht zuletzt auch der Zahnärzteschaft. Eine generelle Verknüpfung dieser Thematik mit dem Inhalt von Stellungnahmen ist daher wenig zielführend.

Die DGZMK-Stellungnahmen sind jedenfalls nicht als Einschränkung der fächerübergreifenden Berufsausübung, die dem Zahnarzt als Generalist kraft seiner Approbation zukommt, zu interpretieren.

Aktuelle Diskussion „Kofferdam“

Die aktuelle Diskussion über die Anwendung von Kofferdam (absolute Trockenlegung des Arbeitsfeldes) in der Endodontologie ist ein gutes Beispiel, um den Stellenwert von Statements zu verdeutlichen. In diesem Zusammenhang sind auch entsprechende Aussagen verschiedener nationaler und internationaler Institutionen/Fachgesellschaften von Bedeutung:

European Society of Endodontology (ESE)

In dem aktuellen Konsenspapier der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie (European Society of Endodontology – ESE) zu Qualitätsrichtlinien endodontischer Behandlung (Endodontie 15, 387-401, 2006) wird Folgendes ausgeführt.

Eine Wurzelkanalbehandlung sollte nur (sic!) an einem mit Kofferdam isolierten Zahn durchgeführt werden, um:

- Speichelzutritt und bakterielle Kontamination zu verhindern,
- eine Aspiration und ein Verschlucken von Instrumenten auszuschließen,
- einem Übertreten von Spüllösungen in die Mundhöhle vorzubeugen.

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft (SSO)

Die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO drückt sich in ihren Qualitätsleitlinien der Zahnmedizin (Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 115, 95, 2005) zum Thema Kofferdam unmissverständlich aus: „Die Reinigung, Formgebung, Desinfektion und Obturation aller Kanäle wird durch die Anwendung aseptischer Techniken, wenn immer möglich (sic!) unter Zuhilfenahme von Kofferdam, erreicht.“

Endodontologische Lehrbücher

In dem von S. Cohen und K. M. Hargreaves herausgegebenen Standardwerk „Pathways of the Pulp“ [Mosby, St. Louis 2006] wird zur Anwendung von Kofferdam unter anderem ausgeführt: „The use of the rubber dam is mandatory in root canal treatment... The advantages and absolute necessity of the rubber dam must always take precedence over convenience and expediency (a rationale often cited by clinicians, who condemn its use)“. In zahlreichen weiteren Lehrbüchern wird die Kofferdamanwendung als Stand der Technik angesehen [Heidemann, D.: Endodontie, Urban & Fischer 2001, München; Stock, C., Walker, R., Gulabivala, K.: Endodontie. Urban & Fischer, München 2005 und viele mehr].

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

In dem jüngst aktualisierten DGZMK-Statement „Good clinical practice“: die Wurzelkanalbehandlung (www.dgzmk.de) heißt es zu dieser Thematik:

„Eine Kofferdam-Isolierung soll bei jeder Sitzung einer Wurzelkanalbehandlung erfolgen, wenn nicht übergeordnete medizinische Gründe (zum Beispiel Allergien, Asthma, Atemwegsobstruktionen, Epilepsie) dies verbieten.“ Zusätzlich zu den von der ESE genannten Begründungen führt das DGZMK-Statement die Optimierung der Sichtverhältnisse als Vorteil des Arbeitens unter Kofferdam an. Die Aussagen der DGZMK liegen damit im Rahmen der gängigen internationalen Empfehlungen.



In den relevanten Publikationen der Endodontologie (und das gilt weltweit) wird unter Berücksichtigung einer Nutzen-/Risiko-Abwägung das Arbeiten unter Kofferdam heute als Standard angesehen, obwohl bekannt ist, dass die Prognose von Wurzelkanalbehandlungen von dermaßen vielen Variablen abhängig ist, dass es kaum gelingen dürfte, die Sichtweise der Ergebnisqualität allein auf die Frage des Kofferdams zu reduzieren. Dies verdeutlicht die Schwierigkeit, bei Handlungsempfehlungen immer eine hohe Evidenzabsicherung zu einem Einzelaspekt zu generieren. Die gleiche Problematik trifft für zahlreiche andere Handlungsfelder mit multiplen Einflussgrößen zu. So dürfte beispielsweise der Nachweis einer Reduktion von Infektionen durch eine Sterilisation anstelle einer Desinfektion von Winkelstücken angesichts der zahlreichen Glieder der Hygienekette mittels randomisierter Studien (sofern solche ethisch über-

haupt vertretbar wären) ebenfalls nicht einfach zu erbringen sein.

Schlussfolgerungen

Der DGZMK ist sehr wohl bewusst, dass es zahlreiche Handlungsempfehlungen gibt, die in ihrer wissenschaftlichen Absicherung einerseits und der Umsetzung in der Praxis andererseits einer ständigen Anpassung und zunehmender Absicherung bedürfen. Dabei finden die Aussagen der relevanten Fachliteratur Berücksichtigung. Wenn weltweit unter den Experten eines Fachgebiets Konsens darin besteht, dass ein bestimmtes Behandlungsprozedere als Standard anzusehen ist, kann eine solche Feststellung auch dann als Orientierungshilfe gelten, wenn sie nicht durch randomisierte Studien auf höchstem Niveau abgesichert ist. Bekanntlich unterliegt der „aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand“ einem kontinuierlichen Wandel, der darin begründet ist, dass hergebrachte Vorstellungen durch neue Forschungsergebnisse laufend korrigiert werden müssen. Die DGZMK hält nicht an Dogmen fest, sondern bekennt sich vielmehr zu einer kontinuierlichen Optimierung ihrer Statements. Dabei erscheinen unter anderem zwei Wege Erfolg versprechend:

- In der Leitlinien-Entwicklung wird das Ziel verfolgt, die Qualitätssicherung kontinuierlich auszubauen und dabei die Evidenzstufen zu erhöhen.
 - Statements sollten auch darüber informieren, auf welcher wissenschaftlichen Basis Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden.
- Beiden Gesichtspunkten schenkt die DGZMK seit geraumer Zeit vermehrte Aufmerksamkeit.

*Der Vorstand der DGZMK,
Düsseldorf, den 21. November 2007*

Erkennung oraler Risikoläsionen in der zahnärztlichen Praxis

Diagnostische Hilfsmittel

Oliver Driemel et al.

Zur Identifikation von Mundschleimhautläsionen und der Einschätzung ihres Gefährdungspotentials stehen aktuell unterschiedliche diagnostische Hilfsmittel zur Verfügung, welche im vorliegenden, dritten und abschließenden Teil der Trilogie „Erkennung oraler Risikoläsionen in der zahnärztlichen Praxis“ [zm 1/2008, zm 2/2008] vorgestellt und kritisch diskutiert werden.

Nach dem Auffinden einer Schleimhautläsion, der „Früherkennung“ im engeren Sinne, besteht die Notwendigkeit, das Gefährdungspotential einer Schleimhautveränderung korrekt einzuschätzen. Für beide dieser zentralen Schritte der Früherkennung stehen heute unterstützende Verfahren zur Verfügung, für die allerdings die wissenschaftliche Absicherung und die klinische Akzeptanz erhebliche Unterschiede aufweisen.

Bei den heute überwiegend propagierten Verfahren handelt es sich insbesondere um die Toluidinblaufärbung, die photodynamische Diagnose, die Autofluoreszenzdiagnostik und die verschiedenen Varianten der oralen Zytologie (Bürstenbiopsie) [Remerbach et al., 2001; Hullmann et al., 2007].

Toluidinblau

Toluidinblau (OraTest®, OraScan®, OraScreen®) zählt wie die Lugolsche Lösung und Methylenblau zu den absorptiven Farbstoffsubstanzen. Für die Intravitalfärbung wird eine einprozentige Toluidinblaulösung auf die Mundschleimhaut aufgetragen und nach einer ein- bis zweiminütigen Einwirkzeit mit zweiprozentiger Essigsäure wieder entfernt [Johnson, 1999]. Toluidinblau diffundiert in die Zellen und färbt im Wesentlichen die Kernstrukturen an. Die Unterscheidung zwischen benignen und malignen Schleimhautarealen basiert auf der Annahme, dass maligne Läsionen aufgrund der größeren Kern-Plasma-Relation eine intensivere Blaufärbung aufweisen sollen [Niebel and Chomet, 1964; Johnson,

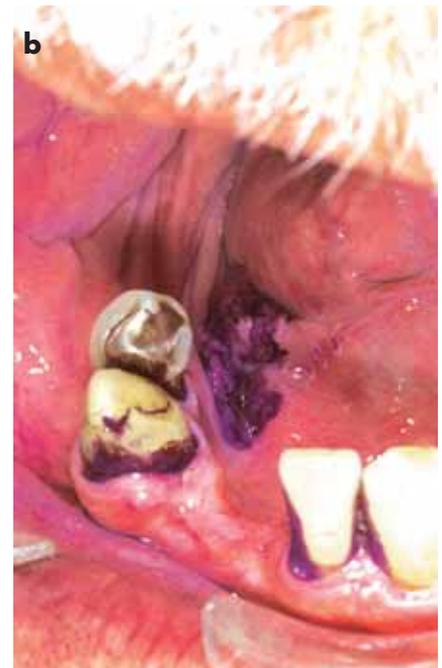


Abbildung 28: Intravitalfärbung mit Toluidinblau (Quelle: Gassner R, MKG-Chirurgie, Universität Innsbruck) a) Klinisches Bild eines oralen Plattenepithelkarzinoms im Bereich des rechten Mundbodens und des Sulcus glossaalveolaris; b) Toluidinblaufärbung der gleichen Läsion; Nebenfärbung der Restbezaehlung

Die Abbildungen der Teile 1 bis 3 wurden fortlaufend nummeriert.

1999]. Die Methode soll insbesondere bei Patienten mit starker Exposition zu Risikofaktoren [Mashberg and Samit, 1995] helfen, sichtbare Läsionen hinsichtlich ihrer Dignität besser einordnen zu können [Mashberg, 1980] und auch eine optisch gezielte Biopsie ermöglichen [Epstein et al., 1992] (Abbildung 28).

Die entscheidenden Nachteile der Methode liegen in der geringen Spezifität, da auch nicht maligne proliferationsaktive Bezirke ein vergrößertes Kern-Plasma-Verhältnis zeigen können und außerdem in der ge-



- 1. Teil: Bedeutung der Früherkennung des oralen Plattenepithelkarzinoms und seiner Vorläuferläsionen, erschienen in zm 1/2008
- 2. Teil: Früherkennung, erschienen in zm 2/2008
- 3. Teil: Diagnostische Hilfsmittel

ringen bis fehlenden Sensitivität für Vorläuferläsionen. (Tabelle 4) [Onofre et al., 2001]. Insgesamt beschränkt sich der Nutzen daher auf die Erkennung bereits invasiver, aber noch symptomarmer Karzinome, die bei einer klinischen Untersuchung eventuell übersehen werden könnten [Ephros and Mashberg, 1999; Missmann et al., 2006]. Tatsächlich hat sich die Toluidinblaufärbung daher, trotz langjähriger Verfügbarkeit, nicht als tragfähige Säule eines flächendeckenden Früherkennungskonzeptes etablieren können.

5-Aminolävulinsäure (5-ALA)

Die sogenannte „photodynamische Diagnostik“ basiert auf der gezielten Anregung von fluoreszierenden Vitalfarbstoffen, die vermehrt in dysplastischen oder atypischen Zellen aufgenommen, metabolisch aktiviert und in ihrer aktiven Form retiniert werden.

In der photodynamischen Diagnostik des Mundhöhlenkarzinoms und seiner Vorläuferläsionen wird als photosensibilisierender Farbstoff insbesondere 5-Aminolävulinsäure (5-ALA), die körpereigene Ausgangssubstanz der Häm-Synthese, verwendet. Im Überschuss topisch verabreicht, stimuliert 5-ALA in dysplastischem – und in karzinomatösem Gewebe eine verstärkte Bildung und intrazelluläre Akkumulation von stark fluoreszierendem Protoporphyrin IX,

das durch kurzfristige Einwirkung von Licht einer Wellenlänge von 405 nm angeregt wird [Leunig et al., 1996; Chang and Wilder-Smith, 2005]. Die Fluoreszenzbefunde gelten als suspekt und können biopsiert werden (Abbildung 29).

Bei der Detektion oraler Plattenepithelkarzinome wird für die Methode zwar eine hohe Sensitivität, aber eine recht geringe Spezifität angegeben.

Problematisch sind die falsch positiven Befunde bei Prothesenträgern und insbesondere bei vorbestrahlten Patienten [Zenk et al., 1999; Betz et al., 2002; Schleier et al., 2002], so dass sich die photodynamische Diagnose nicht für die Rezidiv-beziehungsweise Zweitumordiagnostik bei zuvor bestrahlten Patienten eignet [Zenk et al., 1999] (Abbildung 30).

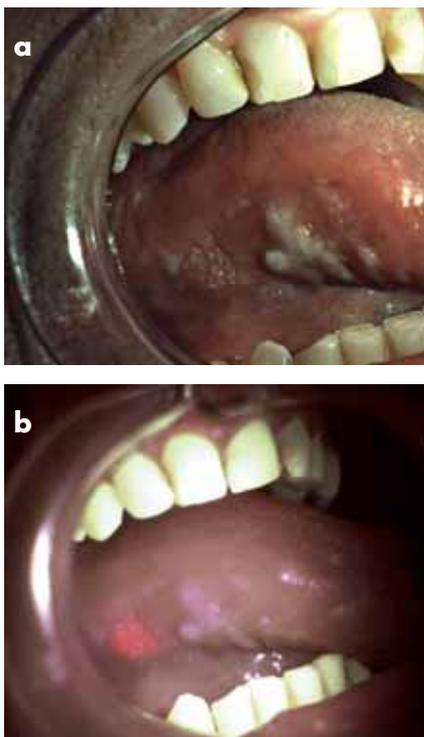


Abbildung 29: Fluoreszenzbefunde einer Leukoplakie und eines Plattenepithelkarzinoms der Zunge (Quelle: Schleier P und Zenk W, MKG-Chirurgie, Universität Jena)
 a) Inhomogene Leukoplakie des rechten Zungenrandes; bei genauer Betrachtung zusätzlich flaches Ulkus distal der Leukoplakie
 b) Im Fluoreszenzbild wird der dorsal gelegene, verruköse Anteil der Läsion auffällig, während die Leukoplakie nicht markiert wird. Die histopathologische Begutachtung der mittels photodynamischer Diagnostik gezielten Biopsie ergab ein Plattenepithelkarzinom.

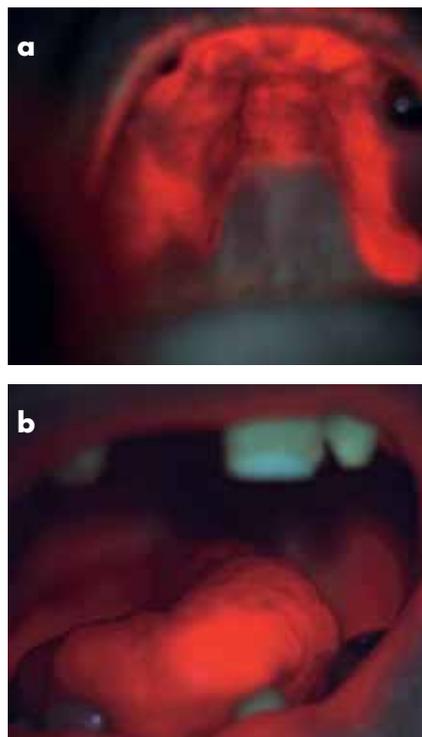


Abbildung 30: Falsch positive Befunde bei Prothesenträgern und vorbestrahlten Patienten (Quelle: Schleier P und Zenk W, MKG-Chirurgie, Universität Jena)
 a) Generalisierte Fluoreszenz der Mundschleimhaut im Oberkiefer bei einem Prothesenträger
 b) Die generalisierte Fluoreszenz der oralen Schleimhaut eines bestrahlten Patienten macht eine Differenzierung von Tumorgewebe unmöglich.

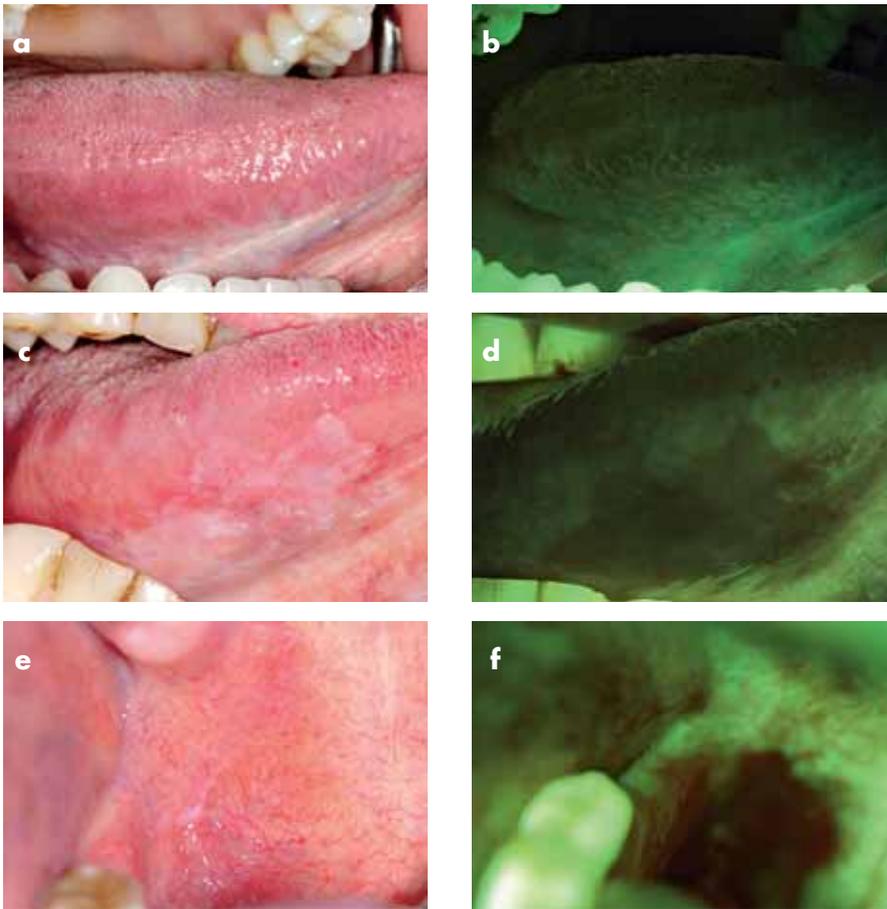


Abbildung 31: Autofluoreszenz – a) Normale Mundschleimhaut, b) Erhaltene Autofluoreszenz, c) Leukoplakie mit schwerer Dysplasie, d) Verminderte Autofluoreszenz, e) Carcinoma in situ, f) Fehlende Autofluoreszenz (Quelle: Rocker und Narjes GmbH, Köln)

Autofluoreszenz

Autofluoreszenz bezeichnet die biologische Eigenschaft von Gewebe, aufgrund endogener Fluorophore, wie Flavin, Tryptophan, Elastin und Kollagen, bei Bestrahlung mit Licht einer bestimmten Wellenlänge zu fluoreszieren [Policard, 1924; Betz et al., 1994]. Als charakteristisch für die maligne Transformation gilt eine Reduktion der Fluoreszenz im Grünbereich sichtbaren Lichtes [Poh et al., 2006] (Abbildung 31). Im Gegensatz zur photodynamischen Diagnose erfordert die Autofluoreszenz keine medikamentöse Gabe von Photosensibilisatoren. Ihr Stellenwert in der Diagnostik epithelialer Tumoren findet sich in den unterschiedlichen medizinischen Teilbereichen in der Erprobung [Baletic et al., 2004; Ohkawa et al., 2004; DaCosta et al., 2005]. Da neben der malignen Transformation auch andere pathologische Prozesse, zum

Beispiel Entzündungen und Ischämie, den metabolischen Zustand einer Zelle und somit den oxidativen Zustand des Gewebes beeinflussen, ist die Treffsicherheit bislang nicht abschließend untersucht. Erste Ergebnisse für Vorläuferläsionen der Mundschleimhaut weisen aber auf mögliche Vorteile für die Früherkennung auch subklinischer Läsionen hin [Poh et al., 2006, 2007].

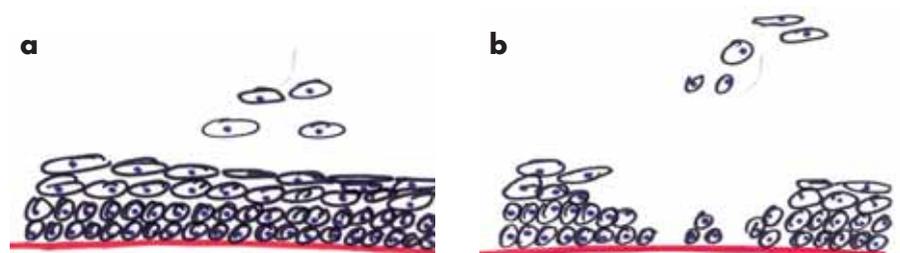


Abbildung 32: a) Exfoliativzytologie der oralen Mukosa; nur oberflächliche Zellen werden gewonnen. b) Bürstenbiopsie der oralen Mukosa; Zellen aller für die Diagnose relevanten Epithellagen werden geerntet.

Bürstenbiopsie

Die moderne orale Zytologie verwendet speziell hierfür entwickelte Bürsten oder die in der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung des Zervixkarzinoms erprobte Bürste als Entnahmeträger. Die programmatisch verwendete Bezeichnung „transepitheliale Bürstenbiopsie“ soll die Methode von der klassischen Exfoliativzytologie abgrenzen und unterstreichen, dass mittels der rigiden Borsten Zellen aller für die Diagnosestellung relevanten Zellschichten geerntet werden können [Sciubba, 1999; Mehrotra et al., 2006] (Abbildung 32).

Im Gegensatz zur klassischen Skalpellbiopsie bietet die Bürstenbiopsie eine schmerzarme Probeentnahme ohne größere Blutungen [Zunt, 2001] und erfordert im Regelfall keine Infiltrationsanästhesie und keinen Wundverschluss [Drinnan, 2000]. Hierdurch nimmt sie dem Patienten die Angst vor Spritze und Skalpell und soll dem Arzt zu einer schnellen und kostengünstigen Methode der Probengewinnung verhelfen [Hullmann et al., 2007]. Durch die einfache, nicht invasive Wiederholbarkeit soll sie engmaschige Kontrollen oraler Vorläuferläsionen erlauben und eine frühzeitige Erkennung maligne transformierter Zellen ermöglichen [Christian, 2002].

Hierbei wird die Bürste mit leichtem Druck und gleichzeitiger Rotation um 360° über die Läsion geführt. Kleine punktförmige Blutungen kennzeichnen eine ausreichende Eindringtiefe. Anschließend werden die Zellen durch mehrfaches Drehen und Ausstreichen der Bürste auf einen Objektträger übertragen und nach Färbung mit Hämatoxylin-Eosin (HE) oder Papanicolaou der zytologischen Auswertung zugeführt (Abbil-

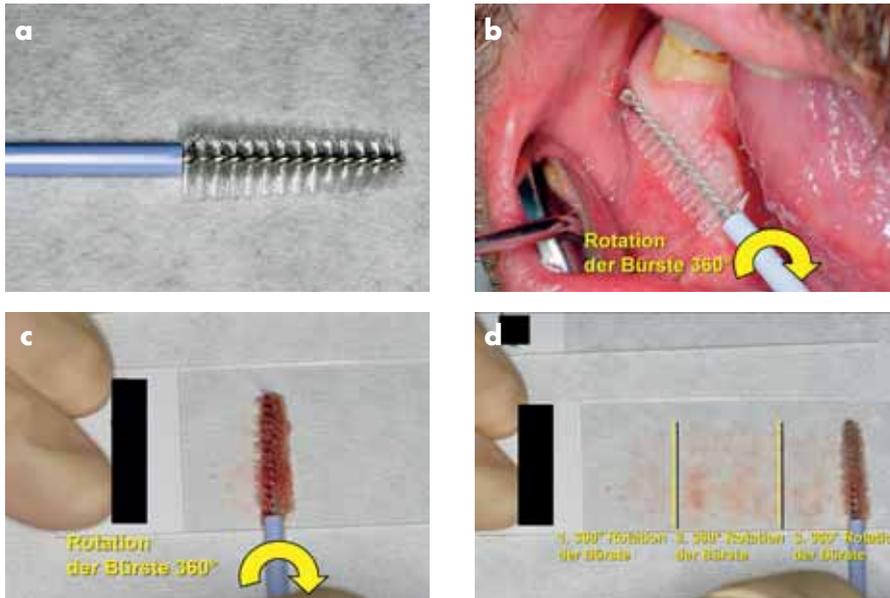


Abbildung 33: Technik der Bürstenbiopsie

dung 33). Die große Fläche der Mundhöhle verhindert die Anwendung der Bürstenbiopsie im Sinne eines Screeningverfahrens und beschränkt ihren Nutzen auf die Kontrolle sichtbarer Läsionen. Außerdem ist die Technik für die Untersuchung von Läsionen an der Lippe durch die ausgeprägte Keratinisierung ungeeignet.

Nachdem eine allein zytomorphologische Betrachtung einen relevanten Anteil maligner Läsionen (Studienabhängige Sensitivität: 79 bis 94,5 Prozent) nicht eindeutig zu identifizieren vermag [Remmerbach et al., 2001; Driemel et al., 2007a, 2007b], wurden in den letzten Jahren vermehrt unterstützende Verfahren evaluiert. Die von Kujan und Mitarbeitern für orale Bürstenbiopsate vorgeschlagene Dünnschichtzytologie [Kujan et al., 2006] ist aufgrund der geringen Datenlage noch nicht beurteilbar. Neben computerunterstützten Methoden zur Bildanalyse (OralCDx®) [Sciubba, 1999], verwenden andere Auswertungsstrategien den DNA-Gehalt [Remmerbach et al., 2001; Maraki et al., 2006], spezifische Protein-Expressionsmuster zur Detektion maligner Zellen [Driemel et al., 2007c] oder eine zusätzliche Zellblock-Technologie, das heißt die ergänzende Aufbereitung eventuell mit der Bürste gewonnener Gewebefragmente.

Dabei ist die strategische Positionierung der ergänzenden fortgeschrittenen diagnostischen Methoden bei den einzelnen Verfahren unterschiedlich. Während die Computer-assistierte Diagnostik (OralCDx®) als primäre Screeninghilfe eingesetzt wird,

werden DNA-Bildzytometrie sowie spezielle ergänzende immunhistologische Untersuchungen in der Regel in einem zweiten Schritt bei denjenigen Fällen durchgeführt, die beim primären konventionellen Screening auffällig waren.

Computer-unterstützte Bildanalyse (OralCDx®)

Bei der automatischen Bildanalyse erfolgt die morphologisch-zytologische Auswertung des Bürstenbiopsates zunächst mithilfe eines Computerprogrammes. 192 Zellen, welche vom Computer als am ehesten atypisch klassifiziert worden sind, werden dem Pathologen zur gezielten, mikroskopischen Kontrolle präsentiert. Anschließend werden dem behandelnden Arzt vier Befundkategorien mitgeteilt, welche das weitere Prozedere empfehlen (Abbildung 34). Die mit diesem Verfahren erreichbare Sensitivität wird mit Werten zwischen 71,4 Prozent und 100 Prozent angegeben [Sciubba, 1999; Poate et al., 2004; Scheifele et al., 2004]. Aufgrund quantitativ oder qualitativ unzureichenden Materials müssen 2 bis 7 Prozent der Bürstenbiopsate wiederholt werden [Poate et al., 2004; Scheifele et al., 2004]. Das Verfahren ist lizenzgebunden und steht in Deutschland bisher nur durch einen Anbieter zur Verfügung. Kritisch wurde die Spezifität der Methode bewertet, die in Studien bis hinunter zu 32 Prozent reicht [Poate et al., 2004] und in Übersichten pathologischer Institute bisweilen unter 25 Prozent angegeben wird [Slater, 2004].

Unzureichendes Zellmaterial	➔	Erneute Bürstenbiopsie
Negativ für epitheliale Atypien	➔	Klinische Kontrolle und evtl. erneute Bürstenbiopsie im Intervall
Atypische Zellen vorhanden	➔	Skalpellbiopsie
Positiv für Dysplasie oder Karzinom	➔	Skalpellbiopsie

Abbildung 34: Diagnostische Kategorien der automatischen Bildanalyse (Oral CDx®) und empfohlenes weiteres Vorgehen

DNA-Bildzytometrie (Imagezytometrie)

Die DNA-Bildzytometrie wählt die DNA-Ploidie als Kriterium zur Beurteilung der malignen Potenz. Die auf einen Objektträger aufgebrauchten Einzelzellen des Bürstenbiopsates werden mit dem DNA-spezifischen Feulgenfarbstoff markiert und die Kern-DNA mittels spezieller Software-Programme unter dem Mikroskop mit einer Digitalkamera quantifiziert. Typischerweise werden 300 suspekten Zellen mit nicht pathologischen, als Referenz dienenden Plattenepithelzellen verglichen, um Abweichungen des DNA-Gehalts vom normalen diploiden Wert zu bestimmen.

Bei den im Rahmen von Studien gewonnenen Zellen wiesen 0,5 Prozent der Proben quantitativ oder qualitativ unzureichendes Material auf [Remmerbach et al., 2004]. Sensitivität und Spezifität der konventionellen Analyse der Bürstenbiopsate sollen durch die statische DNA-Bild-Zytometrie bis auf 100 Prozent gesteigert werden können [Maraki et al., 2004; Remmerbach et al., 2004]. Allerdings liegen für orale intraepitheliale Neoplasien mit hohem Risiko nur sehr begrenzte Daten zur Treffsicherheit vor. Da nicht alle Tumoren aneuploide Stammlinien aufweisen, hängt die diagnostische Einordnung einer Läsion mitunter an der Bewertung einzelner Zellen als aneuploid (zum Beispiel >9c) [Burkhard, 2006]. In der bisherigen Form der Anwendung setzt die statische DNA-Bildzytometrie daher eine hohe Qualifikation des Untersuchers voraus. Zudem können balancierte Chromosomengewinne oder -verluste sowie strukturelle Chromosomenaberrationen von weniger als 10 Prozent des Gesamt-DNA-Gehaltes mit dieser Technik nicht identifiziert werden.

Immunzytologie

In der immunzytologischen Analyse oraler Bürstenbiopsate werden tumortypische Varianten der Proteinexpression zur Erkennung atypischer Zellen verwendet. Eine interessante Gruppe von Proteinen betrifft hierbei Kontaktstrukturen zur extrazellulären Matrix, die sich im Rahmen der malignen Transformation verändern und beispielsweise vermehrt zytoplasmatisch exprimiert werden. Hierzu wurden beispielsweise Antikörper gegen die extrazellulären Matrixproteine hochmolekulares Tenascin-C und die α -2-Kette von Laminin-5 eingesetzt. [Driemel et al., 2007a, 2007b]. Hierbei konnten transformierte Zellen mit einer Sensitivität um 93 bis 95 Prozent und einer Spezifität bis 100 Prozent detektiert werden.

Priv.-Doz. 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

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Dr. Arne Burkhardt
Pathologie Praxis und Institut Reutlingen

Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich
Prof. Dr. Torsten Remmerbach
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Leipzig AöR

Prof. Dr. Dr. Hans Peter Howaldt
Klinik und Poliklinik für Mund-,
Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universität Giessen

■ Wegen der eingeschränkten Sensitivität und Spezifität von Toluidinblau bei der Markierung karzinomverdächtiger Areale und dem hohen zeitlichen Aufwand der Prozedur kann diese Methode für den Einsatz in der Praxis nicht empfohlen werden.

■ Die photodynamische Diagnose mit 5-ALA eignet sich aufgrund der sehr zeitintensiven Vorbereitung nicht für die Routinediagnostik.

■ Die Wertigkeit der Autofluoreszenz kann aufgrund der schwachen klinischen Datengrundlage noch nicht beurteilt werden. Es handelt sich allerdings um eine Methode, die möglicherweise ein diagnostisches Potential auch für die Anwendung in der Praxis besitzen könnte.

■ Alle genannten Methoden der erweiterten Bürstenbiopsie eignen sich insbesondere als Instrument zur diagnostischen Absicherung. Diese Methoden sollten immer dann zum Einsatz kommen, wenn eine Schleimhautläsion klinisch als nicht tumorverdächtig angesehen wird und zunächst nur durch Beobachtung verfolgt wird. In diesen Fällen sind die Bürstenbiopsie-basierten Verfahren geeignet, eine diagnostische Fehleinschätzung frühzeitig aufzudecken.

■ Bei jedem klinischen Karzinom-Verdacht erübrigen sich sämtliche ergänzenden diagnostischen Maßnahmen, denn es wird unmittelbar eine Skalpellbiopsie erforderlich.

Prof. Dr. Hartwig Kosmehl
Institut für Pathologie
HELIOS Klinikum Erfurt

Prof. Dr. Dr. Christopher Mohr
Universitätsklinik für MKG-Chirurgie
an den Kliniken Essen Mitte

Prof. Dr. Peter A. Reichart
Zentrum für Zahnmedizin
Abteilung Oralchirurgie und Zahnärztliche
Röntgenologie
Charité Campus Virchow-Klinikum

Prof. Dr. Dr. Klaus-Dietrich Wolff
Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Technische Universität München

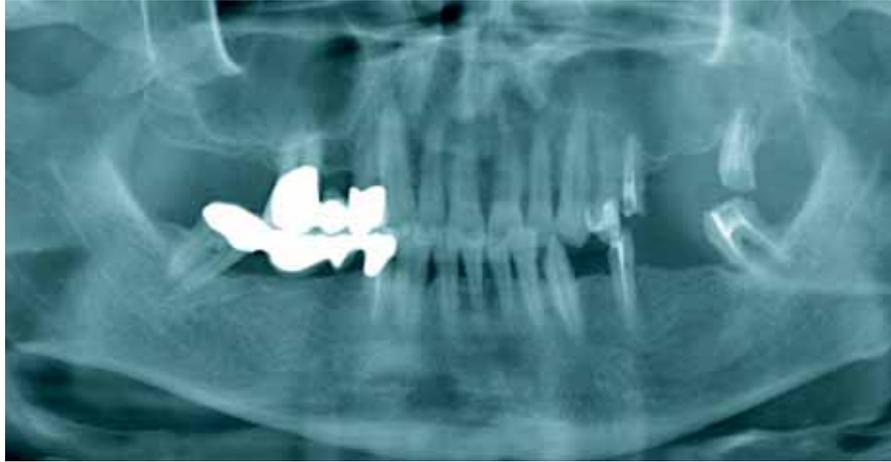
zm Leser service

Die Literaturliste für den Gesamtbeitrag (Teile 1 bis 3) können Sie unter <http://www.zm-online.de> abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende dieses Heftes.

Differentialdiagnose der odontogenen Kieferhöhlenerkrankungen

Invertiertes Papillom der Kieferhöhle

Ch. Walter, Martin Kunkel



Fotos: Kunkel

Abbildung 1: Orthopantomogramm
Auf der Übersichtsaufnahme erscheint die linke Kieferhöhle verschattet. In der Projektion auf die Radix 28 kann eine periradikuläre Aufhellung vermutet werden.

Ein ansonsten gesunder 52-jähriger Patient stellte sich mit einer mehrjährigen Schmerzanamnese im linken Oberkiefer vor. Die Schmerzen seien vor rund drei Jahren nach einer endodontischen Behandlung des Zahnes 28 aufgetreten und seither nie vollständig zur Rückbildung gekommen. Eine Entscheidung zur Revision oder auch zur Entfernung des Zahnes war immer wieder beschwerdeabhängig vertagt wor-

den. Durch den Nachweis einer therapierefraktären Sinusitis maxillaris bei persistierender Mund-Antrum-Verbindung (MAV) war die abschließende Indikation zur chirurgischen Intervention gestellt worden, dabei sollte auch über den Zahn 28 entschieden werden.

Die Panoramaschichtaufnahme (Abbildung 1) zeigt den deutlichen Knochenverlust in regio 26 und lässt bereits eine Ver-



Abbildung 2: Nasennebenhöhlenschnittaufnahme
In der konventionellen radiologischen Diagnostik erweist sich die linke Kieferhöhle als vollständig verschattet.



Abbildung 3: Zahnfilm
Der Zahnfilm des Zahnes 28 lässt zum einen erkennen, dass die distale Radix nicht obturiert wurde, außerdem kann eine Perforation vermutet werden.



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

schattung der basalen Kieferhöhlenanteile vermuten. In der Nasennebenhöhlenschnittaufnahme (Abbildung 2) ist dann das Ausmaß der Kieferhöhlenbeteiligung deutlich zu erkennen. Der Sinus maxillaris links ist vollständig verschattet. Wegen der Frage der Erhaltungswürdigkeit des Zahnes 28 wurde ein Zahnfilm (Abbildung 3) angefertigt, der zeigt, dass der distale Kanal nicht obturiert werden konnte und der außerdem eine Via falsa vermuten lässt. Der vermutete Kausalzusammenhang war daher eine chronische Sinusitis auf der Basis einer Via falsa, die zu einer persistierenden MAV nach Exzision 26 geführt hatte.

Therapeutisch erfolgte zunächst die Einlage eines Drainageröhrchens über die bestehende Mund-Antrum-Verbindung in regio 26. Nach Abklingen der akuten Symptomatik wurde, nach Exzision der Fistel in regio 26 und Exzision des Zahnes 28, über einen transoralen Zugang eine Kieferhöhlenrevision durchgeführt. Nach Anlage eines Knochendeckels (Abbildung 4) zeigte sich die umfangreiche Verlegung der Kieferhöhle mit polypösem Gewebe. Die auf Grund der radiologischen Diagnostik vermutete Via falsa bei endodontischer Behandlung des Zahnes 28 bestätigte sich



Abbildung 4: Intraoperativer Situs
Nach der Anlage des Knochendeckels wird die Verlegung der Kieferhöhle mit polypösem Gewebe erkennbar.



Abbildung 5:
a) An dem extrahierten Zahn bestätigt sich der Verdacht einer Via falsa.



b) Das aus der Kieferhöhle gewonnene Gewebe entspricht vom Aspekt her entzündlich hyperplastischer Schleimhaut.

(Abbildung 5). Das aus der Kieferhöhle entfernte Gewebe entsprach vom Aspekt entzündlich hyperplastischer Sinusschleimhaut (Abbildung 6), passend zu einer chronischen Sinusitis.

In der histologischen Untersuchung zeigten sich neben der erwarteten polypös hyperplastischen Sinusitis Schleimhautanteile mit einer deutlichen Verbreiterung des Epithels und einem endophytischen Wachstum von Epithelinseln (Abbildung 6a). Anstelle des mehrreihigen respiratorischen Flimmerepithels mit Becherzellen (Abbildung 6b) fand sich in diesen Abschnitten ein Schichtungsmuster, das eher einem Transitionalzell-epithel des Harntraktes ähnelte (Abbildung 6c). Damit ergab sich zusätzlich zu der Dia-

gnose der Sinusitis maxillaris der Nachweis eines invertierten Papilloms der Sinus-schleimhaut.

Diskussion

Das invertierte Papillom gehört neben dem fungiformen und dem Zylinderzellpapillom zu den sinonasalen Papillomen und geht meist von der Schneider'schen Membran der lateralen Nasenwand oder dem Sinus maxillaris aus. Es tritt gehäuft zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr auf, wobei Männer bevorzugt betroffen sind [1].

Der Begriff des „invertierten Papilloms“ geht zurück auf das typische histologische Erscheinungsbild mit endophytisch oder invertiertem epithelalem Wachstum in das Stroma hinein, wobei im Gegensatz zum infiltrativen Wachstum maligner Tumoren die

Basalmembran in allen Abschnitten erhalten bleibt. Dennoch besteht eine deutliche Tendenz zur Umgebungsausbreitung und zum lokal destruktiven Wachstum. Die klinische Symptomatik ist, wie bei allen anderen chronischen Erkrankungen der Kieferhöhle über lange Zeit unspezifisch (wie Druckgefühl). Spätsymptome bei ausgedehntem Wachstum können die Verlegung der Nasenhöhle, Ausfluss aus der Nase, Schmerzen, Epistaxis oder Epiphora sein.

Die Ätiologie dieses Krankheitsbildes ist weitgehend unklar. Eine pathogenetische Bedeutung humaner Papillomaviren oder auch des Epstein-Barr Virus wird sehr kontrovers diskutiert. Interessanterweise bestehen keine nachvollziehbaren Assoziationen

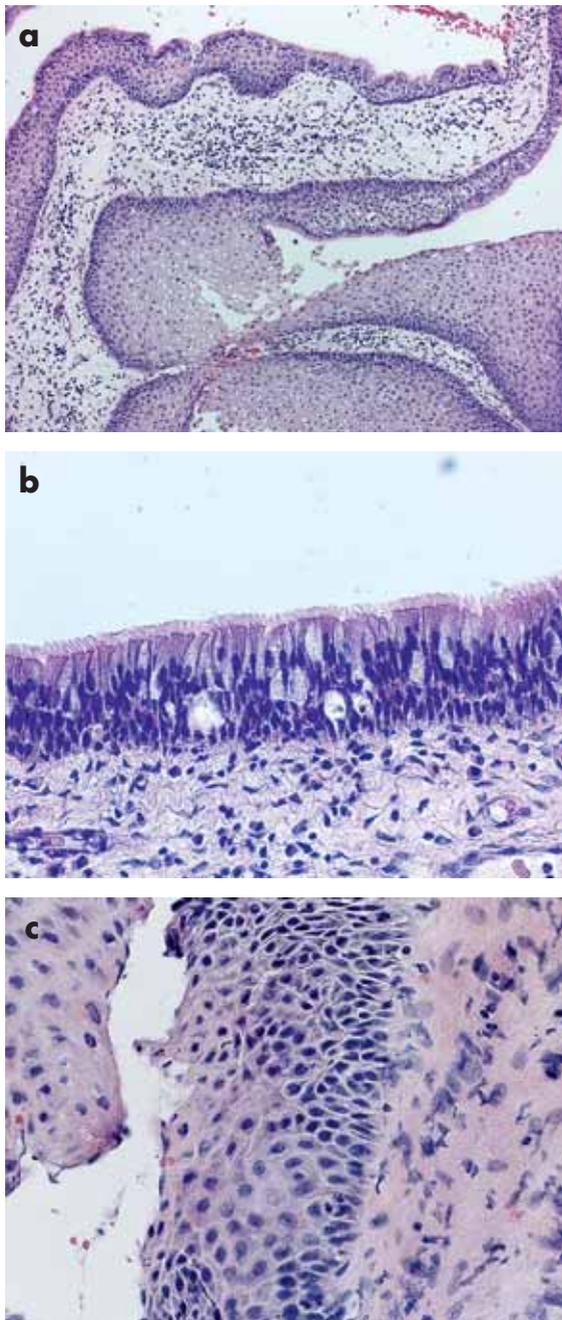


Abbildung 6 Histologie

Abbildung 6a: In der Übersichtsvergrößerung (HE; Originalvergrößerung 100x) zeigen sich Invaginationen des massiv verbreiterten Epithels, wobei sich (Abbildung 6b) die typische Architektur des respiratorischen Flimmerepithels mit Becherzellen (HE; Originalvergrößerung 400x) verliert.

Abbildung 6c: In Teilen ist eine Epithelschichtung zu erkennen, die an die Auskleidung des Harntraktes (Übergangsepithel) erinnert (HE; Originalvergrößerung 400x).

Das histologische Präparat wurde freundlicherweise von Dr. Hansen, Institut für P

zwischen dem Auftreten invertierter Papillome und allergischen oder chronisch-inflammatorischen Kieferhöhlenveränderungen und auch keine nachweisbaren Zusammenhänge zu exogenen Noxen. Klinisch bedeutsam ist die Tendenz zur Entwicklung von Plattenepithelkarzinomen im invertierten Papillom, wobei die Häufigkeit zwischen 2 und 27 Prozent angegeben wird.

Vor dem Hintergrund des lokal unbegrenzten und destruktiven Wachstums, der Möglichkeit einer malignen Entartung [3] und der hohen Rezidivrate [2] besteht die Therapie des invertierten Papilloms aus der kompletten endoskopischen oder offen chirurgischen Entfernung des Papilloms. Bei non-in-sano Resektion oder dem Nachweis eines Karzinoms auf der Basis eines entarteten Papilloms kann eine adjuvante Strahlentherapie erforderlich werden.

Für die zahnärztliche Praxis weist der vorliegende Fall noch einmal auf die Problematik unabhängiger simultaner Krankheitsbilder hin, die sich hinter einer durchaus eindrucksvollen klinischen Symptomatik, hier einer Sinusitis maxillaris, verbergen können. Tatsächlich führte hier die odontogene Kieferhöhleninfektion zu einer Revision und

Fazit für die Praxis

- Auch hinter einer Symptomatik, für die eine eindeutige Erklärung durch ein Krankheitsbild (hier odontogene Kieferhöhleninfektion) vorhanden ist, kann sich ein weiteres assoziiertes aber auch unabhängiges Krankheitsbild verbergen.
- Die Symptomatik von Erkrankungen der Kieferhöhle lässt häufig keine Unterscheidung über die Dignität der Erkrankung zu.
- Auch bei scheinbar eindeutigem Kausalzusammenhang zu einer „harmlosen“ inflammatorischen Ursache ist eine histologische Untersuchung von pathologischen Geweben obligat.

damit zu der Erkennung eines invertierten Papilloms zu einem ungewöhnlich frühen Zeitpunkt.

Dr. Dr. Ch. Walter
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2
55131 Mainz
E-mail: walter@mkg.klinik.uni-mainz.de

Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und plastische
Gesichtschirurgie
Knappschafts Krankenhaus Bochum
Langendreer, Universitätsklinik
Ruhr Universität Bochum
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
Martin.Kunkel@ruhr-uni-bochum.de

Literatur:

1. Barnes L., Eveson J. W., Reichart P. and Sidransky D.: World Health Organization Classification of Tumours – Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC; 2005.
2. Mendenhall W. M., Hinerman R. W., Malyapa R. S., Werning J. W., Amdur R. J., Villaret D. B. and Mendenhall N. P.: Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Am J Clin Oncol* 2007;30: 560-3.
3. von Buchwald C. and Bradley P. J.: Risks of malignancy in inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;15: 95-8.



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

Über die Pflanzung von Zähnen

Eine spezielle Kasuistik

Durch ein Trauma verschiedener Genese kommt es beispielsweise zur Entfernung des menschlichen Zahnes aus seiner Alveole.

Der Patient steht dann vor der Entscheidung: Kann ich ihn „Zurückpflanzen“ – also „replantieren“ oder brauche ich eine „Zahnersatz“-Prothese beziehungsweise ein „Implantat“?

Im Folgenden zeigen unsere Fälle Replantation. Dabei muss man unterscheiden, ob „alloplastisch“, also innerhalb von zwei bis drei Minuten, oder „heteroplastisch“ replantiert werden kann. Bei Letzterem ist die

Lebenserwartung des Zahnes erfahrungsgemäß kürzer, wie die Abbildungen 2 und 3 zeigen.

Dazu ein Fall: Ein Student hatte sich beim winterlichen Wetter die vier Oberkiefer-Frontzähne ausgeschlagen. Diese wurden nach drei Tagen replantiert (siehe Abbildungen 2 und 3) – also heteroplastisch, daher gingen sie nach vier Jahren durch Resorption verloren.

Prof. Dr. Eberhard Sonnabend
Junkerstraße 21
82131 Gauting



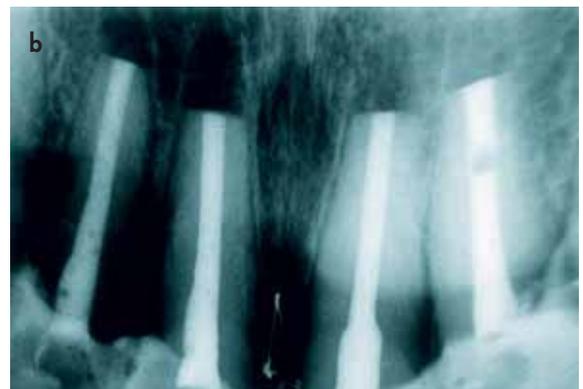
Abbildung 1:
Das Röntgenbild zeigt einen „alloplastisch“ replantierten Zahn nach 30 Jahren in situ.



Abbildungen 2a und b:
Zustand direkt nach der Implantation in situ und Röntgenaufnahme



Abbildungen 3a und b:
Zustand nach vier Jahren: Die Röntgenaufnahme zeigt deutlich die Wurzelresorptionen.



Repetitorium

Akromegalie

Die Symptome einer Akromegalie entwickeln sich langsam und zunächst von den Betroffenen unbemerkt. Das erklärt, warum diese endokrinologische Erkrankung, die durch eine Überproduktion des Wachstumshormons bedingt ist und auch mit einer ausgeprägten Veränderung der Kieferknochen und mit zunehmenden Gebissfehlstellungen einher geht, oft erst spät diagnostiziert und entsprechend kaum behandelt wird.



Sein Aussehen hat sich erst in den letzten Jahren verändert. Schädel, Nase, Kinn und auch die Hände sind gewachsen: Ursache einer übermäßigen Wachstumshormonausschüttung.

Die Bezeichnung Akromegalie leitet sich von den altgriechischen Begriffen „akros“ (hervorspringende Körperenden) und mega (groß) ab und charakterisiert damit bereits die wesentliche Grundlage der Erkrankung: Denn diese geht auf eine übermäßige Bildung des Wachstumshormons (Growth Hormon, kurz GH, auch somatotropes Hormon (STH) genannt), zurück, was langfristig eine deutliche Vergrößerung vor allem der Körperendglieder der Patienten wie der Finger und der Hände sowie der Zehen und der Füße, aber auch der Nase, des Kinns und der Jochbögen zur Folge hat.

Vermehrte Bildung von Wachstumshormon

Welche Veränderungen bei der Akromegalie auftreten, hängt wesentlich davon ab, in welchem Lebensalter es zur unkontrollierten Bildung von Wachstumshormon kommt. Die Sekretion des GH wird beim Gesunden durch zwei Hormone gesteuert, welche im Hypothalamus gebildet werden: das Somatostatin, das durch eine Bindung an spezielle Rezeptoren auf der Zelloberfläche die GH-Bildung hemmt, und der Somatostatin-Gegenspieler, das Wachstumshormon-Releasing Hormon (GHRH), das

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

wiederum die GH-Sekretion stimuliert. Bei der Mehrzahl der Patienten bildet sich die Akromegalie zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr aus. Frauen erkranken generell etwas häufiger als Männer.

Symptome auf vielen Ebenen

Der unkontrollierten GH-Sekretion liegt in 95 Prozent der Fälle ein gutartiger Tumor des Hypophysen-Vorderlappens zugrunde. Entwickelt er sich, bevor die Epiphysenfugen geschlossen sind, so ist ein massiv forciertes Längenwachstum, der so genannte hypophysäre Riesenwuchs oder Gigantismus, die Folge. Dabei bleiben die normalen Körperproportionen erhalten.

Anders sieht das aus, wenn sich der Tumor erst später entwickelt. Dann kommt es bei den Knochen „nur“ noch zum Wachstum im Bereich der Akren sowie bei den Gesichtsknochen. Vor allem Füße und Hände werden dadurch größer, und die Gesichtszüge vergrößern sich.

Typisch ist ein sich entwickelndes, auffallend hervorstehendes Kinn, eine sich vergrößende Nase und ausgeprägte Lippen. Wie dies konkret aussieht, wird üblicherweise an einem von etwa 1350 vor Christus stammenden Bild des Pharao Echnaton demonstriert. Er besaß ein stark vorspringendes Kinn, eine große Nase und wulstige Lippen und litt offenbar unter einer Akromegalie.

Veränderung der Gesichtszüge

Menschen mit Akromegalie merken selbst allerdings oft nur, dass zum Beispiel die Schuhe zu klein werden und Fingerringe nicht mehr passen. Die Veränderung der Gesichtszüge, die sich ebenfalls fast unmerklich vollzieht, fällt meist erst auf, wenn

die Betroffenen von Personen angesprochen werden, denen sie längere Zeit nicht mehr begegnet sind.

Beim Zahnarzt kann zudem eine zunehmende Fehlstellung des Gebisses mit entsprechenden kieferorthopädischen Problemen auffallen. Das erklärt, warum der entscheidende Anstoß zu weiterführenden Untersuchungen und damit letztlich zur Diagnosefindung nicht selten durch den behandelnden Zahnarzt erfolgt.

Wachstumsprozesse im gesamten Körper

Allerdings vollziehen sich die Wachstumsprozesse nicht nur im Knochen. Das Somatostatin regt auch Weichteile zum unkontrollierten Wachstum an. Dies hat zur Folge, dass sich auch die inneren Organe, wie etwa das Herz, vergrößern (Viszeromegalie). Auch Kehlkopf und Zunge können wachsen, es kann zur Kropfbildung kommen, zur vermehrten Knorpelbildung und einem übermäßigen Haarwuchs, speziell der Körperbehaarung.

Je nachdem, welche Organe besonders stark betroffen sind, können verschiedenste Erkrankungen als Folge der übermäßigen Wachstumshormonbildung auftreten. Es können sich ein Diabetes mellitus sowie Herzerkrankungen entwickeln. Viele Akromegalie-Patienten leiden zudem unter einer Hypertonie, was Folge einer sich ausbildenden Schlaf-Apnoe sein kann, die ihrerseits mit Schnarchen und einer erhöhten Müdigkeit durch das Fehlen des erholsamen Nachtschlafs verbunden ist. Sie wird begünstigt durch die sich vergrößernden Strukturen von Kehlkopf, Zunge und Nase. Weitere häufige Symptome bei der Akromegalie sind Taubheitsgefühle und Kribbeln in den Händen aufgrund eines sich entwickelnden Karpaltunnelsyndroms. Typisch sind ferner eine allgemeine Abgeschlagenheit, Knochenschmerzen und vermehrtes Schwitzen.

Auch können Symptome auftreten, die durch die lokale Druckwirkung des Tumors bedingt sind, wie Kopfschmerzen oder eine Beeinträchtigung des Sexuallebens, wenn der Tumor die hormonellen Regelkreise

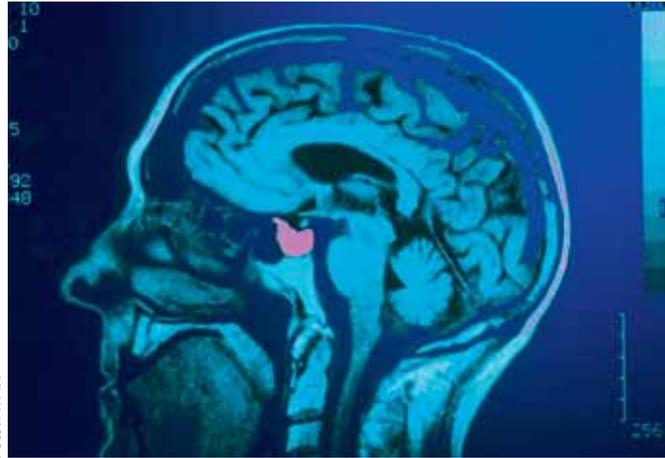


Foto: AIPX

Die Hypophyse und ihre Lage außerhalb der Gehirnmassen, aber mit einer „gestielten“ Verbindung. Sie ist verantwortlich für das unnatürliche Wachstum der Akren.

stört. So geben viele betroffene Männer Erektionsstörungen an. Männer wie auch Frauen verlieren häufig ihr sexuelles Interesse. Es kommt zudem bei Frauen zur Amenorrhoe.

Ist der Tumor bereits fortgeschritten, so drohen außerdem Sehstörungen und speziell Gesichtsfeldausfälle, wenn die Geschwulst auf die entsprechenden Hirnnerven drückt.

Die Ursache ist ein Hypophysenadenom

Die wissenschaftliche Beschreibung der Akromegalie geht auf den Arzt Pierre Marie zurück, einen Neurologen am Pariser Klinikum Salpêtrière, der gegen Ende des 19. Jahrhunderts bei Patienten mit den beschriebenen äußeren Merkmalen erstmals eine unnatürliche Vergrößerung des vorderen Teils der Hirnanhangdrüse feststellte. Er prägte den Begriff der Akromegalie. Die Assoziation zu einer vermehrten Bildung von Wachstumshormonen zog Anfang des 20. Jahrhunderts dann der amerikanische Arzt H. W. Cushing.

Inzwischen ist gut bekannt, dass die Erkrankung auf einem Adenom der Hypophyse beruht, einem kirschgroßen Organ, das in einer Knochennische, der Sella turcica, in Höhe der Augen direkt hinter der Nasenwurzel liegt. Die Hypophyse befindet sich an der Basis, und zwar außerhalb des Gehirns, und ist mit diesem durch einen Stiel verbunden, was die deutsche Bezeichnung „Hirnanhangdrüse“ erklärt.

Die Hypophyse steuert die Hormonbildung, zum Beispiel in den Nebennieren und in der Schilddrüse, und bildet auch selbst Hormone, wie das Wachstumshormon, das bei

Kindern das Wachstum steuert, und bei Erwachsenen wichtige Funktionen im Lipid-, Kohlenhydrat- und Protein-Stoffwechsel besitzt. Zwar bildet das Hypophysenadenom keine Metastasen und ist als gutartiger Tumor anzusehen, der lokal und zudem nur langsam wächst. Eine adäquate Behandlung ist dennoch wegen der Symptome der Patienten und auch der Tatsache einer unbehandelt doch erheblich reduzierten Lebenserwartung der Patienten unerlässlich.

Nur in sehr seltenen Fällen liegt der Erkrankung eine andere Ursache, wie etwa ein bösartiger Wachstumshormon-bildender Tumor, zugrunde.

Häufigkeit unterschätzt

Die Akromegalie gilt allgemein als seltene Erkrankung, wobei früher von einer Inzidenz von drei bis vier und inzwischen von rund 60 Neuerkrankungen pro eine Million Einwohner pro Jahr ausgegangen wird. Doch auch das dürfte die tatsächliche Inzidenz noch unterschätzen, vermutet Professor Dr. Günther K. Stalla aus München. Neuere Erhebungen lassen seinen Angaben zufolge sogar eine nahezu 20-fach höhere Inzidenz vermuten.

Damit dürfte praktisch jeder Arzt in seiner Praxis Akromegalie-Patienten betreuen, wobei sehr häufig die Störung nicht diagnostiziert wird. Vom Auftreten der Symptome bis zur richtigen Diagnose vergehen laut Stalla im Mittel immerhin neun Jahre. Damit aber werden wertvolle Heilungschancen vertan. Denn diese sind umso besser, je kleiner das Adenom ist, je früher also die Diagnose gestellt wird.

Repetitorium



Aus der Sicht der Zahnmedizin

Akromegalie

Der Zahnarzt hat nicht nur bei der Therapie bestehender Veränderungen, sondern insbesondere in der Frühdiagnostik einer bisher nicht bekannten Erkrankung eine besondere Verantwortung. Wobei die Verdachtsdiagnose anhand einer Veränderung der Sella turcica im Fernröntgenseitenbild, wie von Alkofide et al. [2001] beschrieben, sicherlich die Ausnahme darstellt. Veränderungen in ihrer Kausalität als Folge einer Akromegalie im orofacialen Bereich entwickeln sich bei erwachsenen Patienten in der Regel über einen Zeitraum von Jahren. Dabei besitzen diese Veränderungen einen besonderen diagnostischen Stellenwert und können in unterschiedlicher Form als Symptom einer Akromegalie auftreten.

Patienten suchen nicht nur aufgrund typischer Veränderungen, wie Makroglossie, Makrocheilie, der vielfach beschriebenen Vergrößerung der Gesichtszüge mit einhergehender Prominenz der Jochbögen und des Unterkiefers den Arzt oder Zahnarzt auf. Insbesondere nach dem Abschluss des Wachstums entwickelt sich in der Regel eine Dysgnathie, wobei es sich bei etwa 75 Prozent der Akromegaliepatienten um eine typische Klasse III Beziehung handelt [Markovic, 1978]. Diese typischen Symptome können in ihrer klinischen Ausprägung aber auch eine untergeordnete Rolle spielen oder gänzlich fehlen. Insbesondere zu Beginn der Erkrankung stehen unter Umständen unspezifische Befunde im Vordergrund, die den Patienten veranlassen, speziell den Zahnarzt aufzusuchen. Die Bandbreite der beschriebenen Beschwerden, die zur Diagnose einer Akromegalie führten, reicht von Kopfschmerzen bis hin zu Arthritiden des Kiefergelenks [Clemmons, 2003; Nachtigall, 2006]. Allerdings werden weitaus häufiger Veränderungen der Okklusion infolge von Zahnverschiebungen bei dem erneuten Kieferwachstum von

den Betroffenen selbst festgestellt [Cohen, 1993], welche sich auch zunächst nur durch Probleme bei der Nahrungsaufnahme bemerkbar machen können [Sugata, 1998] oder den Besuch des Zahnarztes zur Erneuerung einer „nicht mehr passenden“ prothetischen Versorgung veranlassen. Insbesondere das Abbeißen bereitet den Patienten Schwierigkeiten infolge eines frontoffenen oder progenen Bisses. Auch bei diesen Veränderungen sollte nach Ausschluss anderer Ursachen, wie raumfordernden Prozessen, degenerativen Erkrankungen des Kiefergelenks, Frakturen, oralen Habits oder weiteren fortschreitenden systemischen Erkrankungen, die Möglichkeit einer Akromegalie in die differentialdiagnostischen Überlegungen des Zahnarztes mit einbezogen werden.

Da sich die Veränderungen der skelettalen facialis Physiognomie nur sehr langsam vollziehen, ist bei der Diagnostik ein Vergleich mit älteren Photos oder Modellen der Patienten hilfreich.

Da sich die skelettalen Veränderungen auch bei erfolgreicher Therapie des Tumors nicht wieder zurückbilden, sind häufig neben prothetischen und kieferorthopädischen Maßnahmen auch operative Korrekturen notwendig. Diese sollten jedoch erst nach langfristiger Normalisierung des Wachstumshormonpiegels durchgeführt werden.

*Dr. Martin Emmel
Priv. Doz. Dr. Dr. Monika Daubländer
Johannes Gutenberg Universität
Klinik und Poliklinik für Zahn-,
Mund- und Kieferkrankheiten
Augustusplatz 2
55131 Mainz*



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

Diagnosesicherung per Kernspintomographie

Liegt der Verdacht auf eine Akromegalie vor, so wird die Diagnose üblicherweise mittels endokrinologischer Untersuchungen gestellt. Zentrale Bedeutung hat dabei der orale Glukosetoleranztest (oGTT), da Glukose beim Gesunden, nicht aber beim Akromegalie-Patienten, eine Absenkung der Wachstumshormon-Spiegel bewirkt. Fehlt diese Absenkung, so besteht ein starker Verdacht auf eine quasi autonome Ausschüttung von Somatostatin infolge eines Tumors. Die direkte Bestimmung des Wachstumshormons ist hingegen wenig aussagekräftig, da die Freisetzung pulsatil erfolgt, wodurch Einzelmessungen wenig aussagekräftig sind.

Hinweisend auf die Erkrankung kann ferner eine erhöhte Sekretionsrate des in der Leber gebildeten Wachstumsfaktors IGF-1 (Insulin-like-Growth-Factor-1) sein, die durch Somatostatin angeregt wird. Die Bestimmung des IGF-1 dient dabei nicht nur zur Diagnosestellung, sondern auch der Verlaufskontrolle.

Gesichert wird die Verdachtsdiagnose zu meist durch eine Magnetresonananzuntersuchung, also per Kernspintomographie.

Drei verschiedene Therapieverfahren

Behandeln lässt sich die Akromegalie mittels der operativen Entfernung des Tumors, durch eine medikamentöse Therapie oder auch per Bestrahlung.

Das bedeutsamste Verfahren ist die transphenoidale Operation durch den Neurochirurgen, da nur durch die operative Entfernung des Tumors eine Kuration erwirkt werden kann. Erreichen lässt sich dieses Therapieziel bei etwa drei Viertel der Patienten mit einem Mikroadenom, also einer Geschwulst, die im Durchmesser unter einem Zentimeter liegt. Liegt dagegen ein Makroadenom vor (Durchmesser über einem Zentimeter), so ist eine vollständige Entfernung des Tumors unter Erhalt des normalen Gewebes der Hypophyse meist nicht möglich, und es kommt nicht zu einer völligen Normalisierung der

Wachstumshormon-Spiegel. In solchen Fällen sind zusätzlich Medikamente oder eine Strahlentherapie angezeigt. Der operative Eingriff macht dennoch Sinn, weil er eine Verkleinerung des Tumors bewirkt. Dies führt zumeist zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik, wie der Abgeschlagenheit, der Kopfschmerzen und auch der Hypertonie.

Strahlentherapie – Wirkung setzt nur langsam ein

Deutlich weniger und vor allem erheblich langsamer wirksam ist die Radiotherapie, durch die die Tumorzellen am weiteren Wachstum gehindert und möglichst zum Absterben gebracht werden sollen. Bei drei Viertel der Patienten wird durch die Bestrahlung eine ausreichende Absenkung der GH-Spiegel erreicht, allerdings erst über einen Zeitraum von zehn bis 15 Jahren. Es muss deshalb parallel eine medikamentöse Behandlung erfolgen.

Ein weiterer Nachteil der Strahlentherapie ist die Tatsache, dass praktisch immer auch die Hypophyse selbst geschädigt wird, was eine Hypophysen-Insuffizienz zur Folge hat und eine langfristige Substitution von Hypophysenhormonen erforderlich machen kann.

Es besteht inzwischen außerdem die Möglichkeit der Radiochirurgie, einer speziellen Bestrahlungstechnik mit hoher Zielgenauigkeit, wobei sich mit dem so genannten „Gamma-Knife“ (Gammastrahlen des Kobalt-60) hohe Strahlendosen in nur einer Sitzung applizieren lassen. Allerdings ist dieses Verfahren nur möglich, wenn das Adenom nicht größer als drei bis dreieinhalb Zentimeter ist und einen ausreichenden Abstand zu benachbarten empfindlichen Teilen des Gehirns hat, beispielsweise zu dem Sehnerven.

Medikamentöse Therapie

Infolge der Limitationen von Operation und Radiotherapie führt an der medikamentösen Behandlung oft kein Weg vorbei. Die Gabe von Medikamenten ist aber nicht nur notwendig, wenn operativ der Tumor nicht



Foto: Medical Picture

Wenn die zierlichen Hände zu Pranken werden ist der Endokrinologe gefragt.

völlig entfernt werden konnte. Sie ist auch präoperativ indiziert, um den Tumor besser operabel zu machen, Sie stellt eine alternative Maßnahme dar, wenn eine Operation nicht möglich ist oder wenig Aussicht auf Erfolg bietet. In Kombination mit der Radiotherapie hilft sie, den Zeitraum zu überbrücken, bis die Strahlentherapie voll greift, was durchaus erst nach Jahren der Fall sein kann.

Über verschiedene Strategien kann dabei versucht werden, die GH-Bildung zu drosseln. So wurde beispielsweise beobachtet, dass der Neurotransmitter Dopamin eine nachhaltige Reduktion der GH-Bildung bedingt. Wirksamer noch sind Dopamin-Agonisten. Sie können als Tabletten eingenommen werden und führen bei bis zu jedem zweiten Akromegalie-Patienten zu einer Senkung der Spiegel an Wachstumshormon. Allerdings wird nur bei zehn bis 20 Prozent der Patienten eine wirkliche Krankheitskontrolle erzielt.

Verschiedene Strategien

Alternativ oder ergänzend sind deshalb bei der Mehrzahl der Betroffenen Somatostatin-Analoga induziert, also Wirkstoffe, die ähnlich wie es physiologisch der Fall ist, die GH-Bildung durch Blockieren der Rezeptoren auf der Zelloberfläche hemmen. Frü-

here Wirkstoffe mussten dabei dreimal täglich subkutan injiziert werden. Inzwischen stehen auch Depotpräparate zur Verfügung, bei denen der Wirkstoff in Mikrokapseln eines Polymers eingebettet ist und aus diesen kontinuierlich freigesetzt wird. Die Injektion muss bei dieser Behandlungsform nur einmal pro Monat erfolgen, dies allerdings intramuskulär.

Durch die Somatostatin-Analoga lässt sich bei der Mehrzahl der Patienten eine rasche Symptomlinderung erwirken, vor allem Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, die Müdigkeit und das übermäßige Schwitzen bessern sich. Bei 80 bis 95 Prozent der Akromegalie-Patienten wird zudem eine anhaltende Reduktion der Konzentration des Wachstumshormons erwirkt, wobei diese bei zwei Drittel der Betroffenen sogar unter den Schwellenwert von 2,5 µg/l sinkt. Etwa jeder zweite Patient reagiert zudem mit einer erkennbaren Verkleinerung des Hypophysen-Adenoms unter der Therapie.

Lässt sich mit den genannten Strategien ein ausreichender Behandlungserfolg nicht sichern, so ist auch eine Therapie mit GH-Antagonisten möglich. Diese besetzen ihrerseits den GH-Rezeptor und konkurrieren dort mit dem Wachstumshormon. Durch die Bindung des GH-Antagonisten aber wird die normalerweise durch die GH-Bindung ausgelöste Signalkette unterbunden und damit die Wirkung des Wachstumshormons verhindert. Der Wachstumshormon-Rezeptorantagonist unterdrückt anders als die sonstigen Therapieverfahren die Auswirkungen des Wachstumshormonüberschusses. Dazu zählt auch die Bildung des für viele Beschwerden verantwortlichen Wachstumsfaktors IGF-1. Ähnlich wie früher die Somatostatin-Analoga, muss aber auch der GH-Antagonist täglich subkutan injiziert werden. ■

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

Christine Vetter
Merkenicher Str. 224
50735 Köln

31. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie

Alles über rechtliche Konsequenzen

Am 13. 10. 2007 fand in der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz die 31. Jahrestagung des Arbeitskreises für forensische Odonto-Stomatologie statt.

Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster, referierte über die „Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht“ und empfahl nicht nur die Passgenauigkeit eines Kronenrands gewissenhaft zu begutachten, sondern die gleiche Aufmerksamkeit den psychosomatisch erkrankten Patienten bei der Begutachtung zu widmen. Er legte Wert darauf, dass alle zahnärztlichen Gutachter zum Erwerb einer psychosomatischen Grundkompetenz verpflichtet werden sollten. Anschließend folgten aktuelle Beispiele von Gerichtsentscheidungen, insbesondere von psychosomatisch geprägten Fällen. Desweiteren wies Prof. Figgenger darauf hin, dass offensichtliche Mängel in der zahnärztlichen Dokumentation ebenso wie grobe Behandlungsfehler vor Gericht zur sogenannten Beweislastumkehr führen würden.

Misserfolge bei Augmentationen

Prof. Dr. Dr. Rolf Singer, Ludwigshafen, stellte Begutachtungsfälle aus dem implantologischen Behandlungsbereich vor und berichtete von Misserfolgen bei augmentativen Massnahmen, insbesondere von Fisteln und Wunddehiszenzen. Er empfahl eine Nicht-Berechnung der zahnärztlichen Leistungen, falls Implantate nicht einheilen würden. Eine Implantation bei vorliegender Otitis lehnte der Referent strikt ab – auch bei gleichzeitiger antibiotischer Behandlung. Vor einer Implantation sollte eine ausführliche Aufklärung des Patienten erfolgen, insbesondere bei Unterkieferimplantation(en) über mögliche Nervläsionen. Das Aufklärungsgespräch sollte schriftlich dokumentiert werden und sowohl vom Patient/-in als auch vom Behandler/-in unterzeichnet werden.



Foto: CC

Der nächste, ebenfalls juristisch geprägte Vortrag von Prof. Dr. Gerhard Wahl, Bonn, beschäftigte sich mit „Komplikationen und Aufklärungspflicht als haftungsrechtliche Aspekte bei der Lokalanästhesie“. Zu den „lokalen“ Komplikationen der Infiltrationsanästhesie (Nerven- und Gefäßverletzungen, Spritzenhämatome, Schleimhautnekrosen) zählen sowohl injektionsbedingte als auch medikamentenbedingte Komplikationen. Zusätzlich existieren „systemische“ Komplikationen, die man in „spezifische“ (wie Lokalanästhetikum, Vasokonstriktor, Konservierungsmittel) und „unspezifische“ unterteilt. Durch Lokalanästhetika können unter Umständen Synkopen, Insulte, Infarkte sowie Atem- und Herzstillstände ausgelöst werden. 46 Prozent aller zahnärztlichen Patienten kämen bereits mit internistischen Risikorerkrankungen zur zahnärztlichen Behandlung. Daher sei eine ausführliche Anamnese, insbesondere bezüglich koronarer Herzerkrankung, Lungenerkrankungen und Allergien erforderlich. 28 Prozent aller zahnärztlichen Patienten würden eine tägliche Medikamenteneinnahme durchführen, die in vielen Fällen der behandelnden Zahnärztin oder dem behandelnden Zahnarzt nicht bekannt seien. Für die

zahnärztlichen Behandlungen in Intubationsnarkose, insbesondere bei Kindern, verwies Prof. Wahl auf die wissenschaftlichen Stellungnahmen der DGZMK. Seit 1998 seien die Inhalte der Euro-Norm EU 740 für alle Intubationsnarkosen verpflichtend. Bei der oralen Gabe von Dormicum® zur Schmerzausschaltung sei eine Pulsoximetrie verpflichtend, ebenso wie das Vorhandensein einer Sauerstoffflasche im zahnärztlichen Behandlungszimmer. Die technischen Möglichkeiten zur Reanimation seien ebenfalls unabdingbare Voraussetzung für eine Intubationsnarkose. Eine Entlassung des Patienten – mit einer Begleitperson – dürfe frühestens drei Stunden nach Behandlungsende erfolgen, so dass das Vorhalten eines Aufwachraums zwingend verpflichtend sei.

Der Sinn und Unsinn von Streitverfahren

Die „Entwicklungen in der zivilrechtlichen Sachverständigentätigkeit und bei Streitfällen nach prothetisch-restaurativer Behandlung“ war das Thema von Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf. Sie berichtete über 63 abgeschlossene zahnärztliche Gerichts-

verfahren, in denen meistens Frauen als Klägerinnen aufgetreten seien. In 30 Prozent der Fälle hätten die Kläger/-innen das Gerichtsverfahren für sich entschieden, in 48 Prozent wären die behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte die Gewinner des Gerichtsverfahrens gewesen. In 22 Prozent der Fälle wären die Gerichtsverfahren durch einen Vergleich beendet worden. Zahnärztinnen und Zahnärzte würden durchschnittlich sechs Monate nach Behandlungsende vor Gericht ziehen, während klagende Patientinnen und Patienten erst ein Jahr nach Beendigung der zahnärztlichen Behandlung eine Klage bei Gericht einreichen würden. In den meisten Fällen würden die zahnärztlichen Sachverständigengutachten rund zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung erstellt. Ein Gerichtsurteil würde meist acht Monate später gesprochen, so dass in vielen Fällen fast drei Jahre vergehen würden, ehe von Gericht wegen über eine zahnärztliche Behandlung definitiv entschieden worden wäre. In einem einzigen Fall ist der Referentin die dreizehnjährige Dauer eines zahnärztlichen Gerichtsstreits bekannt. Der Streitwert der von ihr untersuchten Gerichtsverfahren lag bei 440 DM bis 78 000 DM – mit einem Durchschnittswert von 11 600 DM. Die Referentin empfahl den Teilnehmern in einem Streitfall von einer „Abfertigung“ der Patienten abzusehen. Ebenso sollten von Seiten der behandelnden Zahnärztinnen und Zahnärzte keine vorzeitigen Stellungnahmen abgegeben werden. Die vorhandenen Behandlungsunterlagen sollten sowohl gesichtet als auch gesichert werden. Die zuständige Haftpflichtversicherung sollte umgehend informiert werden, auch wenn sich die behandelnde Zahnärztin beziehungsweise der behandelnde Zahnarzt „im Recht fühlt“.

Der Sachverständige bei Gericht

Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg, berichtete über die „Grundlagen der zahnärztlichen Sachverständigentätigkeit im Gerichtsverfahren“. Zahnärztliche Sachverständigentätigkeit im Gerichtsverfahren ist unter Umständen erforderlich bei Verlet-

zungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsreich, zahnärztlichen Behandlungsfehlern, berufsbedingten Zahnschäden in der forensischen Altersdiagnostik und bei zahnärztlichen Identifizierungstätigkeiten. In diesem Vortrag wurden Erläuterungen von Rechtsbegriffen, gerichtlichen Verfahrensabläufen, „Spielregeln“ des Gerichtsverfahrens, mögliche „Todsünden“ des Sachverständigen, Befangenheitsgründe und mehr detailliert dargestellt. Ebenso wurden Unterscheidungsmerkmale zu den Begriffen „Sachverständiger Zeuge“ und „Sachverständiger“ ausführlich behandelt. Es wurde den Anwesenden dringend angeraten, das Gerichtsgutachten frei von Fremdworten zu gestalten und übersichtlich zu gliedern. Dabei sollten sich die Sachverständigen ausschließlich an den vom Gericht gestellten Beweisfragen orientieren.

Mit „Komplikationsmanagement und Abwehr von Behandlungsfehlern in der Allgemeinzahnärztlichen Praxis“ beschäftigte sich Dr. Hans-Peter Kirsch, Saarbrücken, in seiner Präsentation. Dabei ging er nicht nur auf Diagnose- und Therapiefehler, sondern auch auf Beratungs- und Organisationsfehler in der Zahnarztpraxis ein. Bezüglich der Aufklärung von Minderjährigen verwies er auf die vorliegenden Stellungnahmen der DGZMK. Gleichzeitig erinnerte er an die Bedeutung des „Anamnesebogens“, insbesondere bezüglich Hypertonie, Herzerkrankungen, Diabetes mellitus, Gravidität und so weiter. Anhand von umfangreichem Bildmaterial aus mehr als zwei Jahrzehnten zahnärztlicher Berufstätigkeit demonstrierte der Referent zahlreiche Behandlungsunregelmäßigkeiten und Kuriositäten, die er in den vielen Jahren beobachten konnte.

Der Beitrag von Dr. Bianca Gelbrich, Leipzig, stellte die Frage „Beeinflussen Alter und Geschlecht die Bildqualität von OPG-Aufnahmen? Antworten aus der forensischen Odonto-Stomatologie“ über Vergleichsuntersuchungen zweier Röntgengeräte zur Anfertigung von Orthopantomogrammen. Hierbei handelte es sich um Röntgengeräte mit konventioneller beziehungsweise dosisreduzierter Röntgenstrahlung. Mit Hilfe dieser Studie sollte nachgewiesen werden, in-

wieweit Alter und Geschlecht die Bildqualität von Panoramaschichtaufnahmen beeinflussen. Als Ergebnis konnte unter anderem festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter die Bildqualität bei beiden Geräten abnimmt. Weiterhin ist anzumerken, dass beim weiblichen Geschlecht – insgesamt betrachtet – bessere Ergebnisse als beim männlichen Geschlecht vorliegen.

Das abschließende Referat der diesjährigen Tagung wurde von Priv.-Doz. Dr. Rüdiger Lessig, Leipzig, zum Thema „Zur Problematik der Bisspurenanalyse in der forensischen Routine“ gehalten. Er wies dabei auf die Untersuchungstechnik, wie sie auch vom American Board of Forensic Odontostomatology empfohlen wird, hin. Diese Verfahrensweise ist aber auf Grund verschiedener Umstände, zum Teil spätes Einschalten eines forensischen Zahnarztes in die Bearbeitung des Falles, nicht immer vollständig einzuhalten. Es wurden dazu verschiedene Beispiele vorgestellt. So spielte auch die Analyse von Hundebissen eine Rolle. Es handelt sich bei der Bisspurenanalyse um ein Tätigkeitsfeld, welches einer ständigen Weiterbildung bedarf. Die Möglichkeiten der einsetzbaren Technik haben in den letzten Jahren zu einer Verbesserung der Aussage geführt.

Die diesjährige Tagung hat einmal mehr gezeigt, dass „forensische Zahnheilkunde“ nicht nur zahnärztliche Identifizierungsmassnahmen umfasst. Durch eine umsichtige Referenten- und Themenauswahl war es bei der diesjährigen Tagung gelungen juristische Themen – aus zahnärztlicher Sicht betrachtet – in den Vordergrund der Tagung zu stellen. Lebhaftige Diskussionen des Auditoriums mit den Referenten belegen das gelungene Konzept des Arbeitskreises.

Termin 2008

Die 32. Jahrestagung des Arbeitskreises für forensische Odonto-Stomatologie findet am 11. Oktober 2008 in Mainz statt.

Dr. Dr. Claus Grundmann
Viktoriastr. 8
47166 Duisburg
clausgrundmann@hotmail.com

DGZ-Jahrestagung

Innovationen in der Zahnerhaltung

Wenn der Deutsche Zahnärztekongress das Thema „Innovation Zahnerhaltung“ fast provokativ ins Zentrum des Interesses rückt, so deutet schon der Titel einen allerdings doch lösbaren Widerspruch an: denn der „Konservierung“ bedarf es neuer Methoden. Und vor allem gilt es, tradierte Sichtweisen zu überprüfen – in der Forschung und Lehre nicht minder, als im Alltag praktizierender Zahnärzte. Als sei der Paradigmenwechsel vollzogen von einer am Pathogenen orientierten Zahnheilkunde zu einer zukünftigen wissenschaftlichen Praxis, die statt des Kranken eher das Gesunde ins Zentrum rückt.

Es nimmt ob der dialektischen Problematik nicht Wunder, dass mit Prof. Dr. Hans Jörg Staehle der amtierende Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung als Tagungsleiter fungierte, rückt diese Gesellschaft doch satzungsmäßig neben der Restaurativen Zahnheilkunde und Endodontologie/Traumatologie die Präventive Zahnheilkunde & Gesundheitsförderung ins Zentrum ihres Interesses.

Vorsymposium der DGZ

Neuen Herausforderungen in der Prophylaxe stellten sich sechs Referenten des Vorsymposiums der DGZ, das von Prof. Dr. Matthias Hannig, Homburg/Saar, und Prof. Dr. Stefan Zimmer, Düsseldorf, geleitet wurde.

In einem leidenschaftlichen Plädoyer gegen den „Kosmetik-Wahn“ setzte Prof. Dr. Thomas Imfeld, Zürich, einer von Zeitgeist und ohnehin nur an flüchtiger Schönheitsnorm orientierten „Publikumsbefriedigung“ eine ethisch vertretbare Zahnmedizin entgegen, die freilich ästhetische Kriterien aufnimmt. Basis jeder Behandlung müsse die adäquate Diagnostik bleiben. Illustrationen, unter anderem aus der Fachzeitschrift „cosmetic dentistry“, erhellten, was er ansprach: Blendwerk korrespondiert etwa mit massiven mikrobiellen Belägen, die nicht angegangen wurden. Imfeld warnte vor dem Primat guter Umsätze, wenn die Praxis dabei zum reinen kundenorientierten Dienstleistungsbetrieb verkomme. Er folgte der Argumentation des Freiburger Ethikers A. di Majo, der postulierte, dass ein Zahnarzt seine Kompetenz aufgibt, wenn er von ein-



geklagter Schönheit nicht mehr versteht als sein Klientel. Es sei fatal, wenn sich nur mehr subjektive Wünsche durchsetzen. Zudem seien Folgekosten von medizinisch nicht verantwortbarer Kosmetik meist nicht einkalkuliert. Sich nur auf optisch wirkende Effekte konzentrierende Eingriffe negieren im Gegenteil jene Bemühungen, die präventive und therapeutische Interventionen unter Beachtung von Ästhetik und Funktion in sich vereinigen. Wenn Zahnärzte nicht zu Befehlsempfängern degradiert werden wollen, müssen sie ihr Mehrwissen aufklärend einsetzen, um den Patienten von der besten Lösung zu überzeugen.

Sowohl PD Dr. Alexander Hassel, Heidelberg, als auch Prof. Dr. Christoph Benz, München, beschäftigten sich mit der Situation älterer Menschen.

Hassel registrierte zwar einen Rückgang der Zahnlosigkeit bei 65- bis 74-Jährigen, doch weist die vierte Mundgesundheitsstudie mit 22 Prozent auf Totalprothesen angewiesenen „jungen Alten“ noch immer einen inakzeptablen Wert auf. Während bei Kindern und Jugendlichen die Erfolge der Prophylaxe durch einen Rückgang von Karies

augenfällig seien, sähe es bei älteren Menschen noch wesentlich anders aus. Speziell der isolierte Verweis auf Mundgesundheitsverhalten bei Betagten führe nicht zum erwünschten Erfolg. Insbesondere gelte es, steigender Multimorbidität und einer veränderten, weniger abwehrstarken Mundflora aus physischer Sicht, sowie abnehmender kognitiver Fähigkeiten unter psychosozialen Aspekten gerecht zu werden. Hassel befürwortete, mit präventionsorientierten Maßnahmen frühzeitig zu beginnen, um Erwachsene stärker zu sensibilisieren.

Prof. Dr. Christian Benz, München, anknüpfend an sein Referat vor Jahresfrist in Mainz, erneuerte seine These, dass der Mundraum Älterer kein „Elendsviertel“ sei. Von tradierten Vorstellungen, nach welchen Leute sich im Alter dem Moment entgegensehen, da Wurzelreste endlich der Prothese weichen, müsse Abschied genommen werden. Sich demografischer Wahrheit zu stellen, bedeute, den gealterten Patienten als „Normalfall“ anzusehen, im Wartezimmer einer Zahnarztpraxis ebenso wie mit mobilen Diensten. Mehr erhaltenswerte Zähne seien Argument für gesteigerte Aufmerksamkeit, weil Interventionspotentiale noch immer unterschätzt würden. Benz schätzt Senioren, die auf ihr Äußeres achten und unterstützt auch ästhetisch orientierte Eingriffe, solange sie medizinisch vertretbar sind.

Für den nächsten Referenten, Dr. Lutz Laurisch, Korschbroich, Lehrbeauftragter der Universität Düsseldorf, muss die präventiv ausgerichtete Praxis der Zukunft deshalb offen sein, um vorbeugende Maßnahmen in jedem Lebensalter anzuraten und zu realisieren. Speziell ausgebildete Fachkräfte

könnten auch ökonomisch „wertbringend“ eingesetzt werden. Marketing-Berater seien überflüssig, während neue Organisationsstrukturen intern leicht zu bewältigen wären. Privatdozent Dr. Wolfgang Buchalla, Zürich, und Prof. Stefan Zimmer, Düsseldorf, sahen trotz günstiger Daten bei Kindern weiterhin Handlungsbedarf, um Strategien zur Kariesprävention voranzutreiben. Buchalla sah trotz besserer wissenschaftlicher Erkenntnisse über den Biofilm auf der Zahnoberfläche, trotz des Wissens über ge-

allerdings sei eine abschließende Bewertung noch nicht möglich. Buchalla verhehlte nicht, dass solch lokaler Schutz die Gefährdung in nicht versiegelten Zonen erhöhen könne. Gezielte Keimmodulation helfe künftig möglicherweise, pathogene Keime im Biofilm zu reduzieren, doch ständen derzeit weiterhin diätetische und oralhygienische Maßnahmen im Vordergrund. Prof. Stefan Zimmer setzte gleichfalls auf gute und fortlaufende Beobachtungen des individuellen Risikoprofils. Nicht allein der

Kariesprävention als Auftrag

Ohne Frage deuten jüngste Daten (DMS-IV Studie) darauf hin, dass Karies bei Kindern und Jugendlichen rückläufig ist. Weniger extrahierte Zähne bei Erwachsenen unterstreichen ein Plus an Gesundheit in deutschen Munden.

Ob dieser positiven Ergebnisse erörterte Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg, Konsequenzen für vorsorgende Zahnheilkunde in der Zukunft. Er wies darauf hin, dass trotz eines Rückgangs kariöser Kavitationen steigende Werte bei Initialkaries auf einen Mehrbedarf an Kontrolle und Aufklärung hindeuten. Mehr Zähne heißt auch, dass verstärkt mit parodontalen Erkrankungen zu rechnen ist. Weil zudem „schon jetzt Wurzelkaries deutlich vermehrt“ auftrete, gelte es, freiliegende Flächen in präventive Maßnahmen einzubeziehen. Schiffner mahnte in diesem Zusammenhang an, dass frühzeitig Risikopatienten zu bestimmen seien. Von einer Polarisierung zwischen gefährdeten Gruppen und gesundheitsbewusst lebenden Menschen sei auszugehen.

Prof. Dr. Michael J. Noack, Köln, forderte einen differenzierteren Blick zur Diagnose von Initialkaries ein, wobei der klassische Mundspiegel ausgedient habe. Neben Röntgen empfahl er elektronische Scan-Verfahren, um zwischen Läsionsgraden unterscheiden zu können. Er wandelte die etablierte „Metapher des Eisberges“ zum Bild des Vulkans, insbesondere auf Wurzelkaries bezogen. Differenzierte Diagnostik, exakte Dokumentation der Befunde nach besseren Standards (ICDAS) seien Voraussetzungen für die präventive Intervention. Er empfahl praktizierenden Zahnärzten, bei Software-Anbietern um diesbezüglich tauglichere Programme nachzufragen.

Trotz aller neuen Erkenntnisse über die Zusammensetzung des Biofilms (mikrobielle Plaque) ging Prof. Dr. Christof Dörfer, Kiel, nicht davon aus, dass bio-chemische Interventionen mit Fluoriden oder CHX-haltigen Mundspülungen in naher Zukunft Zahnputzen überflüssig machen. Wohl aber plädierte er dafür, Plaque als ein



Foto: Ulrich Otte, Düsseldorf Marketing & Tourismus GmbH

Die Landeshauptstadt Düsseldorf – hier der Hafen – bot ein angenehmes Ambiente für die DGZ/DGZMK-Jahrestagung.

sunde Ernährung und den unstrittigen Nutzen von Fluoridzufuhr das Problem keineswegs gelöst. Das Wissen um Ursachen von Erkrankungen und Chancen der Gesunderhaltung sei in der täglichen Praxis noch nicht wirklich zufriedenstellend umsetzbar. Es gelte also, individuell spezifische Risiken zu analysieren und die Kommunikation mit Patienten zu fördern. Neben den traditionellen Möglichkeiten, die Mundflora zu beeinflussen oder die Remineralisierung der Zahnschmelz zu fördern, trete auch die Versiegelung approximaler, initialkariöser Bereiche in den Blickpunkt des Interesses,

Prophylaxe wegen, sondern auch als Grundlage für Therapieentscheidungen gelte es, möglichst komplex Daten zu sammeln. Speicheldiagnostik, die vornehmlich Fließrate und Pufferkapazität analysiert, sei nur ein zusätzliches Hilfsmittel, das Risiko einzugrenzen. Der Nachweis von Laktat deute auf mikrobielle Stoffwechselaktivität hin, während kariogene Mikroorganismen auf höhere Gefahrenpotentiale verweisen. Initialläsionen in Fissuren oder auf Glattflächen seien signifikant, doch helfe es nicht weiter, vorhandene destruktive Parameter zur Bestimmung des Kariesrisikos heranzuziehen.

System zu betrachten, in dem nicht nur pathogene, sondern auch gesundheitsfördernde Keime angesiedelt sind. Erst die „ökologische Katastrophe“ wandle Plaque zum zerstörerischen Belag. Absoluter Kampf gegen den Biofilm sei keine zukunftsweisende Option, es fehle aber an verlässlichen Studien, wie die „richtige Balance“ herzustellen wäre. Für Prävention wie Therapie bakteriell verursachter Erkrankungen bleibt die häusliche wie profession-

den Vordergrund rücken. Ein Beispiel: Bei Frakturen mit Pulpafreilegung sei meist der Vitalitätserhalt möglich, wenn die geschädigte Substanz partiell entfernt würde. Eine Wurzelkanalbehandlung erübrige sich oder sei auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Dr. Katharina Schirrmeister, Freiburg, berichtete aus der Praxis, dass fehlerhafte Primärbehandlungen auch nach längerer Zeit noch revidiert werden können. Freilich erfordert es einigen Aufwand, um

Aufbereitung und Therapie eine ähnlich hohe Erfolgsquote versprechen, lohne der Aufwand.

Erschreckend für Kritiker, wenn noch immer weit über 400 000 Mal per anno devitalisierende Mittel zur iatrogenen Erzeugung einer Pulpanekrose eingesetzt werden. Dr. Jens Versümer, Eddigehausen, widersprach der These, nach der Paraformaldehyd freisetzen- de Präparate vor allem bei Patienten indiziert seien, wo lokale Anästhesie versage. Hochtöxische Mittel bedrohen nicht nur bei unsachgemäßer Anwendung umliegendes Gewebe; starke Nebenwirkungen seien unvermeidbar, bleibe „das Medikament doch längere Zeit vor Ort“. Versümer fand, trotz der Einwände eines Vertreters der Pharmaindustrie, breite Unterstützung aus dem Zuhörer- kreis. Zur „Paro-Endo-Läsion“ stellte Dr. Gabriel Tulus, Viersen, fest, dass sich die Frage nach alten, insuffizienten Wurzelkanalbehandlungen lohne. Er verwies auf eine Studie, der zufolge Läsionen endodontologischen Ursprungs am häufigsten diagnostiziert worden waren, die jedoch auch Parodontitis als Auslöser auflistet und zudem kombinierte Expositionen benennt. Neben anamnestischen Angaben seien Sondierungen, Sensibilitätsprüfungen und Röntgen unverzichtbar.



Foto: DGZ

Dr. Diana Wolff, neue Spezialistin für Zahnerhaltung der DGZ aus Heidelberg, erhält ihre Urkunde vom Präsidenten der DGZ, Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle.

nelle Plaquekontrolle unverzichtbar, wobei Dörfer alternative Optionen in der Zukunft nicht ausschloss.

Dentales Trauma und Endodontologie

Dass zum Thema Traumatologie noch Nachhilfebedarf besteht, zeigt ein anlässlich von Fortbildungen durchgeführter Test, in dem Prof. Dr. Roland Weiger, Basel, Einschätzungen unter praktizierenden Kollegen nachfragte. Entscheidend sei nach Unfällen sorgsamste Diagnostik, die stets Nachbarzähne einbeziehen muss. Die Verletzungsart entscheidet, ob restaurative Maßnahmen genügen oder parodontale beziehungsweise endodontische Aspekte in

beispielsweise abgebrochene Instrumente oder Wurzelstifte zu entfernen. Mit dem Dentalmikroskop, kombiniert mit Ultraschallinstrumenten, eröffnen sich jedoch neue Chancen erfolgreicher Revision. Selbstverständlich kann auf eine suffiziente Desinfektion der Kanalsysteme nicht verzichtet werden.

Optimistisch hinsichtlich der Chancen, obliterierte Wurzelkanäle Erfolg versprechend aufzuspüren und zu managen“, zeigte sich Dr. Peter Kiefner, Stuttgart. Grenzen der lokalisierenden Methoden mittels Lupe oder Röntgen stellte er als optisches Hilfsmittel das Dentalmikroskop entgegen und plädierte für eine „Kollage von Techniken“. Wenn 98 Prozent „problematischer Fälle“ nicht nur zu orten sind, sondern auch

Fazit und Ausblick

Was für die Praxis gilt, trifft auch auf die Forschung zu. Zahnmedizin der Zukunft bedarf interdisziplinärer Impulse, wie Überlegungen zur totalen Zahnregeneration nur andeuteten. Wenn die DGZ „Schmerz und Schmerzmanagement“ im Jahr 2008 thematisiert, so wird sich dieser Ruf, fächerübergreifend zu denken (und zu handeln) erneut zeigen. Denn die Ursachen von Schmerz, erst recht individuelle wie gesellschaftliche Auswirkungen, können Zahnmediziner nie alleine bewerten.

PD Dr. Susanne Gerhardt-Szép
Joachim Schiff
Universitäts-ZMK-Klinik Frankfurt am Main
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Theodor-Stern-Kai 7
60960 Frankfurt am Main

Studien zum Shared Decision Making

Der Patient ist beim Zahnarzt mehr einbezogen

Eine Vielzahl von Studien thematisiert die sogenannte Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making SDM) aus Sicht der Patienten. Die Perspektive der Behandler ist bislang jedoch nur sporadisch untersucht worden. Ein Vergleich zweier Studien bei Ärzten und Zahnärzten zeigt: SDM spielt beim Zahnarzt eine größere Rolle.



Foto: proDente

Shared Decision Making spielt beim Zahnarzt eine große Rolle und die Kommunikation zum Patienten ist wichtig – nicht zuletzt auch, weil es in der Zahnmedizin mehrere Therapieoptionen gibt.

Es handelt sich um zwei Studien, die jeweils die Haltung des Arztes beziehungsweise Zahnarztes zum Shared Decision Making untersuchen:

■ Die ärztliche Einstellung wurde von der Bertelsmann Stiftung im Herbst 2005 im Rahmen einer umfassenden Ärztebefragung erhoben. Auszüge aus den Ergebnissen wurden kürzlich im „Gesundheitsmonitor 2007“ publiziert.

■ Die zahnärztliche Einstellung wurde vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im IV. Quartal 2005 im Rahmen einer Evaluationsstudie zu den Auswirkungen des Systems befundbezogener Festzuschüsse erhoben. Die ausführlichen Ergebnisse wurden im Juli 2006 in der Reihe IDZ-Information publiziert.

Gleiches Messkonzept

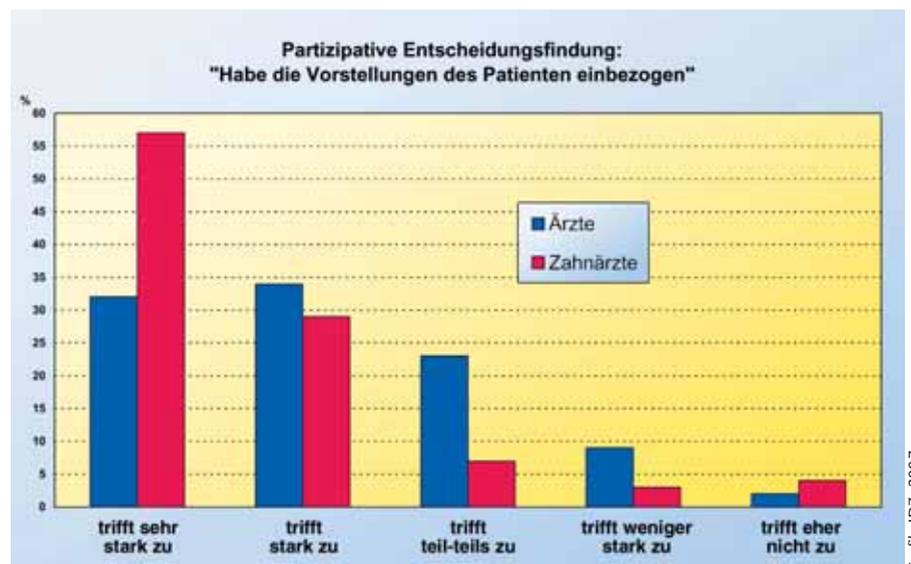
Ein Vergleich der zwei Studien dürfte schon allein deshalb von hohem Interesse sein, weil beide auf dem gleichen Messkonzept basieren. Zur strukturierten Erfassung der

partizipativen Entscheidungsfindung auf der Mikroebene der Arzt-Patienten-Interaktion wurde nämlich in beiden Studien die gleiche Itematterie verwendet. Mit einer aus sechs Antwortkategorien bestehenden

Itematterie sollten die befragten Ärzte und Zahnärzte den Ablauf des durchgeführten Beratungsprozesses aus ihrer Sicht dokumentieren und ihr eigenes Verhalten im Gespräch mit dem Patienten beurteilen und entsprechend auf einer Fünferskala einordnen. Die verwendete Itematterie ist in der wissenschaftlichen Literatur gut verankert und wird in dieser Form beispielsweise seit längerem in dem Projekt „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann Stiftung verwendet. Aus dem oben beschriebenen Fragenkatalog werden nachfolgend die Antwortmuster zu zwei Fragen wiedergegeben, die Einzelaspekte des ärztlichen beziehungsweise zahnärztlichen Kommunikationsverhaltens betreffen. Hierbei handelt es sich zum einen um die Frage, in welchem Umfang die Vorstellungen des Patienten einbezogen wurden, und zum zweiten um die Frage, ob der Arzt beziehungsweise Zahnarzt den Patienten explizit aufgefordert hat, Fragen zu stellen.

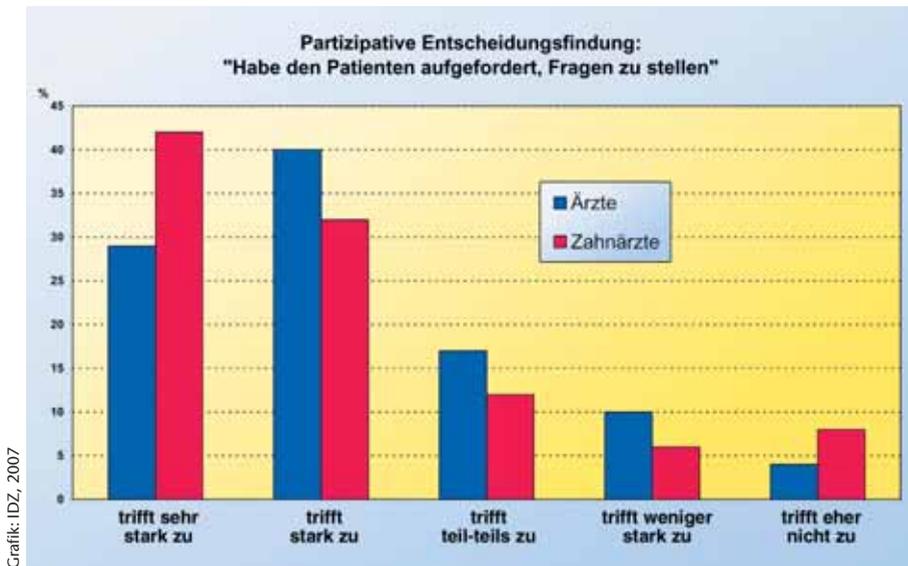
Deutlich aktivere Rolle

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Vorstellungen des Patienten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlungsplanung in der Regel deutlich stärker einbezogen werden, als dies in der ärztlichen Beratungssituation üblich ist. Auch die aktive Einbeziehung des Patienten



Häufigkeit der Einbeziehung der Patienten (Quellen: Isfort, Redaelli und Butzlaff, 2007 (Ärzte); Klingenberg, Kern und Micheelis, 2006 (Zahnärzte))

Grafik: IDZ, 2007



Grafik: IDZ, 2007

Aufforderung zur Fragestellung beim (Zahn)Arztbesuch (Quellen: Isfort, Redaelli und Butzlaff, 2007 (Ärzte); Klingenberg, Kern und Micheelis, 2006 (Zahnärzte))

ten im Sinne einer Ermütigung, selber Fragen zu stellen („Empowerment“), erfolgte bei der zahnärztlichen Beratung vergleichsweise häufiger (siehe Abbildungen).

Die erkennbaren Unterschiede lassen sich

zum Teil sicherlich damit erklären, dass der zahnmedizinische Befund in der Regel Spielraum für mehrere Therapieoptionen lässt, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung und die verwendeten Materialien. Hier dürften Patientenpräferenzen häufiger zum Zuge kommen als in anderen medizinischen Bereichen mit vergleichsweise schmalen Therapiespektrum.

Mit der Anzahl der Therapiealternativen wird die sachlich geforderte beziehungsweise subjektiv von Patientenseite gewünschte Beratungsintensität ansteigen. Eine Rolle dürfte auch spielen, dass die Erwartungshaltung des Patienten in der Zahnmedizin einen vergleichsweise größeren Stellenwert hat, da zumindest in der Zahnprothetik die Ästhetik einen ganz eigenen emotionalen Stellenwert hat. Last but not least werden die Patienten im Rahmen der zahnmedizinischen Prophylaxe schon von vornherein auf eine aktive Rolle als Patient und Ko-Therapeut der eigenen Mundgesundheit vorbereitet.

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

Literatur:

■ Floer, B., Schnee, M., Böcken, J., Streich, W., Kunstmann, W., Isfort, J., Butzlaff, M.: „Shared Decision Making“ – Gemeinsame Entscheidungsfindung aus der ärztlichen Perspektive, in: Medizinische Klinik, 99. Jg., 2004, Nr. 8, S. 435 – 440

■ Isfort, J., Redaelli, M., Butzlaff, M.: Die Entwicklung der partizipativen Entscheidungsfindung: Die Sicht der Versicherten und der Ärzte, in: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2007, Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten, S. 76 – 94

■ Klingenberg, D., Kern, A.O., Micheelis, W.: Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung, IDZ-Information Nr. 2/2006.



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Nordrhein	S. 76	Homöopathie	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 78	
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 79		ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79	
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79		LZK Berlin/Brandenburg	S. 75	
Ästhetik	LZK Sachsen	S. 75	Hypnose	ZÄK Niedersachsen	S. 76	
	ZÄK Nordrhein	S. 76		LZK Berlin/Brandenburg	S. 75	
	KZV Baden-Württemberg	S. 78		ZÄK Nordrhein	S. 76	
Akupunktur	LZK Sachsen	S. 75	Implantologie	ZÄK Nordrhein	S. 76	
	ZÄK Niedersachsen	S. 76		Kieferorthopädie	ZÄK Nordrhein	S. 76
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79		Kinderzahnheilkunde	LZK Sachsen	S. 75
Chirurgie	ZÄK Niedersachsen	S. 76	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 77	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 78		Parodontologie	ZÄK Nordrhein	S. 77
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 79			KZV Baden-Württemberg	S. 77
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 76	ZÄK Westfalen-Lippe		S. 78	
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79		
	Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Nordrhein	S. 77	Praxismanagement	LZK Sachsen	S. 75
KZV Baden-Württemberg		S. 77	LZK Berlin/Brandenburg		S. 75	
			ZÄK Niedersachsen		S. 76	
			ZÄK Nordrhein	S. 76		
			KZV Baden-Württemberg	S. 78		
			LZK Rheinland-Pfalz	S. 78		
			Prophylaxe	ZÄK Nordrhein	S. 77	
				KZV Baden-Württemberg	S. 77	
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79	
			Restaurative ZHK	LZK Sachsen	S. 75	
				LZK Rheinland-Pfalz	S. 79	
				ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 79	
			Röntgen	ZÄK Nordrhein	S. 77	

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 75

Kongresse Seite 80

Universitäten Seite 86

Wissenschaftliche Gesellschaften Seite 86

Freie Anbieter Seite 86

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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Sachsen



Veranstaltungen

Thema: Aktualisierung Kinderzahnheilkunde: Endo, Stahlkrone und Trauma am Milchzahn – alles anders als beim permanenten Zahn?

Referent: Prof. Dr. Christian H. Splieth, Greifswald
Termin: 20. 02. 2008, 14:30 – 19:30 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 125,- EUR
Kurs-Nr.: D 10/08 (7 Punkte)

Thema: Keramikrestauration als Teil eines Sanierungskonzeptes Praktischer Arbeitskurs
Referent: Dr. Gernot Mörig, Düsseldorf

Termin: 22. 02. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr und 23. 02. 2008, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 495,- EUR
Kurs-Nr.: D 12/08 (17 Punkte)

Thema: Akupunktur im zahnärztlichen Praxisalltag Kurs für Neueinsteiger

Referent: Hardy Gaus, Straßberg
Termin: 29. 02. 2008, 14:00 – 20:00 Uhr und 01. 03. 2008, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 285,- EUR
Kurs-Nr.: D 16/08 (16 Punkte)

Thema: Arbeitssystematik bei der Patientenbehandlung (Vier-Hand-Technik)

Referent: Dr. Richard Hilger, Kürten / Ruth Knülle, Düsseldorf
Termin: 07. 03. 2008, 9:00 – 18:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen
Gebühr: 295,- EUR
Kurs-Nr.: WD 20/08 (9 Punkte)

Thema: Moderne Komposite, aktuelle Dentinadhäsive, neue Polymerisationsgeräte
 Notwendige Anforderungen und Auswahl für die Praxis
Referent: Prof. Dr. Reinhard Hickel, München
Termin: 12. 03. 2008, 13:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 160,- EUR
Kurs-Nr.: D 22/08 (4 Punkte)

Thema: Differenzialdiagnostik von Erkrankungen der Mundschleimhaut

Referent: Dr. Wolfgang Bengel, Heiligenberg
Termin: 12. 03. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 165,- EUR
Kurs-Nr.: D 23/08 (6 Punkte)

Thema: Neue Wege in der ästhetisch-restaurativen Zahnmedizin
Referent: Dr. Mario J. Besek, Zürich (CH)

Termin: 14. 03. 2008, 13:00 – 19:00 Uhr und 15. 03. 2008, 9:00 – 17:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 530,- EUR
Kurs-Nr.: D 25/08 (17 Punkte)

Thema: Sportmundschutz – Sie sind der Spezialist!

Referent: Prof. Dr. Paul-Georg Jost-Brinkmann, Berlin
Termin: 14. 03. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 235,- EUR
Kurs-Nr.: D 26/08 (7 Punkte)

Thema: Wirtschaftlich optimierte Praxisführung

Referent: Dr. Sigrid Olbertz, Marl
Termin: 15. 03. 2008, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte
Gebühr: 135,- EUR
Kurs-Nr.: D 57/08 (8 Punkte)

Thema: Mundakupunktur – Therapie mittels westlicher Akupunktur-Systeme (MAPS)

Referent: Dr. Jochen Gleditsch, Baierbrunn
Termin: 05. 04. 2008, 9:00 – 16:00 Uhr
Ort: Zahnärzthehaus Dresden
Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 210,- EUR
Kurs-Nr.: ZD 02/08 (8 Punkte)

Auskunft und schriftliche Anmeldung:

Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11 01099 Dresden
 Tel.: 0351/806 61 01
 Fax: 0351/80 66-106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de
 www.zahnaerzte-in-sachsen.de

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der Zahnmedizin | Berlin [96 Fp.]
Referent: Dr. Horst Freigang – Berlin, Dr. Albrecht Schmierer – Stuttgart, Dr. Gerhard Schütz – Berlin

Erster Termin: 22. 02. 2008, 14:00 – 20:00 Uhr
 23. 02. 2008, 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 2775,00 EUR
Kurs-Nr.: 6030.0

Thema: Curriculum Allgemeine Zahnheilkunde [185 Fp.]

Moderator: Prof. Dr. Georg Meyer – Greifswald
Erster Termin: 11. 04. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr
 12. 04. 2008, 09:00 – 12:00 / 13:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 5 200,00 EUR (Frühbucherrabatt möglich!)
Kurs-Nr.: 4029.1

Thema: Die dentale Trickkiste – Live – Ausgewählte Beispiele mit Hands-on Übungen [8+1Fp.]

Referent: Dr. Wolfram Bücking – Wangen
Termin: 01. 03. 2008, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 395,00 EUR
Kurs-Nr.: 0712.0

Thema: Update Praxisführung 2008: Was Kennzahlen und BWA über Ihre Praxis verraten; EDV in der Zahnmedizin; Marketing in der Zahnarztpraxis; Der Zahnarzt als Arbeitgeber [8 Fp.]
Referenten: Prof. Dr. Gerhard Riegl – Augsburg; Rain Monika Birnbaum, WP Dr. Michael Droege – Berlin; Tomas Schäfer – Würselen
Termin: 01. 03. 2008, 09:00 – 15:30 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 65,00 EUR
Kurs-Nr.: 4040.10

Thema: Alles über Vollkeramik: Der State-of-the-art für die Praxis [15 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Lothar Pröbster – Wiesbaden
Termin: 07. 03. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr
 08. 03. 2008, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 535,00 EUR
Kurs-Nr.: 2671.1

Thema: Moderatoretraining für Einsteiger [8 Fp.]

Referent: Mechthild Wick – Ansbach
Termin: 15. 03. 2008, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 195,00 EUR
Kurs-Nr.: 5074.0

Thema: Homöopathie II [14 Fp.]

Referent: Dr. Heinz-Werner Feldhaus – Hörstel
Termin: 04. 04. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr
 05. 04. 2008, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 285,00 EUR
Kurs-Nr.: 2314.2

Thema: Aktuelle Aspekte zur Sinusbodenelevation [15 Fp.]

Referent: Prof. Dr. Dr. Michael Herzog – Berlin
Termin: 04. 04. 2008, 14:00 – 19:00 Uhr
 05. 04. 2008, 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 395,00 EUR
Kurs-Nr.: 0615.0

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

ZÄK Niedersachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Update zahnärztliche Pharmakotherapie
Referent: Dr. Dr. Frank Halling
Termin: 09. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 137,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0805 (7 Punkte)

Thema: Ablauforganisation in der Zahnarztpraxis
Referent: Dr. Christine Friedrich
Termin: 13. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 100,- EUR
Kurs-Nr.: Z/F 0806 (5 Punkte)

Thema: Homöopathie für Zahnärzte Stufe II
Referent: Dr. Heinz-Werner Feldhaus
Termin: 15. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
 16. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 195,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0807 (12 Punkte)

Thema: Beruflicher Erfolg durch Körpersprache in Ihrer Zahnarztpraxis
Referent: Ute Creutzburg
Termin: 16. 02. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 310,- EUR
Kurs-Nr.: Z/F 0808 (8 Punkte)

Thema: Einführung in die Ohr- und Körperakupunktur für Zahnärzte
Referent: Dr. Winfried Wojak
Termin: 22. 02. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr, 23. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 295,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0810 (13 Punkte)

Thema: Moderne Präparations-techniken
Referent: Dr. Gabriele Diedrichs
Termin: 27. 02. 2008, 13.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 300,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0814 (7 Punkte)

Thema: Minimal-invasive Zahnentfernung
Referent: Gunnar Rolf Philipp
Termin: 28. 03. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 250,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0816 (8 Punkte)

Auskunft und Anmeldung:
 ZÄK Niedersachsen
 Zahnärztliche Akademie
 Niedersachsen, ZAN
 Zeißstraße 11a,
 30519 Hannover
 Tel.: 0511/83391-311 oder 313
 Fax: 0511/83391-306
 Aktuelle Veranstaltungstermine
 unter www.zkn.de

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 08013 P 17 Fp
Thema: Langzeiterfahrungen mit adhäsiver Technik – ästhetische Zahnmedizin – Seminar für Zahnärzte und Zahntechniker
Referent: Dr. Gernot Mörig, Düsseldorf; Dr. Uwe Blunck, Berlin-Wedding; Michael Brüsch
Termin: 15. 02. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr;
 16. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 850 EUR

Kurs-Nr.: 08014 P 14 Fp
Thema: Die thermoplastische Wurzelfüllung
Referent: Dr. Carsten Appel, Niederkassel
Termin: 15. 02. 2008, 14.00 – 20.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 520 EUR

Kurs-Nr.: 08015 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik - Teil 1 – Der zahnlose Unterkiefer und die Verankerung herausnehmbaren und bedingt abnehmbaren Zahnersatzes
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Termin: 15. 02. 2008, 9.30 – 12.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 08016 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik – Teil 2 – Der zahnlose Unterkiefer und die Verankerung herausnehmbaren und bedingt abnehmbaren Zahnersatzes
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Termin: 15. 02. 2008, 13.30 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 08017 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik – Teil 3 – Versorgung der verkürzten Zahnreihe
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Termin: 16. 02. 2008, 9.00 – 12.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 08018 4 Fp
Thema: Kompendium der Implantatprothetik – Teil 4 – Sinnvoll und bewährte Therapiekonzepte im teilbezahnten Gebiss und im zahnlosen Oberkiefer
Referent: Prof. Dr. Ernst-Jürgen Richter, Würzburg
Termin: 16. 02. 2008, 13.30 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 08020 P 13 Fp
Thema: Effektive orthodontische Behandlungsmechanik – das Beste aus Strightwire und Segmentbogentechnik
Referent: Prof. Dr. Dieter Drescher, Düsseldorf
Termin: 22. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr;
 23. 02. 2008, 10.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 300 EUR

Kurs-Nr.: 08022 T 13 Fp
Thema: Wirtschaftlichkeit der Praxis optimieren – persönliche Zufriedenheit steigern
 QM für Newcomer Team Power I
Referent: Dr. Gabriele Brieden, Hilden
Termin: 22. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr;
 23. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 290 EUR;
 Praxismitarbeiter (ZFA) 190 EUR

Kurs-Nr.: 08021 P 9 Fp
Thema: Funktionstherapie und Einschleifkurs
Referent: Dr. Jürgen Dapprich, Düsseldorf
Termin: 23. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 320 EUR

Kurs-Nr.: 08081 P 15 Fp
Thema: Präimplantatologische Diagnostik – Modul 3-4 des Curriculums Implantologie
Referent: Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf; Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz, Düsseldorf
Termin: 26. 02. 2008, 13.00 – 18.00 Uhr;
 27. 02. 2008, 8.30 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 07107 15 Fp
Thema: Versorgung mit enossal-ten Implantaten im parodontal geschädigten Gebiss – Modul 3-4 des Curriculums Parodontologie
Referent: Prof. Dr. Jörg Meyle, Biebertal
Termin: 29. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr;
 01. 03. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 08007 16 Fp
Thema: Einführung in die evidenz-basierte klinische Funktionsanalyse (MSA I)
Referent: Prof. Dr. Axel Bumann, Berlin
Termin: 29. 02. u. 01. 03. 2008, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: ZÄ: 400 EUR;
 Assistenten: 200 EUR

Vortragswesen

Kurs-Nr.: 08305 4 Fp
Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 1
Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld; Dr. Hans Werner Timmers, Essen
Termin: 20. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 08308 4 Fp
Thema: „Glücksspirale“ – Verfahren vor dem Prüfungsausschuss Stichprobe
 Seminar für Zahnärzte
Referent: Dr. Hans-Joachim Lintgen, Remscheid; Dr. Harald Holzer, Bergisch Gladbach
Termin: 20. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 08306 4 Fp

Thema: Zahnersatz – Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 2
Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld; Dr. Hans Werner Timmers, Essen

Termin: 27. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 30 EUR

Fortbildung der Universitäten

Essen

Kurs-Nr.: 08371 5 Fp

Thema: Zahnärztliche Notfallmedizin für das Praxisteam

Referent: Prof. Dr. Thomas Weischer, Essen

Termin: 27. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr

Veranstaltungsort: Kliniken Essen Mitte, Vortragsraum im Huysens-Stift, Henricistraße 92, 45136 Essen

Teilnehmergebühr: 160 EUR; Praxismitarbeiter (ZFA) 25 EUR

Fortbildung in der Bezirksstellen

Kurs-Nr.: 08462 3 Fp

Thema: Bevölkerungsrepräsentative Langzeitwirkung von Zahnfehlstellungen und der funktionellen Okklusion auf das kranio-mandibuläre System sowie Parodont

Referent: Prof. Dr. Dietmar Gesch, Witten-Herdecke

Termin: 23. 02. 2008, 10.00 – 13.00 Uhr

Veranstaltungsort: Bergische Universität Wuppertal, Campus Freudenberg, Campus Freudenberg, Hörsaal FZH 1, Rainer-Gruenter-Str. 21, 42119 Wuppertal
Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Bezirksstelle Köln

Kurs-Nr.: 08441 2 Fp

Thema: Aktueller Stand der regenerativen Parodontitistherapie

Referent: Prof. Dr. Michael Christgau, Düsseldorf

Termin: 20. 02. 2008d, 17.00 – 19.00 Uhr

Veranstaltungsort: Zentrum der Anatomie der Universität zu Köln, Großer Hörsaal, Kerpener Str. 62, 50937 Köln

Teilnehmergebühr: Gebührenfrei, Anmeldung nicht erforderlich

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 08207

Thema: Übungen zur Prophylaxe

Referent: Gisela Elter, Verden

Termin: 20. 02. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 85 EUR

Kurs-Nr.: 08208

Thema: Röntgeneinstelltechnik Intensivkurs mit praktischen Übungen

Referent: Gisela Elter, Verden

Termin: 22. 02. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 08208

Thema: Röntgeneinstelltechnik
Referent: Intensivkurs mit praktischen Übungen

Termin: 22. 02. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 08238

Thema: Telefontraining – Intensiv-Workshop

Referent: Ursula Weber, Neustadt

Termin: 23. 02. 2008, 9.00 – 16.30 Uhr

Teilnehmergebühr: 200 EUR

Kurs-Nr.: 08215

Thema: Prophylaxe beim Kassenpatienten IP 1 bis IP 4

Referent: ZA Ralf Wagner, Langerwehe; Daniela Zerlik, Langerwehe

Termin: 23. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr;

24. 02. 2008, 9.00 – 13.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 220 EUR

Kurs-Nr.: 08217

Thema: Fit für die Abschlussprüfung – Ausbildungsbegleitende Fortbildung

Referent: Dr. Hans Werner Timmers, Essen

Termin: 24. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 08218

Thema: Röntgenkurs für Zahnmedizinische Fachangestellte zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV/24 Absatz 2 Nr. 3 und 4 vom 30. 04. 2003

Referent: Dr. Regina Becker, Düsseldorf

Termin: 29. 02., 01.+ 02. 03.

2008, jeweils 8.30 – 17.45 Uhr

Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 08221

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

Referent: Dr. Friedrich Cleve, Gräfelting; Paul Doetsch-Perras, Rott/Lech

Termin: 29. 02. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr;

01. 03. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 450 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein,

Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf

Tel.: 0211/526 05-0

Fax: 0211/526 05-48

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Bezirksdirektion Freiburg

Thema: Professionelle Gesprächsführung in der Zahnarztpraxis

Referenten: Elvira Schiemenz-Höfer, Freiburg

Termine: 22./23. 02. 2008

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 395 EUR

Kurs-Nr.: 08/106

Thema: Prophylaxe für Schwangere und Kleinkinder

Referenten: Iris Karcher, Freiburg

Termine: 29. 02. 2008

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 08/405

Thema: PAR-Patienten professionell betreuen

Referenten: Iris Karcher, Freiburg

Termine: 29. 02. 2008

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 08/406

Thema: Make-up Seminar – Dekorative Kosmetik für ein gewinnbringendes Erscheinungsbild der Zahnmedizinischen Fachangestellten

Referenten: Betül Yaman, Freiburg

Termine: 01. 03. 2008

Ort: Fortbildungsforum Freiburg

Gebühr: 110 EUR

Kurs-Nr.: 08/407

Thema: Erfolgsfaktoren für Ihre Praxis – 100 % mehr Erfolg für Therapie und Wirtschaftlichkeit
Referenten: Dipl.-oec. Hans Dieter Klein, Stuttgart
Termine: 05. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 08/107

Thema: Mundhygienehilfsmittel und deren Anwendung in der Praxis
Referenten: Iris Karcher, Freiburg
Termine: 07. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 95 EUR
Kurs-Nr.: 08/408

Thema: Zähneknirschen und Gesichtsschmerz
Referenten: Prof. Dr. Dr. Jörg-Elard Otten und PD Dr. Dr. Ralf Schön, Freiburg
Termine: 07. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 08/108

Thema: Halitosis: Update 2008 – Die Mundgeruchs-Sprechstunde in der zahnärztlichen Praxis
Referenten: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termine: 08. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 380 EUR
Kurs-Nr.: 08/109

Thema: Fokussierung in der zahnärztlichen Praxis
Referenten: Prof. Dr. Dr. Jörg-Elard Otten, Freiburg
Termine: 12. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 120 EUR
Kurs-Nr.: 08/110

Thema: Erfolgsstrategien für Zahnärztinnen – Unternehmen und Leben in Balance
Referenten: Dr. Daniela Kuhlmann, Dittelbrunn und Dipl.-Wirtsch. Ing. Sabine Nemeč, Langenselbold
Termine: 14./15. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 425 EUR
Kurs-Nr.: 08/111

Thema: Ästhetik, interdisziplinäre Erwachsenenbehandlung, PKV-Gutachterkonflikte und Abrechnung

Referenten: Prof. Dr. Dr. Robert Fuhrmann, Halle
Termine: 14./15. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 320 EUR (Einzelperson) 485 EUR (1 ZA + 1 ZFA)
Kurs-Nr.: 08/501

Thema: Schnarchen – Obstruktive Schlafapnoe: Intraorale Aspekte der Behandlung
Referenten: PD Dr. Dr. Edmund Rose, Freiburg
Termine: 15. 03. 2008
Ort: Fortbildungsforum Freiburg
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 08/112

Auskunft: Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg, Tel.: 0761/45 06-160 oder 161
Anmeldung: Bitte schriftlich an das Fortbildungsforum / FFZ, Merzhauser Str. 114-116, 79100 Freiburg
 e-mail: info@ffz-fortbildung.de

ZÄK Westfalen-Lippe



Zentrale Zahnärztliche Fortbildung

Termin: 13. 02. 2008, 15.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 08 740 038
Gebühr: ZA: 172 EUR
 ZFA: 86 EUR
Thema: Ab heute kostet's was ! Gute Leistung für ein angemessenes Honorar. Wie setze ich es um? Wie sag ich's meinen Patienten?
Referent: Dr. Wolfgang Stoltenberg, Bochum
Punkte: 5

Termin: 15. 02. 2008, 16.00 – 19.00 Uhr;
 16. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Kurs-Nr.: 08 740 042
Gebühr: 568 EUR
Thema: Parodontologie Hands-on

Referent: PD Dr. Rainer Buchmann, Hamm; Prof. Dr. Anton Sculean, HB Nijmegen
Punkte: 16

Termin: 20. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: 08 740 009
Gebühr: 162 EUR
Thema: Sinusbodenelevation und Gewinnung von autogenen Knochentransplantaten mit der piezochirurgischen Methode
Referent: Dr. Arndt Happe, Münster
Punkte: 6

Termin: 20. 02. 2008, 15.00 – 19.00 Uhr
Kurs-Nr.: 08 740 043
Gebühr: 264 EUR
Thema: Von der Einzelzahnkrone zur Gesamtrehabilitation – klinische Lösung mit Zirkonoxid und Vollkeramik
Referent: Dr. Martin Groten, Tübingen
Punkte: 5

Dezentrale Zahnärztliche Fortbildung

Termin: 13. 02. 2008, 15.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: DEZ 08 750 000
Gebühr: 65 EUR
Thema: Traumatologie der Zähne und des Zahnhalteapparates
Referent: Dr. Dr. Alberto Steffen Mager, Münster
Ort: Park Inn, Am Johannisberg 5, 33615 Bielefeld
Punkte: 4

Termin: 13. 02. 2008, 15.00 – 18.00 Uhr
Kurs-Nr.: DEZ 08 750 007
Gebühr: 65 EUR
Thema: Adhäsiv-befestigte Keramikrestorationen – Notfallendodontologie, Spülungen und medikamentöse Einlagen
Referent: Dr. Till Dammaschke, Münster; Dr. Markus Kaup, Münster
Ort: Kongresszentrum Westfalenhallen/Goldsaal Rheinlanddamm 200, 44139 Dortmund
Punkte: 4

Anpassungsfortbildung für die Praxismitarbeiterin

Kurs-Nr.: 08 352 331
Thema: Versiegelung von Zahnfissuren in Lippstadt
Referent: Dr. Alexandra Richter, ZMF Gudrun Leben
Termin: 09. + 23. 02. 2008, 8.00 – 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 290 EUR

Kurs-Nr.: 08 342 602
Thema: Die Praxismanagerin als einfühlsame Kollegin und erfolgsorientierte Mitarbeiterin
Referent: Dipl.-Hdl. Joachim Brandes
Termin: 12. 02. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 190 EUR

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Z/PMS Team Workshop Das Zahnärztliche Praxismanagement-System in der Umsetzung
Referent: Frau Christmann, Herr Salm
Termin: 06. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: BuS-Einführungseminar für Praxisinhaber
Referent: Frau Christmann
Termin: 08. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: Zahnärztliche Chirurgie – freie Schleimhautimplantate
Referent: Dr. Spukti
Termin: 09. 02. 2008
Sonstiges: live-OP, Hands-on-Kurs; eigene Patienten möglich
Kursgebühr: 250 EUR

Thema: Röntgen
Referent: Dr. Döring, Dr. Matovinovic
Termin: 09. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: GOZ? – HOZ? Betriebswirtschaftliche Aspekte der privaten Honorargestaltung
Referent: Frau Conrad, Frau Wiesemann
Termin: 13. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: Parodontitis und Allgemeinerkrankungen
Referent: Prof. Dr. Dörfer
Termin: 15. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: GOZ? – HOZ? Betriebswirtschaftliche Aspekte der privaten Honorargestaltung
Referent: Frau Conrad, Frau Wiesemann
Termin: 20. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: Z/PMS / Hygiene-Workshop / MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referent: Frau Christmann
Termin: 20. 02. 2008
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: Füllst du noch oder restaurierst du schon?
Referent: Prof. Dr. Ernst
Termin: 27. 02. 2008
Sonstiges: Intensivseminar zu direkten Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich
Kursgebühr: 250 EUR

Auskunft und Anmeldung:
 Frau Albrecht, Frau Faltin,
 LZK Rheinland-Pfalz,
 Langenbeckstr. 2,
 55131 Mainz
 Tel.: 06131/96 13 660
 Fax: 06131/96 13 689

ZÄK Sachsen-Anhalt



**Fortbildungsinstitut
 „Erwin Reichenbach“**

Thema: Professionelle Zahnreinigung – Arbeitskurs
Referenten: Genoveva Schmid, Berlin
Termin: 29. 02. 2008, 15.00 – 19.00 Uhr;
 01. 03. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., in der Universitätszahnklinik, Harz 42 a
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-08-2008

Thema: Ohrakupunktur und Körperakupunktur zur Schmerztherapie und für weitere Indikationen in der Zahnarztpraxis – Stufe 1
Referent: Dr. med. Kai Bähne-
 mann, Berlin
Termin: 29. 02. 2008,
 14.00 – 19.00 Uhr und am
 01. 03. 2008, 9.30 – 16.30 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 210 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-005

Thema: Zeitgemäße Parodontal-
 behandlung und ihre Realisation
 in der Praxis
Referent: Priv.-Doz. Dr. Rainer
 Buchmann, Dortmund
Termin: 01. 03. 2008,
 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Halle/S. im Maritim Hotel,
 Riebeckplatz 4
Gebühr: 140 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-007

Thema: Crashkurs Endodontie
 (theoretischer Kurs)
Referent: Dr. med. dent. Tomas
 Lang, Witten/Herdecke

Termin: 01. 03. 2008,
 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 140 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-006

Thema: MALE AFFAIRS – Männer-
 angelegenheiten
 Ist es riskant ein Mann zu sein?
Referentin: Dr. Ilona Bürgel,
 Dresden
Termin: 05. 03. 2008,
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 80 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-008

Thema: Prophylaxe praktisch
Referentin: Genoveva Schmid,
 Berlin
Termin: 05. 03. 2008,
 14.00 – 20.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 130 Euro
Kurs-Nr.: H-09-2008

Thema: Selbsttherapie am
 Arbeitsplatz mit JUST-FIVE –
 Aufbauseminar
Referent: Manfred Just,
 Forchheim
Termin: 07. 03. 2008,
 15.00 – 18.30 Uhr und am
 08. 03. 2008, 9.00 – 13.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 200 Euro ZA, 160 Euro
 ZH, 340 Euro Team (1 ZA/1 ZH)
Kurs-Nr.: Z/ZH 2008-010

Thema: Achtsamkeit: Der Königs-
 weg zu Vertrauen und Patienten-
 treue
Referentin: Petra C. Erdmann,
 Dresden-Langebrück
Termin: 07. 03. 2008,
 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Halle/S., im Ankerhof Hotel,
 Ankerstr. 2a
Gebühr: 125 Euro
Kurs-Nr.: H-10-2008

Thema: Direkte Komposite im
 Frontzahnbereich: Der Weg von
 der einfachen Füllung zur ästhe-
 tisch perfekten Restauration
 Hands-On-Kurs
Referent: OA Priv.-Doz. Dr.
 Jürgen Manhart, München
Termin: 07. 03. 2008,
 14.00 – 20.00 Uhr und am
 08. 03. 2008, 8.00 – 16.30 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 270 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-009

Thema: Zahnersatz-Abrechnung
 nach BEMA und GOZ
Referentin: Christina Baumeister,
 Haltern am See
Termin: 08. 03. 2008,
 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichen-
 bachinstitut der ZÄK,
 Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 130 Euro
Kurs-Nr.: H-11-2008

Thema: Curriculum Allgemeine
 Zahn-, Mund- und Kieferheil-
 kunde mit anschließendem Er-
 werb „Kammerzertifikat FB All-
 gemeine Zahn-, Mund- und Kie-
 ferheilkunde“
 2. Wochenendkurs Prothetik
Referent: Univ.-Prof. Dr. K. E.
 Dette, Halle/S.
Termin: 14. 03. 2008,
 14.00 – 18.00 Uhr und am
 15. 03. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., in der Poliklinik für
 Zahnärztliche Prothetik, Sektion
 Zahnärztliche Propädeutik,
 Harz 42 a
Gebühr: Kurspaket: 2000 Euro,
 Einzelkursgebühr: 250 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-072

Thema: Zahnfarbene plastische
 Füllungsmaterialien und deren
 Adhäsivsysteme
 Durchblick im Dschungel der
 Produkte, Wertung und Handha-
 bung
Referent: Dr. Uwe Blunck, Berlin
Termin: 29. 03. 2008,
 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 160 Euro
Kurs-Nr.: Z/2008-011

Thema: Workshop Step 2 – QM in der Zahnarztpraxis
Referenten: Claudia Leupolz, Anne Ahrens, beide Flensburg
Termin: 29. 03. 2008, 9.00 – 16.30 Uhr
Ort: Halle/S., im Ankerhof Hotel, Ankerstr. 2a
Gebühr: 165 Euro
Kurs-Nr.: H-12-2008

Thema: „OP-Assistenz“
Referentin: Jeanette Kempert, Wolfsburg
Termin: 29. 03. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 50 Euro
Kurs-Nr.: H-13-2008

Anmeldungen bitte schriftlich über ZÄK S.-A., Postfach 39 51, 39014 Magdeburg, Frau Einecke: 0391/739 39 14, Frau Birwirth: 0391/7 39 39 15, Fax: 0391/7 39 39 20
 E-Mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de oder birwirth@zahnaerztekammer-sah.de

Kongresse

■ Februar

Jahrestagung des AKPP
Termin: 01./02. 02. 2008
Ort: Münster
Auskunft: <http://akpp.uni-muenster.de>

Gemeinschaftstagung „Westfälische Ges. für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ und des „Arbeitskreises für Psychologie und Psychosomatik in der DGZMK“
Thema: Psychosomatik – Integrierender Bestandteil eines umfassenden zahnärztlichen Behandlungskonzeptes
Termin: 02. 02. 2008, 9.00 – 13.30 Uhr
Ort: Aula des Schlosses, Schlossplatz 2, 48149 Münster
Auskunft: Westfälische Gesellschaft für ZMK-Heilkunde e.V., Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
 Tel.: 0251/83 47 084
 Fax: 0251/83 47 182
 e-mail: weersi@uni-muenster.de

BDA event for EU dentists
Thema: Dentistry in the UK
Termin: 07. 02. 2008
Ort: 64 Wimpole Street, London W1G 8YS

Auskunft: Emma Gordon, Events Executive, British Dental Association, 64 Wimpole Street, London W1G 8YS
 Tel.: 020 7563 4590
 Fax: 020 7563 4591
 e-mail: events@bda.org

22. Berliner Zahnärztetag
18. Berliner Zahntechnikertag
37. Deutscher Fortbildungskongress für die Zahnmedizinische Fachangestellte
Thema: Prothetik
Veranstalter: Quintessenz Verlags-GmbH
Termin: 08./09. 02. 2008
Ort: ICC Berlin
Auskunft: Sylvie Kunert, Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
 Tel.: 030/761 80 630
 Fax: 030/761 80 693
www.quintessenz.de

Satelliten-Symposium auf der Diabetes 2008 in Münster
Veranstalter: Bundeszahnärztekammer
Termin: 09. 02. 2008 (Diabetes-Messe vom 08. –10. 02. 2008)
Ort: Halle Münsterland, Münster
Thema: Diabetes und Mundgesundheit

Auskunft: BZÄK, Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Chausseestr. 13, 10115 Berlin
 Tel.: 030/400 05-152
 Fax: 030/400 05 159
 e-mail: j.frey@bzaek.de
www.bzaek.de
www.diabetes-messe.com

27. Internationales Symposium für MKG-Chirurgen, Oralchirurgen und Zahnärzte
Veranstalter: Prof. Dr. Dr. Esser
Termin: 09. – 15. 02. 2008
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-osnabrueck.de

40. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos
Termin: 16. – 22. 02. 2008
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

7. Unnaer Implantologietage

Termin: 22./23. 02. 2008
Ort: park inn Hotel Kamen/Unna Kamen Karree 2/3, 59174 Kamen
Auskunft: Oemus Media AG
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

Symposium Digitale Technologien

Thema: Digitale dentale Technologien: Chancen nutzen, Möglichkeiten entdecken
Termin: 23. 02. 2008
Ort: Fortbildungszentrum Hagen
Auskunft: Dentales Fortbildungszentrum Hagen GmbH,
 Tel.: 02331/624 68 12
 Fax: 02331/624 68 66
 e-mail: mail@d-f-h.com
 www.d-f-h.com
 www.ddn-online.net

Medicus Kongress für ganzheitliche Medizin

Thema: Zurück in die Zukunft – neue Perspektiven in den Wissenschaften
Termin: 23. – 24. 02. 2008
Ort: Kempinski Heiligendamm
Auskunft: www.medicus-kongress.de

Frühjahrs-Akademie der DGEEndo

Veranstalter: DGEEndo – Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.
Termin: 29. 02./01. 03. 2008
Ort: Universität Marburg, Georg-Voigt-Straße 3, 35039 Marburg
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

■ **März****12. Jahrestagung des Landesverbandes Berlin-Brandenburg (BBI) in der DGI e.V.**

Thema: Hartgewebe stützt Weichgewebe, Weichgewebe schützt Hartgewebe
Termin: 01. 03. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Kongresszentrum am Templiner See, am Luftschiffhafen 1, 14471 Potsdam
Auskunft: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Hohenzollerndamm 28a, 10713 Berlin
 Tel.: 030/86 09 87-0
 Fax: 030/86 09 87-19
 e-mail: strunz@dgi-ev.de oder MCI
 Tel.: 030/204 59-0
 e-mail: elisabeth.freyer@mci-group.com

4. Düsseldorfer Symposium Zahnmedizin

Thema: Ästhetik – von Scheitel bis zum Kinn
Veranstalter: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Termin: 01. 03. 2008
Ort: Konrad-Henkel-Hörsaal (Hörsaal 3A), Hörsaalgebäude 23.01, Universitätsklinikum Düsseldorf, Unversitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. N. R. Kübler, Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Handschel
Auskunft: Tel.: 0211/811 81 81
 e-mail: mkg@med.uni-duesseldorf.de
 www.medical-exchange.org

9. Int. KFO-Praxisforum 2008

Thema: Kieferorthop. und interdisziplinäre Erfahrungskonzepte aus Klinik u. Praxis für die Praxis
Termin: 01. – 08. 03. 2008
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

54. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

Generalthema: Risiko Restgebiss? Zwischen zahnmedizinischer Strategie und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen
Termin: 05. – 08. 03. 2008
Ort: Gütersloh
Auskunft: ZÄKWL, Auf der Horst 31, 48147 Münster, Inge Rinker
 Tel.: 0251/507-604
 Fax: 0251 / 507-619
 E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de

5. Workshop der ARPA-Wissenschaftsstiftung

Thema: Mikrobiologie der Parodontitis – Antibiotika in der Therapie
Termin: 07./08. 03. 2008
Ort: Hauptgebäude des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai, 60590 Frankfurt
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V., Clermont-Ferrand-Allee 34, 93049 Regensburg
 Tel.: 0941/94 27 99-0
 Fax: 0941/94 27 99 22
 e-mail: kontakt@dgpapo.de
 www.dgpapo.de

9. Best Day

Veranstalter: IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

Thema: Auf gute Gelingen!

Vom Vorsatz zum Umsatz

Termin: 07./08. 03. 2008

Ort: Köln, Hotel Maritim

Auskunft: IFG, Wohldstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand
Tel.: 04503/77 99 33

Fax: 04503/77 99 44

e-mail: info@ifg-hl.de

www.ifg-hl.de

Dental South China Int. Expo 08

Top Dental Show in China

Termin: 08. – 11. 03. 2008

Ort: Hall No. 9, 10, 11, 2nd Floor of China Import and Export Fair Pazhou Complex, Guangzhou, P.R. China

Auskunft: Guangdong Int. Science & Technology Exhibition Company (STE)

Tel.: 0086-20-83 56 72 76,

83 54 91 50, 83 51 71 02

Fax: 0086-20-83 54 90 78,

83 51 71 03

e-mail: maurawu@ste.cn

Expodental 2008

Termin: 27. – 29. 03. 2008

Ort: Feria de Madrid

Auskunft:

www.expodental.ifema.es

■ April**1. SnowDent**

Veranstalter: Quintessenz Verlags-GmbH

Termin: 03. – 05. 04. 2008

Ort: St. Moritz Suvretta House, Schweiz

Auskunft: Sylvie Kunert, Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Tel.: 030/761 80 630

Fax: 030/761 80 693

www.quintessenz.de/snowdent

19. Fortbildungsveranst. der BZK Freiburg für ZFA in Schluchsee

Thema: Implant. im Praxisalltag

Termin: 04. 04. 2008

Ort: Schluchsee

Auskunft: BZK Freiburg,

Tel.: 0761/45 06-314

Fax: 0761/45 06-450

e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

33. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee

Thema: Implantate – eine Erfolgsgeschichte über mehr als 50 Jahre

Termin: 04./05. 04. 2008

Ort: Titisee

Auskunft: BZK Freiburg,

Tel.: 0761/45 06-314

Fax: 0761/45 06-450

e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

5. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ)

Thema: Orofaziale Ästhetik

Termin: 04./05. 04. 2008

Ort: Hotel Palace Berlin, Budapester Straße 45, 10787 Berlin

Auskunft: Oemus Media AG,

Tel.: 0341/484 74-308

Fax: 0341/484 74-290

e-mail: kontakt@oemus-media.de

www.oemus-media.de

IDEM Singapore 2008

Termin: 04. – 06. 04. 2008

Ort: Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre

Veranstalter: Koelnmesse GmbH

Auskunft: www.idem-singapore.com

Symposium Interdisziplinäre Behandlung von OSAS

Thema: Interdisziplinäre Behandlung von Schnarchen/Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom OSAS

Veranstalter: Saarbrücker Qualitätszirkel Schlafmedizin – Offizielle Fortbildung der Zahnärztekammer des Saarlandes

Termin: 05. 04. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hotel Mercure Süd an der

Goldenen Bremm,

Zinzingerstr. 9,

66117 Saarbrücken

Auskunft: Dr. Horst Kares,

Grumbachtalweg 9,

66121 Saarbrücken

Tel.: 0681/89 40 18

Fax: 0681/58 47 075

e-mail: horst@kares.eu

1. Bamberger Dental- und Fortbildungstage

Veranstalter: Altmann Dental

Bamberg, Stephan Winter

Termin: 11./12. 04. 2008

Ort: Bamberg

Auskunft: Altmann Dental Bam-

berg, Schützenstraße 3,

Tel.: 0951/98 01 30 oder

0951/98 01 350 oder

mobil: 0172/219 77 07

(Stephan Winter)

Fax: 0951/20 33 40

Zahnheilkunde-Kongress –

Zahn der Zeit

Festvortrag: „Der Quanten-

sprung: Die Wurzel des Zufalls“

Prof. Dr. Anton Zeilinger, Wien

Veranstalter: LZK Rheinland-Pfalz

Termin: 11./12. 04. 2008

Ort: Rheingoldhalle Mainz

Auskunft: Frau Wepprich-Lohse,

Frau Albrecht, Frau Faltin

Landeszahnärztekammer RLP,

Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz

Tel.: 06131/96 13 661/-62

Fax: 06131/96 13 689

e-mail: wepprich-lohse@lzk.de

oder faltin@lzk.de

7. Deutscher ITI Kongress 2008

Thema: Implantate: Interaktion von Biologie und Technik

Termin: 11./12. 04. 2008

Ort: Kölner Kongresszentrum Expo XXI

Auskunft: Straumann Veranstaltungsorganisation, Freiburg, Tel.: 0761/45 01 480
www.iti.org/german-congress

Kongress Zahnheilkunde 2008

Veranstalter: Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Termin: 1./12. 04. 2008

Ort: Rheingoldhalle Mainz

Auskunft: Frau Wepprich-Lohse, Frau Albrecht, Frau Faltin, LZK Rheinland-Pfalz, Langenbeckstr. 2, 55131 Mainz
Tel.: 06131/961 36-61 / -62
Fax: 06131/961 36 89
e-mail: wepprich-lohse@lzk.de oder faltin@lzk.de

2. KOMA Kongress

Thema: Kommunikation und Marketing – Innovationen in der Implantol. und Esthetic Dentistry

Termin: 12. – 19. 04. 2008

Veranstalter: G.M.I. Deutsche Ges. der Masterimplantologen

Ort: Ischgl, Österreich

Auskunft: All Dente Institut Lünenerstr. 73, 59174 Kamen
Tel.: 02307/96 74 64
Fax: 02307/23 50 02
www.all-dente.com

18. Jahrest. des Deutschen Zentrums f. Orale Implantologie DZOI

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Hilton München, Rosenheimer Str. 15, 81667 München

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

2. Frühjahrssymposium der ÖGK

Veranstalter: Österreichische Ges. für Kinderzahnheilkunde

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Salzburg

Referenten: Dr. Hubert van Waes (Schweiz); Prof. Dr. Svante Twetman (Dänemark); Dr. Curt Goho (Deutschland/USA); PD Dr. Roland Frankenberger (Deutschland)

Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
Tel.: 043(0)662/90 10 23 03
Fax: 043(0)662/90 10 23 09
e-mail: office

13. Dentsply Friadent World Symposium 2008

Thema: Ihr Praxiserfolg im Fokus

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Berlin

Auskunft: www.friadent.de

18. Jahrestagung der DGAZ

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

Thema: Tipps und Tricks zur Verbesserung der Compliance dementer Patienten

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Münster

Auskunft: PD Dr. Anne Wolowski, Universität Münster, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel.: 0251/83 47 079
Fax: 0251/83 47 083
e-mail: resingu@uni-muenster.de
www.dgaz.org

8. Jahrestagung der DGI e.V.

Landesverband Bayern

Thema: Kontroversen in der implantologisch basierten Zahnheilkunde

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Kultur- und Kongresszentrum Rosenheim, Kufsteiner Str. 4, 83022 Rosenheim

Auskunft: Praxis Dr. Schmidinger Monika Pangerl, Hauptstr. 26, 82229 Seefeld
Tel.: 08152/99 09 18

7. Jahrestagung der DGI e.V.

Landesverband Nordrhein-Westf.

Thema: Möglichkeiten und Grenzen der Implantologie

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Hotel Intercontinental Düsseldorf, Königsallee 59, 40215 Düsseldorf

Auskunft: MCI,

Tel.: 030/204 59-0

e-mail:

elisabeth.freyer@mci.com

2. Jahrestagung der DGI e.V.

Landesverband Hessen

Thema: Interdisziplinäre Probleme in der Implantologie

Termin: 18./19. 04. 2008

Ort: Marriott Hotel,

Hamburger Allee 2,

60486 Frankfurt

Auskunft: DGI GmbH,

Henkestr. 91, 91052 Erlangen

Tel.: 09131/92 00 70

Fax: 09131/92 00 72

e-mail: info@dgi-gmbH.com

■ Mai

58. Jahrestagung der AG für Kieferchirurgie und

29. Jahrestagung des AK für

Oralpathologie und Oralmedizin

Tagungsthemen: Chirurgie im Alter; Plastische und rekonstr. Chirurgie der oralen Weichgewebe

Termin: 01. – 03. 05. 2008

Ort: Wiesbaden
Auskunft: Schriftführer der AGKi:
 Prof. Dr. Dr. J. Kleinheinz,
 Waldeyerstraße 30,
 48149 Münster
 Tel.: 0251/83 47 004
 e-mail: johannes.kleinheinz@uk-
 muenster.de
 www.ag-kiefer.de

16. Internationales Frühjahrs- Zahn-Seminar Meran

Veranstalter: Verein Tiroler
 Zahnärzte
Thema: Zukunftsweisende Ar-
 beitstechniken für die tägliche
 Praxis
Termin: 01. – 03. 05. 2008
Ort: Kurhaus Meran,
 Freiheitsstraße 37, 39012 Meran
Wiss. Leitung: Univ. Prof. DDR.
 Siegfried Kulmer, Innsbruck
Anmeldung: Verein Tiroler
 Zahnärzte,
 Sekretariat: Nicola Welsch,
 Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
 Tel.: (+43/512) 504-27 190
 Fax: (+43/512) 504-27 616
 e-mail: office@vtz.at
Auskunft: Ärztezentrale med.info
 Helferstorferstraße 4,
 A-1014 Wien
 Tel.: (+43/1) 531 16-38
 Fax: (+43/1) 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

Bulmedica/Buldental

42nd Int. Specialised Exhibition
Termin: 13. – 16. 05. 2008
Ort: Inter Expo and Congress
 Center Sofia
Auskunft: Bulgarreklama Agency
 Ltd, 147, Tzarigradsko Chaussee
 BG-1784 Sofia, Bulgarien
 Tel.: (+359 2)96 55 279, 275
 Fax: (+359 2)96 55 231
 e-mail: glubenova@bulgarre-
 klama.com
 www.bulgarreklama.com

8. Bundeskongress Pathologie

**92. Jahrestagung der Deutschen
 Gesellschaft für Pathologie**
Veranstalter: Berufsverband
 Deutscher Pathologen und
 Deutsche Gesellschaft für Patho-
 logie
Termin: 15. – 18. 05. 2008
Ort: Berlin

Auskunft: BDP, Bundesgeschäfts-
 stelle Rotthaus Str. 23,
 45879 Gelsenkirchen
 Tel.: 0209/155 63-0
 Fax: 0209/155 63-15
 e-mail: bv@pathologie.de

42. Jahrestagung der AG für Röntgenologie (ARö) in der Deut- schen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Termin: 16./17. 05. 2008
Ort: Runtingersaal, Regensburg
Auskunft: Prof. Dr. Uwe J. Rother
 1. Vorsitzender der ARö,
 Universitätsklinikum Hamburg-
 Eppendorf, Martinistr. 52,
 20246 Hamburg
 Tel.: 040/42 803-22 52
 Fax: 040/42 803-51 22
 e-mail: rother@uke.uni-ham-
 burg.de
 www.aroo.org

15. Europäisches Sommersympo- sium Usedom

Termin: 19. – 24. 05. 2008
Ort: Heringsdorf auf Usedom
Auskunft: Freier Verband Deut-
 scher Zahnärzte e.V., Mallwitz-
 straße 16, 53177 Bonn
 Tel.: 0228/85 57-55
 Fax: 0228/34 54 65
 e-mail: rs@fvdz.de

Symposium am Tegernsee

Thema: America meets Europe
Veranstalter: Quintessenz Verlag
 u. Zahngesundheit a. Tegernsee
Termin: 22. – 24. 05. 2008
Ort: Tegernsee
Auskunft: Z.a.T.,
 Adelhofstraße 1,
 83684 Tegernsee
 Tel.: 08022/70 65 56
 Fax: 08022/70 65 58
 e-mail: info@z-a-t.de
 www.z-a-t.de

15. IEC Implantologie-Einsteiger- Congress

Termin: 23./24. 05. 2008
Ort: Ulm, Maritim Hotel, Bastei-
 straße 40, 89073 Ulm
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-
 media.de
 www.oemus-media.de

9. ESI Expertensymposium „Innovationen Implantologie“ Frühjahrstagung der DGZI 2008

Thema: Diagnostik und Thera-
 pieplanung – Von der chirurgi-
 schen Planung zum protheti-
 schen Erfolg
Termin: 23./24. 05. 2008
Ort: Ulm, Maritim Hotel,
 Basteistraße 40, 89073 Ulm
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-
 media.de
 www.oemus-media.de

Jahrestagung der ESDE

Veranstalter: European Society of
 Dental Ergonomics
Termin: 30./31. 05. 2008
Ort: Rivoltella, Italy near Lake
 Garda
Auskunft: Dr. Mieke De Bruyne
 Secretary-General ESDE
 e-mail:
 mieke.debruyne@ugent.be

■ Juni

Sino-Dental 2008

**13th China Int. Dental Equipment
 & Affiliated Facilities Exhibition**
Termin: 05. – 08. 06. 2008
Ort: Beijing Exhibition Centre,
 P.R. China
Auskunft: Ms. Yin Haiyan,
 Ms. Zhang Zhenzhen
 Tel.: 8610 / 88 39 39 22/39 23
 Fax: 8610 / 88 39 39 24
 e-mail: info@sindent.com.cn
 www.sindent.com.cn

Ostseesymposium

1. Norddeutsche Implantolo- gietage

Thema: Konchen ist Ästhetik–
 Moderne Konzepte der Kno-
 chen- und Geweberegeneration
 in der Parodontologie und Im-
 plantologie
Termin: 06./07. 06. 2008
Ort: Rostock, Hotel Neptun,
 Seestraße 19, 18119 Rostock-
 Warnemünde
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-
 media.de
 www.oemus-media.de

6. Jahrestagung der DGI e.V. Landesverband Niedersachsen

Thema: Struktur-Erhalt und
 -Aufbau
Termin: 13. – 14. 06. 2008
Ort: Arabella Sheraton Pelikan
 Hotel, Podbielskistr. 145,
 30177 Hannover
Auskunft: DGI GmbH,
 Henkestr. 91, 91052 Erlangen
 Tel.: 09131/92 00 70
 Fax: 09131/92 00 72

22nd International Symposium on Ceramics

Thema: Esthetic Masters at the
 Forefront
Termin: 06. – 08. 06. 2008
Ort: Hyatt Century Plaza Hotel,
 Los Angeles
Auskunft: Quintessence
 Publishing Co, Ing.
 4350 Chandler Drive,
 Hanover Park II, IL 60133
 Tel.: (063) 736-36 00
 Fax: (063) 736-36 33
 e-mail: service@quintbook.com
 www.quintpub.com

Gender Medicine Congress 2008

Veranstalter: Deutscher Pharma-
 zeutinnen Verband und Deut-
 scher Ärztinnenbund e.V., Regio-
 nalgruppe Baden-Württemberg
Termin: 06. – 08. 06. 2008
Ort: Heidelberg
Auskunft: Antonie Marquardt,
 Klotzenmoor 38 e,
 22453 Hamburg
 Tel.: 040/511 92 47
 e-mail:
 info@pharmazeutinnen.de
 www.pharmazeutinnen.de
 www.aerztinnenbund.de

Der Funktionskongress

Veranstalter: IFG Internationale
 Fortbildungsgesellschaft mbH
Thema: „So funktioniert es!“
 Aktuelle Ideen und bewährte
 Konzepte
Termin: 13./14. 06. 2008
Ort: Köln, Hotel Maritim
Auskunft: IFG, Wohldstraße 22,
 23669 Timmendorfer Strand
 Tel.: 04503/77 99 33
 Fax: 04503/77 99 44
 e-mail: info@ifg-hl.de
 www.ifg-hl.de

2. Internationaler Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin

Termin: 19./21. 06. 2008

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

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

1. Interdisziplinäre Tagung Dentoalveoläres Trauma

Thema: Das Frontzahntrauma interdisziplinär – Wissenschaftliche und Fortbildungstagung mit Hands-on-Kursen

Termin: 20./21. 06. 2008

Ort: Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Bonn
Auskunft: PD Dr. Yango Pohl, Poliklinik für Chirurgische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Welschnonnenstraße 17, 53111 Bonn

Tel.: 0228/28 72 23 30

Fax: 0228/28 72 26 53

e-mail: yango.pohl@ukb.uni-bonn.de

www.zahntraumatagung.de

CARS 2008 – Computer Assisted Radiology and Surgery

22nd Int. Congress a. Exhibition

Termin: 25. – 28. 06. 2008

Ort: Barcelona, Spain

Auskunft: CARS Conf. Office, Im Gut 15, 79790 Kuessaberg Tel.: 07742/922 434

Fax: 07742/922 438

e-mail: office@cars-int.org

www.cars-int.org

13. Fortbildungssymposium / 5. Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg/Vorpommern der DGI

Thema: Der implantologische Grenzfall

Veranstalter: Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für ZMK-Heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock und Landesverband Mecklenburg/ Vorpommern der DGI

Termin: 28. 06. 2008

Ort: Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, M.-Luther-Str. 14, 17487 Greifswald

Auskunft: Prof. Dr. W. Sümnick, Poliklinik für MKG-Chirurgie, Rotgerberstr. 8, 17487 Greifswald Tel.: 03834/86 71 80 Fax: 03834/86 73 02 e-mail: suemnick@uni-greifswald.de

MEDCongress

35. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung

Termin: 29. 06. – 05. 07. 2008

Ort: Baden-Baden, Kongresshaus

Auskunft: MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart

Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

e-mail: bn@medicacongress.de

www.medicacongress.de

■ September

15. Sommersymposium der Mitteldeutschen Vereinigung für Zahnärztliche Implantologie

Hauptthema: Implantologie in aller Munde – Was ist übrig von der Zahnheilkunde?

Termin: 04. – 06. 09. 2008

Ort: Jena

Auskunft: boeld communication Patrick Wagner

Bereiteranger 15,

81541 München

Tel.: 089/18 90 46-0

Fax: 089/18 90 46-16

e-mail: pwager@bb-mc.com

www.bb-mc.com

14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose DGZH e.V.

Thema: Zahnärztliche Hypnose und Kommunikation

Wiss. Leitung: Dr. Albrecht Schmierer, Dr. Horst Freigang

Termin: 12. – 14. 09. 2008

Ort: Berlin, Hotel Steigenberger

Auskunft: Congress Organisation Claudia Winkhardt,

Holtzendorffstr. 3, 14057 Berlin

Tel.: 030/36 28 40 40

Fax: 030/36 28 40 42

e-mail: mail@cwcongress.org

www.dgzh.de

11. ESH Congress

Thema: Hypnosis and Hypnotherapy

Termin: 17. – 21. 09. 2008

Ort: Lecture Hall Centre, General Hospital Vienna
Auskunft: Vienna Medical Academy, Mirjam Uebelhör, Alserstr. 4, 1090 Wien
 Tel.: +43 1 405 13 83 16
 Fax: +43 1 407 82 74
 e-mail: ESH2008@medacad.org
 www.vienna.hypnos.de

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
 Tel.: 0241/80 88-733 oder -110
 Fax: 0241/80 82 468
 E-Mail: jrotgans@ukaachen.de
 www.zahnerhaltung.ukaachen.de

Referent: Prof. Dr. Anton Sculean
Kurs-Nr.: ZF 1449
Kursgebühr: 490 EUR;
 450 EUR DGZMK-Mitglieder;
 430 EUR APW-Mitglieder
Fortbildungspunkte: 10

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

Ort: Grünau-Hotel, Kabelower Weg 87, 12526 Berlin
Referent/in: G. Schütz und H. Freigang
Kursgebühr: 350 EUR

Auskunft: Dr. Horst Freigang, Lindenallee 21, 12587 Berlin
 Tel.: 030/64 19 73 08
 Fax: 030/64 19 73 07

Universitäten**Universität Zürich****CEREC-Kurse in Zürich**

Thema: Cerec 3D Masterkurs
Referent: Prof. Dr. Dr. W. Mörmann und Mitarbeiter, Zürich
Termin: 28. 03. 2008
Ort: Zürich

Auskunft: Frau R. Hanselmann, Zentrum ZZMK, Plattenstr. 11, CH 8032 Zürich
 Tel.: 0041/44 634 32 72
 Fax: 0041/44 634 43 07
 e-mail: sekretariatszcr@zzmk.uzh.ch

RWTH Aachen**CEREC 3D-Seminar und CEREC 3D-Update-/Aufbauseminar**

Thema: Kompetenzorientiertes Training nach stufenweisem AACZ-Qualifizierungskonzept CEREC-Junior, -Fellow, -Master durch Lernzielabstimmung
Format: Werkstatt, dafür geeignet für Anfänger (basis) und Fortgeschrittene (update/aufbau)
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curriculaentwicklung und -forschung
Termin: 22./23. 02. und 07./08. 03. 2008,
 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

Wissenschaftliche Gesellschaften**IAZA****Workshop**

Thema: Workshop Kindernotfälle
Termin: 08. 03. 2008
Ort: Hörsaal der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Auskunft: consiglio medico GmbH, Wissenschaftliche Beratung, Kongresse, Reisen Hinkelstein Str. 8, 55128 Mainz
 Fax: 061 31/33 77 55
 e-mail: info@conmedmainz.de

Akademie Praxis und Wissenschaft**Fortbildungskurse**

Thema: Die Behandlung von CMD-Patienten – Aufbisschiene & Co – mit System
Termin: 07. 03. 2008,
 10.00 – 19.00 Uhr;
 08. 03. 2008, 8.00 – 16.00 Uhr
Ort: Gauting
Referent: Dr. Wolf-Dieter Seeher
Kurs-Nr.: ZF 1446
Kursgebühr: 690 EUR;
 650 EUR DGZMK-Mitglieder;
 630 EUR APW-Mitglieder
Fortbildungspunkte: 19

Thema: Praxisrelevante Konzepte in der regenerativen Parodontaltherapie
Termin: 29. 03. 2008,
 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Mainz

ZGiH**Fortbildungskurs**

Thema: Diagnostik von Cranio-mandibulären Dysfunktionen
Referent: Oberarzt Dr. Eckehard Busche, Witten-Herdecke
Termin: 04. 03. 2008
Ort: Mercure Hotel, Hagen

Auskunft: Dr. Michael Plate, Denkmalstr. 2a, 58099 Hagen
 Tel.: 02331/645 08
 e-mail: ZGiHagen@t-online.de
 www.Zahnaerztliche-Gesellschaft-in-Hagen.de

DGZH**Regionalstelle Ennigerloh**

Thema: Curriculum Z3: Trance und NLP 1
Termin: 07. 03. 2008,
 14.00 – 20.00 Uhr;
 08. 03. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Regionalstelle Westf.-Lippe, Ennigerloh
Fortbildungspunkte: 16
Referent/in: Dipl. Psych. Inge Alberts
Kursgebühr: 485 EUR (450 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft: Dr. Christian Rauch, Eckestr. 18, 59320 Ennigerloh
 Tel.: 02524/15 15
 Fax: 02524/95 15 18

Regionalstelle Berlin/ Brandenburg

Thema: H5-Helferinnencurriculum Hypnose: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose II
Termin: 07. 03. 2008,
 14.00 – 20.00 Uhr;
 08. 03. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

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: QM: Komplette Ausarbeitung für die Prophylaxeabteilung
Veranstalter: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Fortbildungszentrum Burgau
Termin: 08. 02. 2008,
 9.30 – 17.00 Uhr
Ort: 89331 Burgau (Schwaben)
Sonstiges: Ausarbeitung mit Definition / Arbeitsablauf / Checklisten; FU, IP1-IP4, Fiss., Zst, PSI, ÜZ, PZR, PAR u.s.w.
Gebühr: 210 EUR
Auskunft: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Schmidberg 3a, 89331 Burgau
 Tel.: 0173/38 39 383
 Fax: 08222/41 33 23
 e-mail: info@dh-regensburger.de
 www.dh-regensburger.de

Thema: Champions-Implants
Veranstalter: Champions-Implants GmbH
Termin: 08./09. 02. 2008,
 22./23. 02. 2008
 Fr. 14.00 Uhr bis Sa. 15.00 Uhr
Ort: Praxis Dr. Armin Nedjat in Flonheim (bei Mainz)

Sonstiges: Kurs für Implantologie-Einsteiger ebenso wie für Alternativ-suchende Implantat-Profis; Power-Point, Workshop u. große Live-OPs mit vielen Nachkontrollen abgeschl. Fälle; 15 Fortbildungspunkte

Gebühr: 590 EUR inkl. MwSt., A3-Zertifikatd, Kursskript, Mittag/Abendessen + Hotel

Auskunft: www.championsimplants.com

Tel.: 06734/69 91

Fax: 06734/10 53

e-mail: info@championsimplants.com

Thema: Dental Wellness: Patienten mit einem Gesamtkonzept begeistern

Veranstalter: pdv praxis Dienste + Verlags GmbH

Termin: 09. 02. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Hamburg

Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Zahnärzte/Zahnärztinnen und Praxismitarbeiter/-innen: Patienten zu begeistern ist Teamarbeit!

Kursgebühr: 298 EUR / 258 EUR + MwSt.

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

Tel.: 06221/64 99 71-0

Fax: 06221/64 99 71-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Thema: Praxiserfolg generieren und sichern am Beispiel der Calessco-Restaurations, Hands-on Kurs

Veranstalter: Calessco GmbH

Termin: 09. 02. 2008,

10.30 – 14.30 Uhr

Ort: Hotel Wachtelhof, Gerberstr. 6, 27356 Rotenburg/W

Sonstiges: 5 Punkte

Gebühr: 149,90 EUR inkl.

Tagesverpflegung

Auskunft: Calessco GmbH, Stresemannstr. 46,

27570 Bremerhaven

Tel.: 04721/14 04 80

Fax: 04721/14 04 84

e-mail: info@calessco.de

www.calessco.de

Thema: Professionelle Zahnreinigung

Veranstalter: DentFit.de

Termin: 13. 02. 2008

Ort: Herne

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: Beraten mit Herz und Verstand – Patienten von der Qualität und Nutzen außervertraglicher Leistungen überzeugen

Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin Namianowski

Termin: 15. 02. 2008,

9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Hannover

Sonstiges: Für ZFA, ZMF, ZÄ, Teams; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 250 EUR

Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Unternehmensberatung/Kommunikationstraining, Mühlbolz 6, 88260 Argenbühl,

Tel.: 07566/94 13 44

Fax: 07566/94 13 45

Namianowski.Beratung.Training@t-online.de

www.namianowski.de

Thema: Zusammenarbeit mit dem AALZ – Aachener Arbeitskreis für Laser Zahnheilkunde Abschnitt 1

Veranstalter: DIC Dentales Informations Center

Termin: 15. 02. 2008,

10.00 – 17.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Dr. rer. nat. Jörg Meister

Kursgebühr: 300 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH,

Brigitte Quitzsch,

Industriestraße 6,

70565 Stuttgart

Tel.: 0711/71 50 930

Fax: 0711/71 50 954

e-mail: brigitte.quitzsch@henryschein.de

Thema: „Rückwärts-Planung“ – Aufbaukurs – Teil 2

Naturidentische Gestaltung v.

Prothesenzähnen u. Zahnfleisch

Veranstalter: CORONA Lava™

Fräszentrum Starnberg

Termin: 16. 02. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: ZTM Jörg Stuck

Gebühr: 499,50 EUR

Auskunft: CORONA Lava™ Fräszen-
trum, Münchner Straße 33,
82319 Starnberg,
Tel.: 08151/55 53 88
Fax: 08151/73 93 38
info@lavazentrum.de
www.lavazentrum.com

Thema: „Naturheilkundliche Me-
dikation in der Zahnarztpraxis“ –
Hexenküche der alternativen Re-
zepturen

Veranstalter: Privatakademie für
Naturheilkunde GmbH (PAN)

Termin: 16. 02. 2008,
9.00 – 17.30 Uhr

Ort: Streithorstweg 3, 49163
Bohmte-Hunteburg

Sonstiges: Anhand von Fallbei-
spielen werden folgende Thera-
pieformen dargestellt: Homöo-
pathie, Homotoxikologie,
Enzymtherapie, Phytotherapie,
orthomolekulare Therapie und
Bach-Blüentherapie. 10 Fortbil-
dungspunkte

Gebühr: 290 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Dr. med. dent. Ulrich
Gardemin, Streithorstweg 3,
49163 Bohmte-Hunteburg,
Tel.: 05475/95 98 55
Fax: 05475/52 57

Thema: Piezo Scaling – supra
und subgingivale Zahnsteinent-
fernung in Theorie und Praxis

Veranstalter: Henry Schein Den-
tal Depot

Termin: 16. 02. 2008, 10.00 –
14.00 Uhr

Ort: Dr. Dominik Schmider, Mar-
kusstraße 12, 71083 Herrenberg

Sonstiges: Ref.: Barbara Eberle,
Susanne Keck, Dr. Dominik
Schmider

Gebühr: 130 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental
Depot GmbH, Brigitte Quitzsch,
Industriestraße 6,
70565 Stuttgart,
Tel.: 0711/71 509 30
Fax: 0711/71 509 54
e-mail: brigitte.quitzsch@hen-
ryschein.de

Thema: Die perfekte Assistenz bei
chirurgischen Eingriffen in der
Zahnarztpraxis

Veranstalter: DentalSchule –
Institut für zahnmedizinische
Fortbildung GmbH

Termin: 16. 02. 2008

Ort: Berlin

Sonstiges: Ref.: Andrea Klöppel;
OP-Vorbereitung; Aufgabenver-
teilung während der OP; Vorbe-
reitung des sterilen Arbeitsberei-
ches u.s.w.

Kursgebühr: ZFA / ZMF 200 EUR

Auskunft: DentalSchule,
Poststraße 51, 20354 Hamburg
Serviceline: (0700)DENTSCHULE
Tel.: 040/357 15 992
Fax: 040/357 15 993
e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: Zusammenarbeit mit
dem AALZ – Aachener Arbeits-
kreis für Laser Zahnheilkunde
Abschnitt 2

Veranstalter: DIC Dentales
Informations Center

Termin: 16. 02. 2008,
9.00 – 14.30 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Dr. Marcus
Engelschalk

Kursgebühr: 300 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental
Depot GmbH,
Brigitte Quitzsch,
Industriestraße 6,
70565 Stuttgart
Tel.: 0711/71 50 930
Fax: 0711/71 50 954
e-mail: brigitte.quitzsch@hen-
ryschein.de

Thema: Überschaubare ästheti-
sche Behandlung im Frontbe-
reich: einfach und sicher mit der
Indirekten Klebetechnik

Veranstalter: Fachlabor Dr. W.
Klee für grazile Kieferorthopädie

Termin: 16. 02., 08. 11. 2008

Ort: Frankfurt

Sonstiges: Ref.: Dr. Martin San-
der, Kurs-Nr.: 6008 u. 6088,
9 Fortbildungspunkte

Gebühr: 290 EUR

Auskunft: Fachlabor Dr. W. Klee
für grazile Kieferorthopädie, Dr.
Katharina März, Vibeler Land-
straße 3-5, 60386 Frankfurt,
Tel.: 069/9 42 21-125
Fax: 069/9 42 21-201
Mobil: 0176/1 9 42 21 -25
K.Maertz@kfo-klee.de

Thema: Funktionsdiagnostik
DIR® System Vortragsveranstal-
tung in Nürnberg

Veranstalter: FUNDAMENTAL®
Schulungszentrum Arnold +
Osten KG

Termin: 18. 02. 1008, 19.00 Uhr

Sonstiges: Ref.: PD Dr. Andreas
Vogel, Wolfgang Arnold,
Klaus Osten

Gebühr: 69 EUR zzgl. MwSt.

Auskunft: FUNDAMENTAL®
Schulungszentrum Arnold +
Osten KG, Bocholder Straße 5,
45355 Essen,
Tel.: 0201/86 864-0
Fax: 0201/86 864-90
info@fundamental.de
www.fundamental.de

Thema: Modul 2: Individualisie-
rung und Differenzierung im
Unterricht

Veranstalter: Hessische Arbeits-
gemeinschaft für Gesundheitser-
ziehung e.V.

Termin: 18. 02. – 22. 02. 2008,
22. 09. – 26. 09. 2008

Sonstiges: Dozenten: Dr. Claudia
Hartmann-Kurz; Prof. Dr. Julia
Rózsa

Auskunft: HAGE e.V.,
Lehrgangswerk,
Heinrich-Heine-Str. 44,
35039 Marburg
Tel.: 06421/60 07 48

Fax: 06421/60 07 11
e-mail: sibylle.graef@hage.de
www.hage.de

Thema: Professional Scaling Pro-
gramm – Basic Kurs

Veranstalter: Hu-Friedy

Termin: 20. 02. 2008,
9.00 – 17.00 Uhr

Ort: München

Sonstiges: Seminar für Praxismit-
arbeiter/-innen, die über keine
oder wenig Prophylaxe-Erfah-
rung verfügen und sich Basis-
kenntnisse in Theorie und Praxis
aneignen wollen

Gebühr: 285 EUR / 240 EUR +
MwSt.

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

Tel.: 06221/64 99 71-0

Fax: 06221/64 99 71-20

e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Dental fotografie – Ein-
blick in die digitale Dentalfoto-
grafie

Veranstalter: CORONA Lava™
Fräszenzentrum Starnberg

Termin: 20. 02. 2008,
15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: ZTM Wolfgang
Weisser

Gebühr: 50 EUR

Auskunft: CORONA Lava™ Fräs-
zentrum, Münchner Straße 33,
82319 Starnberg,
Tel.: 08151/55 53 88
Fax: 08151/73 93 38
info@lavazentrum.de
www.lavazentrum.com

Thema: Steuern 2008

Veranstalter: Wolf + Hansen
Dental Depot

Termin: 20. 02. 2008

Ort: Wolf + Hansen Dental De-
pot, Schönhauser Allee 188,
10119 Berlin

Sonstiges: Ref.: E. Kuck (Steuer-
berater); Abschreibungsmöglich-
keiten 2008, ABC der Betriebs-
ausgaben, Umsatzsteuer im Pra-
xisalltag, Steueroptimale Finan-
zierungsmöglichkeiten; 3 Punkte

Gebühr: 95 EUR + MwSt. pro
Teilnehmer

Auskunft: Frau Josefine Wolff,
Tel.: 030/44 04 03 16

Fax: 030/44 04 03 55

e-mail: josefine.wolff@wolf-hau-
ser.de

Thema: Telefonieren ist (k)eine
Kunst I (Basisseminar)

Veranstalter: DentalSchule –
Institut für zahnmedizinische
Fortbildung GmbH

Termin: 20. 02. 2008

Ort: Halle/Leipzig

Sonstiges: Ref.: Sabine Heyden-
bluth; Selbstsicher und positiv
mit alltäglichen Praxis-Situatio-
nen am Telefon umgehen!

Kursgebühr: ZFA: 129 EUR
(netto)

Auskunft: DentalSchule,
Poststraße 51, 20354 Hamburg

Serviceline: (0700)DENTSCHULE
Tel.: 040/357 15 992

Fax: 040/357 15 993

e-mail: info@dentalschule.de
www.dentalschule.de

Thema: Abrechnung muss ge-
lernt sein! Zahnärztliches Ab-
rechnungseminar – Abrech-
nungsmix

Veranstalter: DIC Dentales
Informations Center

Termin: 20. 02. 2008,
14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot
Industriestr. 6, 70565 Stuttgart

Sonstiges: Ref.: Stani Hoffmann

Kursgebühr: 125 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH,
Brigitte Quitzsch,
Industriestraße 6,
70565 Stuttgart
Tel.: 0711/71 50 930
Fax: 0711/71 50 954
e-mail: brigitte.quitzsch@henryschein.de

Thema: Maschinelle Aufbereitung mit dem Mtwo NiTi System – schnell und effizient
Veranstalter: DIC Dentales Informations Center
Termin: 20. 02. 2008, 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Henry Schein Dental Depot Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Christine Silber
Kursgebühr: 90 EUR + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH,
Brigitte Quitzsch,
Industriestraße 6,
70565 Stuttgart
Tel.: 0711/71 50 930
Fax: 0711/71 50 954
e-mail: brigitte.quitzsch@henryschein.de

Thema: Qualitätsmanagement – Komplette Ausarbeitung für die Prophylaxe
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 20. 02. 2008, 9.30 – 17.00 Uhr
Ort: 95679 Waldershof (Nordbayern)
Sonstiges: Komplette Ausarbeitung der einzelnen Prophylaxebehandlungen; Zielgruppe: Zahnärzte/innen, fortgebildete ZMA, Helferinnen; Ref.: Regina Regensburger, DH
Gebühr: 210 EUR + MwSt.
Auskunft: Dental-Depot R. Spörrer, Frau Spörrer, Ludwig-Hüttner-Str. 19, 95679 Waldershof
Tel.: 09231/71 479
Fax: 09231/97 21 28
e-mail: info@spoerrerr-dental.de
www.spoerrerr-dental.de

Thema: Die Kassen-Abrechnung – und ein bisschen mehr!
Veranstalter: DIC Dentales Informations Center
Termin: 20. 02. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Henry Schein Dental Depot Industriestr. 6, 70565 Stuttgart
Sonstiges: Ref.: Stani Hoffmann
Kursgebühr: 125 EUR + MwSt.

Auskunft: Henry Schein Dental Depot GmbH,
Brigitte Quitzsch,
Industriestraße 6,
70565 Stuttgart
Tel.: 0711/71 50 930
Fax: 0711/71 50 954
e-mail: brigitte.quitzsch@henryschein.de

Thema: Professional Scaling Programm – Advanced Kurs
Veranstalter: Hu-Friedy
Termin: 21. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: München
Sonstiges: Seminar für Prophylaxe-Interessierte (ZÄ / ZFA), die bereits über Prophylaxe-Erfahrung verfügen und ihr Knowhow in Theorie und Praxis um die neuesten Erkenntnisse erweitern wollen
Gebühr: 285 EUR / 240 EUR + MwSt.
Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH,
Brückenstr. 45,
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/64 99 71-0
Fax: 06221/64 99 71-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Professional Scaling Programm – Expert Kurs I (Parodontitis)
Veranstalter: Hu-Friedy
Termin: 22. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: München
Sonstiges: Seminar für Prophylaxe-Interessierte (ZÄ / ZFA), die bereits über umfangreiche Prophylaxe-Erfahrung verfügen und ihre Kenntnisse um Risikopatienten und sonstiges Spezialfälle erweitern möchten
Gebühr: 285 EUR / 240 EUR + MwSt.
Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH,
Brückenstr. 45,
69120 Heidelberg
Tel.: 06221/64 99 71-0
Fax: 06221/64 99 71-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Bleaching: Einfaches Erfolgskonzept für Ihre Praxis
Veranstalter: pdv praxis Dienste + Verlags GmbH
Termin: 22. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Chemnitz

Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Zahnärzte/Zahnärztinnen und Praxismitarbeiter/-innen. Bleachingerfolg hängt am Praxisteam!
Kursgebühr: 298 EUR / 258 EUR + MwSt.
Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221/64 99 71-0
Fax: 06221/64 99 71-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Aktuelle Neuigkeiten aus Prophylaxe und Parodontologie
Veranstalter: pdv praxis Dienste + Verlags GmbH
Termin: 22. 02. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: Münster
Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Prophylaxe-Interessierte (ZÄ/ZFA), die bereits über Prophylaxe-Erfahrung verfügen
Kursgebühr: 248 EUR / 178 EUR + MwSt.
Auskunft: pdv praxisDienste + Verlags GmbH, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg
Tel.: 06221/64 99 71-0
Fax: 06221/64 99 71-20
e-mail: info@praxisdienste.de
www.praxisdienste.de

Thema: Ozontherapie in der Zahnmedizin
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 22. 02. 2008, 14.30 – 16.30 Uhr
Ort: 95679 Waldershof (Nordbayern)
Sonstiges: für Einsteiger und Anwender; Zielgruppe: Zahnärzte/ Zahnärztinnen; Ref.: Matthias Bachmann, Fa. Dentatec
Gebühr: 45 EUR + MwSt.
Auskunft: Dental-Depot R. Spörrer, Frau Spörrer, Ludwig-Hüttner-Str. 19, 95679 Waldershof
Tel.: 09231/71 479
Fax: 09231/97 21 28
e-mail: info@spoerrerr-dental.de
www.spoerrerr-dental.de

Thema: Herstellung des optimalen Provisoriums
Veranstalter: CORONA Lava™ Fräszentrum Starnberg
Termin: 22. 02. 2008, 14.30 – 18.30 Uhr
Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: Wolfgang Weber, 3M Espe AG
Gebühr: 75 EUR
Auskunft: CORONA Lava™ Fräs-zentrum, Münchner Straße 33, 82319 Starnberg, Tel.: 08151/55 53 88 Fax: 08151/73 93 38 info@lavazentrum.de www.lavazentrum.com

Thema: Total-Prothese nach Prof. Cutowski

Veranstalter: Bösing Dental GmbH & Co. KG

Termin: 22. 02. 2008,

14.00 – 20.00 Uhr;

23. 02. 2008, 9.00 – 15.00 Uhr

Ort: Bösing Dental, Forum für Weiterbildung

Sonstiges: Ref.: Frau Dr. Hopmann

Gebühr: 750 EUR

Auskunft: Herr Bösing oder Herr Krämer, Franz-Kirsten-Str. 1, 55411 Bingen

Tel.: 06721/400 99 60

Fax: 06721/400 99 63

Thema: Physiognomie

Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH

Termin: 22. 02. 2008

Ort: Schlehdorf in Obb.

Sonstiges: Ref.: Manfred Müller; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 280 EUR steuerfrei

Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting,

Kocheler Str. 1,

82444 Schlehdorf am Kochelsee

Tel.: 08851/61 56 91

Fax: 08851/61 56 90

e-mail: info@aufwind.org

Thema: Kronen und Brücken einsetzen ohne einzuschleifen

Veranstalter: Dentallabor

Schwindt

Termin: 22. 02. 2008, 14.00 Uhr

Ort: 76829 Landau in der Pfalz

Sonstiges: Teilnahme nur nach Anmeldung möglich!

Gebühr: ZÄ: 85 EUR;

Studenten: 45 EUR

Auskunft: Frau Schwindt,

Dentallabor Schwindt,

Oberwiesenstr. 1,

76829 Landau

Tel.: 06341/544 48

Fax: 06341/546 18

Thema: Einführung in die Systematik der Parodontalbehandlung – 1. Kurs des Curriculums Parodontologie

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 22. 02. 2008,

14.00 – 18.00 Uhr;

23. 02. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Peter Cichon

Kursgebühr: 640 EUR inkl. MwSt.

u. Tagungspauschale

Auskunft: Haranni Akademie,

Schulstr. 30, 44623 Herne,

Ansprechpart.: Renate Dömpke,

Tel.: 02323/94 68 300

Fax: 02323/94 68 333

Thema: Curriculum Laserzahnmedizin in Zusammenarbeit mit DZOLA und SOLA

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: Modul 1:

22./23. 02. 2008,

jeweils 8.30 – 18.00 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Manfred

Wittschier, Dipl.-Ing. Martin

Straßl, Dr. Romain Blum, Prof.

DDr. Andreas Moritz

Kursgebühr: 270 EUR inkl. MwSt.

u. Tagungspauschale; 450 EUR

inkl. MwSt. Team

Auskunft: Haranni Akademie,

Schulstr. 30, 44623 Herne,

Ansprechpart.: Renate Dömpke,

Tel.: 02323/94 68 300

Fax: 02323/94 68 333

Thema: Erfolge und Misserfolge in der Kinderzahnheilkunde – Lernen von einem Spezialisten

Veranstalter: Güstrower Fortbildungsgesellschaft für Zahnärzte

Termin: 22./23. 02. 2008

Ort: Kurhaus am Insee,

18273 Güstrow, Heidberg 1

Sonstiges: Ref.: Dr. Curt Goho,

Patientenführung, Stimmkontrolle, Spritzentechnik u.v.a.m.

Kursgebühr: 465 EUR + MwSt.

Auskunft: MUDr. Per Fischer,

18273 Güstrow, Pfahlweg 1

Tel.: 03843/84 34 95

Fax: 03843/84 34 96

e-mail: per.fischer@dzn.de

Thema: Edelsteintherapie in der Zahnarztpraxis

Veranstalter: Privatakademie für

Naturheilkunde GmbH (PAN)

Termin: 23. 02. 2008,

9.00 – 17.30 Uhr

Ort: 49163 Bohmte-Hunteburg, Streithorstweg 3

Sonstiges: Michael Gienger ist derzeit der führende Experte auf dem Gebiet der Steinheilkunde;

10 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 290 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Dr. med. dent. Ulrich

Gardemin, Streithorstweg 3,

49163 Bohmte-Hunteburg

Tel.: 05475/95 98 55

Fax: 05475/52 57

Thema: Die adhäsive Wurzelkanalfüllung; Zeitgemäße Behandlungstechniken für das dritte

Jahrtausend

Veranstalter: Morita Europe

Termin: 23. 02. 2008

Ort: Philipps-Universität Mar-

burg; Zentrum für Zahn-, Mund-

und Kieferheilkunde, Georg-

Voigt-Straße 3, 35039 Marburg

Sonstiges: Ref.: PD Dr. Richard

Stoll, Univ. Marburg; prakt. Ar-

beitskurs mit Mikroskopanwen-

dung

Gebühr: 280 EUR

Auskunft: J. Morita Europe,

Justus-von-Liebig-Str. 27a,

63128 Dietzenbach

Tel.: 06074/836-0

Fax: 06074/836-299

e-mail: info@jmoritaeuropa.com

Thema: Die intraorale Reparatur von Verblendungen

Veranstalter: DentalSchule –

Institut für zahnmedizinische

Fortbildung GmbH

Termin: 23. 02. 2008

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Carsten

Wenzel; Abplatzungen und Be-

schädigungen an Verblendun-

gen gehören zum Praxisalltag.

Oftmals ist eine schnelle Lösung

gewünscht und erforderlich.

Ursachen; Theoretische Grundla-

gen; Diagnostik; u.s.w.

Kursgebühr: ZÄ 189 EUR netto

Auskunft: DentalSchule – Institut

für zahnmedizinische Fortbil-

dung GmbH, Poststraße 51,

20354 Hamburg

Tel.: 040/357 15 992

Fax: 040/357 15 993

e-mail: info@dental-schule.de

www.dental-schule.de

Thema: Nobelactive™ end-user Training

Veranstalter: Nobel Biocare

Deutschland GmbH

Termin: 23. 02. 2008

Ort: Kudamm 101 Hotel,

Kurfürstendamm 101, 10711

Berlin;

Clinic Rheinauhafen, Agrippina-

werft 24, 50678 Köln

Sonstiges: Ref.: Berlin: Dr. Oliver

Hugo; Köln: Dr. Andre Schmitz;

9 Fortbildungspunkte

Gebühr: 399 EUR + MwSt.

Auskunft: Nobel Biocare

Deutschland

Tel.: 0221/500 85-158

Fax: 0221/500 85-133

e-mail: Nicole.Franzen@nobel-

biocare.com

www.nobelbiocare.com

Thema: Kommunikationsseminar

Prophylaxe – Patienten begeis-

tern und überzeugen

Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin

Namianowski

Termin: 23. 02. 2008,

9.00 – 16.00 Uhr

Ort: Potsdam

Sonstiges: Für Teams, Mitarbei-

ter/innen; Teilnehmerzahl: 16

Kursgebühr: 160 EUR

Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Na-

mianowski, Unternehmensbera-

tung/Kommunikationstraining,

Mühlholz 6, 88260 Argenbühl,

Tel.: 07566/94 13 44

Fax: 07566/94 13 45

Namianowski.Beratung.Trai-

ning@t-online.de

www.namianowski.de

Thema: Professional Scaling Pro-

gramm – Expert Kurs II (Risiko-,

KFO- und Implantat-Patienten)

Veranstalter: Hu-Friedy

Termin: 23. 02. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: München

Sonstiges: Seminar für Propyl-

axe-Interessierte (ZÄ und ZMF)

die bereits über umfangreiche

Prophylaxe-Erfahrung verfügen

und ihre Kenntnisse um Spezial-

fälle erweitern möchten

Gebühr: 285 EUR / 240 EUR +

MwSt.

Auskunft: pdv praxisDienste +

Verlags GmbH,

Brückenstr. 45,

69120 Heidelberg

Tel.: 06221/64 99 71-0

Fax: 06221/64 99 71-20

e-mail: info@praxisdienste.de

www.praxisdienste.de

Heizen mit Klimaschutz

Ausweiskontrolle

Jetzt macht die Regierung Ernst beim Klimaschutz. Mithilfe des Energie- und Klimaschutz-Programms soll der CO₂-Ausstoß massiv gesenkt werden. Hausbesitzer werden beim Heizen zum Einsatz von Öko-Energien verdonnert. Und bekommen dafür finanzielle Unterstützung. Gleichzeitig setzt die Koalition mit der Einführung des Energiepasses eine Forderung der EU um.

Erst im Dezember hat die UNO die Welt nach Bali eingeladen um endlich Tacheles zu reden in Sachen Klimaschutz. Denn viele Mitglieder der Weltgemeinschaft tun sich sehr schwer, wenn es um die Einsparung von CO₂ geht. Sie haben Angst, dass der Verzicht wirtschaftliche Nachteile mit sich bringt.

Dabei liefert die UNO selbst ein schlechtes Beispiel für den Umgang mit Energie. Sie plant in Genf ein neues Verwaltungsgebäude für die Weltorganisation für Geistiges Eigentum (Wipo) für rund 60 Millionen Euro, doch beim Klimaschutz wird gespart: Für frische Luft soll rund um die Uhr und ums Jahr die Klimaanlage sorgen. Die Fenster lassen nicht genügend Licht ein, so dass den ganzen Tag die Lampen brennen müssen. Ähnliches beim Hauptquartier in New York: Es wartet seit Jahren auf seine Sanierung. Die Technik ruht – auf dem Niveau der Fünfzigerjahre.

Der Gastgeber mit den schlechtesten Karten

Ließe sich die UNO einen Energieausweis ausstellen, wie ihn die EU ab diesem Jahr für Eigentümer von Immobilien fordert, würde sich wohl kaum ein Mieter für die veralteten Objekte interessieren. Denn um diese geht es bei der Energiesparverordnung, die seit dem 1. Oktober 2007 in Kraft ist. Sie schreibt vor, dass für jedes Haus, das verkauft oder vermietet werden soll, ein Energiepass vorliegen muss. Er gibt Auskunft über die Energieeffizienz des Gebäudes.

Käufer beziehungsweise Mieter können dann auf einen Blick erkennen, ob es sich bei dem Gebäude um eine Energieschleuder handelt oder nicht. Andererseits erfah-

ren die Besitzer, welche Modernisierungen angebracht sind.

Dennoch brauchen Haus- und Wohnungsbesitzer jetzt nicht in Panik zu verfallen. Sie müssen sich gegenüber ihren derzeitigen Mietern nicht ausweisen. Die Fristen beginnen erst später:

- Für Häuser, deren Baujahr vor 1965 liegt, gilt die Ausweispflicht ab dem 1. Juli 2008.

- Für Häuser, die nach 1965 gebaut worden sind, beginnt sie am 1. Januar 2009.

- Für Gebäude, die nicht bewohnt werden, zum Beispiel Bürogebäude, muss ab 1. Juli 2009 ein Ausweis vorliegen.

Den Ausweis gibt es in zwei Varianten: Die einfachere Form des Verbrauchsausweises dokumentiert den Energieverbrauch der letzten drei Jahre anhand der Rechnungen aus dieser Zeit. Der aussagekräftigere Bedarfsausweis gibt an, wie viel Energie für

Heizung und Warmwasser ein Haus tatsächlich benötigt. Ein Fachmann stellt fest, wie es um die Qualität der Wände, des Daches, der Fenster und der Heizungsanlage bestellt ist. Am besten kann der Prüfer sich vor Ort ein Bild vom Zustand des Hauses machen, von Gesetzes wegen muss er diese Mühe nicht auf sich nehmen: Die Informationen, die ihm der Eigentümer der Immobilie gibt, reichen. Wer sowieso eine Modernisierung des Hauses in Betracht zieht, kann die Gelegenheit nutzen und den Bedarf ermitteln lassen.

Für die Mieter ergeben sich aus der Ausweispflicht bislang keine Ansprüche. Es sei denn, der Ausweis wird Bestandteil des Mietvertrags. Ebenso können Hauskäufer den Ausweis möglicherweise heranziehen, wenn sich herausstellt, dass die Werte nicht mit den gemessenen Ergebnissen übereinstimmen. Doch bislang ist die rechtliche



Foto: MEV

Seite des Energiepasses noch nicht festgezurrt. Die zu klären wird wohl Aufgabe der Gerichte sein (weitere Infos siehe Kasten Seite 94).

Der Ansatz der Vorausschauenden

Will ein Hausbesitzer gerichtliche Streitigkeiten von vornherein vermeiden, entscheidet er sich am besten gleich für den Einbau von Energiesparern. Neben der Wärmedämmung und dem Einbau energiesparender Fenster profitiert die Energiebilanz eines Hauses am meisten von einer Heizung auf dem neuesten technischen Stand.

Der Bundesumweltminister Sigmar Gabriel unterstützt diese Maßnahmen mit dem Energie- und Klimaschutzprogramm der Bundesregierung. Er hat dazu Ausgaben unter anderem für günstige Kredite in Höhe von 31 Milliarden Euro eingeplant. Wer sich für den Einbau neuer Technik entscheidet, kann sich über Förderkredite von der KfW ein Stück vom großen Kuchen abschneiden. Die Deutsche Energie-Agentur hat ausgerechnet, dass sich die jährlichen Heizkosten für ein Einfamilienhaus, für das ein jährlicher Energie-Verbrauch von 44 000 Kilowattstunden vorgesehen ist, auf 2 660 Euro belaufen. Wer nun alle Einsparmöglichkeiten nutzt, kann die Ausgaben dafür auf rund 700 Euro pro Jahr reduzieren. Das macht ein Plus auf dem Konto von 1 960 Euro und garantiert dennoch warmes Wasser, genügend Strom und Wärme.

Die Wärme für Behaglichkeit

Besonders sinnvoll ist der Einbau einer neuen Heizung. Dabei zahlt sich jeder investierte Euro am meisten aus. So bedeutet jeder gesparte Liter Heizöl 2,7 Kilo Kohlendioxid weniger. Eine Ölheizung auf dem Stand der neuesten Technik kostet für ein durchschnittliches Einfamilienhaus etwa 8 000 Euro. Angesichts der Tatsache, dass sich der Ölverbrauch um bis zu 40 Prozent reduzieren lässt, hat sich die Investition bereits nach ein paar Jahren amortisiert. Statt Heizöl oder Gas bieten alternative

Energien die Möglichkeit, sich aktiver für den Klimaschutz zu engagieren. Eine Variante sind Holzpellets. Sie fügen der Atmosphäre auch beim Verbrauch keinen Schaden zu. Denn das CO₂, das bei ihrer Verbrennung entsteht, haben die Bäume während des Wachstums aufgenommen. Wer sich Sorgen über den Ausstoß von Feinstaub macht, der die Luft belastet, kauft einen besonders emissionsarmen Pellets-ofen, der mit dem blauen Umwelt-Engel ausgezeichnet ist.

Doch die Prognose für die gepressten Holzstückchen sieht derzeit nicht so nutzerfreundlich aus. Die Technik kostet mit 10 000 bis 14 000 Euro für ein Einfamilienhaus deutlich mehr als eine herkömmliche Öl- oder Gasheizung und außerdem zieht der Preis für die Pellets spürbar an. Ausgereifter als die Nutzung der Pellets ist die Technik der Wärmepumpe. Dieses umweltfreundliche System der Energie-Gewinnung gibt es bereits seit rund 30 Jahren. Und ebenso lange schreckt der hohe Preis



Foto: Varro-Press

Moderne Heizanlagen können mehr als nur die Energiebilanz aufhübschen – sie bringen Wärme für Behaglichkeit ins Haus.

zm-Info

Adressen

Informationen zu den Krediten der KfW gibt es im Internet unter: www.kfw.de. Auch die Bundesländer sowie staatliche Institutionen bieten finanzielle Unterstützung für umweltschützende Maßnahmen an. Angaben dazu liefert eine Broschüre des BINE Informationsdienstes mit dem Titel „Fördergeld“. Sie kann auf der entsprechenden Seite des Umweltministeriums bestellt werden unter: www.bmu.de oder unter www.bine.info. ■

die Bauherren ab, wenn es um die Entscheidung für das richtige Heizsystem geht. Die Ausgaben belaufen sich auf 16 000 bis 20 000 Euro. Doch angesichts der ständig steigenden Preise für Öl und Gas werden sich die Kosten schnell amortisieren. Denn als Energie von außen muss nur Strom zugeführt werden, der das System in Gang hält. Ansonsten nutzt die Wärmepumpe die im Erdreich sowie in Luft und Wasser gespeicherte Sonnenwärme. Die meisten Pumpen holen die Wärme aus der Erde, weil dort die Temperatur selbst im Winter einigermaßen konstant bleibt. Im Garten des Hauses werden Rohre verlegt, die mit einer bestimmten Flüssigkeit gefüllt sind. Diese Masse transportiert die Wärme ins

ENERGIEAUSWEIS für Wohngebäude

gemäß den §§ 16 ff. Energieeinsparverordnung (EnEV)

Berechneter Energiebedarf des Gebäudes 2

Energiebedarf

Endenergiebedarf
kWh/(m²·a)
CO₂-Emissionen ¹⁾ kg/(m²·a)

Primärenergiebedarf („Gesamteffizienz“)

Nachweis der Einhaltung des § 3 oder § 9 Abs. 1 EnEV ²⁾

Mindestanforderung	Energetische Qualität der Gebäudeteile
Gebäude im Mittel: kWh/(m²·a)	Gebäude im Mittel ³⁾ : kWh/(m²·a)
EnEV-Anforderungswert: kWh/(m²·a)	EnEV-Anforderungswert ³⁾ : kWh/(m²·a)

Endenergiebedarf

Energiearten	Jährlicher Endenergiebedarf in kWh/(m²·a) für	Wärmeenergie	Kälteenergie ⁴⁾	Gesamt in kWh/(m²·a)
	Heizung			

Sonstige Angaben

nach § 9 EnEV ein Heizgerät gemäß alternativen Energieerzeugungssystemen werden genutzt für:

- Heizung
- Lüftung
- Lüftungsenergie
- Fensterklärung
- Lüftungslage ohne Wärmerückgewinnung
- Lüftungslage mit Wärmerückgewinnung

Vergleichswerte Endenergiebedarf

Erläuterungen zum Berechnungsverfahren

Das vorläufige Berechnungsverfahren ist durch die Energieeinsparverordnung vorgegeben. Insbesondere gegen standortbezogene Randbedingungen erhalten die angeführten Werte keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Energieverbrauch. Die angegebenen Bedarfs- und spezifische Werte nach der EnEV sind Gütemerkmale (Gütemerkmale B, C).

1) Sonstige Angabe 2) nur in der Form des Nachbaus und der Modernisierung auszufüllen 3) ggf. einschließlich Kühlung 4) BHKV, Zementkältehaus, BHKV, Wärmehaushalt



Der Energieausweis wird künftig vermehrt abgefragt werden. Jedenfalls bei neu zu vermietenden Häusern.

Haus, wo sie genutzt wird. Bis zu 40 Prozent weniger CO2 verspricht die Wärmepumpen-Technik. Aus einer Kilowattstunde Strom macht sie drei Kilowattstunden Wärme. Eine gute Ergänzung zur Wärmepumpe und auch zu den verschiedenen anderen Heizsystemen ist die Sonnenenergie. Sie bietet sich für die Erhitzung des Brauchwassers an. Abgesehen von der Umweltfreundlichkeit der Sonnenkraft, kann im Sommer die Heizung ausgeschaltet bleiben. Warmes Wasser zum Duschen und Baden gibt es dennoch.

Der Kraftprotz im Keller

Umweltfreundlich und besonders sparsam erzeugen Blockheizkraftwerke (BhkW) Energie. Durch die Technik der Kraft-Wärme-Kopplung erzeugen sie Strom und Wärme. Sie selbst benötigen für den Betrieb die Zufuhr eines Brennstoffs wie Öl oder Gas. Strom und Wärme können für das Gebäude genutzt werden. Die Überproduktion wird gegen Zahlung ins Netz eingespeist. In Miethäusern, Industrieunternehmen oder Schwimmbädern hat sich diese Technik seit Jahren bewährt. Seit kurzem werden sie

auch in Zweifamilienhäusern und vereinzelt in Einfamilienhäusern eingebaut. Das Problem ist, dass sich diese einfache aber effiziente Technik nur dann lohnt, wenn das System möglichst intensiv genutzt wird. Bislang aber haben sich die BhkW für den normalen Haushalt als zu groß erwiesen. Zurzeit laufen mit kleinen Geräten Modellversuche, die – hoffentlich – bald erfolgreich abgeschlossen werden. Denn wenn die Geräte in größeren Serien gebaut werden, sinkt auch der Preis von derzeit rund 30 000 Euro für das kleinste Gerät inklusive Einbau. Ein Zahnarzt, der seine Praxis in seinem Wohnhaus betreibt und deshalb deutlich mehr Energie benötigt als ein durchschnittliches Einfamilienhaus, sollte einen Energieberater fragen, ob sich für ihn vielleicht schon jetzt der Einbau eines Blockheizkraftwerkes lohnt.

Kleine Kriterien für ein gesundes Klima

Wer für den Einbau einer neuen Heizung erst noch sparen muss, kann mit kleineren Maßnahmen Gutes für die Klimabilanz tun.

Dazu gehört die jährliche Wartung der Anlage: Einstellen der Regelungstechnik und des Brenners sowie die Reinigung der Heizflächen. Sparpotential bietet mit Sicherheit stets die Höhe der gewählten Raumtemperatur. Die meisten Menschen heizen zuviel. Zum Wohlfühlen reichen tagsüber 20 Grad; ein gesunder Schlaf stellt sich bei 15 Grad eher ein als bei 18. Jedes Grad weniger

zm-Info

Details zum Energiepass

- Hausbesitzer tun gut daran, die elementaren Eckdaten zu kennen:
- Das Dokument dürfen nur bestimmte Berufsgruppen ausstellen, die eine Zulassung erworben haben. Dazu gehören zum Beispiel Bauingenieure, Architekten, Schornsteinfeger oder Gebäudeenergieberater im Handwerk.
 - Der Bedarfsausweis gilt zehn Jahre, der Verbrauchsausweis nur drei Jahre.
 - Die Kosten liegen zwischen etwa 50 Euro für einen Verbrauchsausweis und mehreren 100 Euro für einen Bedarfsausweis.
 - Wer nach Ablauf der gesetzten Fristen seinem neuen Mieter oder Käufer keinen Ausweis vorlegen kann, muss mit einem Bußgeld rechnen.

senkt die Heizkostenrechnung um sechs Prozent.

Wer mehr tun möchte, dämmt die Wände hinter den Heizkörpern und sorgt dafür, dass die Wärme frei zirkulieren kann. Zu Beginn der Heizsaison lohnt es sich, die Wärmeverteilung über die Heizkörper im ganzen Haus zu überprüfen. Häufig fühlen sich die Heizkörper in den unteren Etagen glühendheiß an, während die in den obe-

Um den Bürgern die Entscheidung für die Energiesparmaßnahmen zu erleichtern, hat Bundesumweltminister Gabriel das Gebäudesanierungsprogramm neu aufgelegt und die Fördermittel erhöht. Dieses Jahr und in den nächsten drei Jahren stehen jeweils 900 Millionen Euro zur Verfügung. 200 Millionen davon sind für öffentliche Gebäude reserviert, bleiben 700 Millionen Euro für die privaten.

Das Handicap bei KfW-Krediten ist die Abhängigkeit von der eigenen Hausbank. Umbauwillige Hausbesitzer können sich nämlich nicht direkt an die Förderbank wenden. Sie sind auf den Goodwill der Bank oder Sparkasse angewiesen, bei der sie auch ihr Konto führen. Dieses Institut muss den Antrag stellen.

Viele Banken tun sich dabei sehr schwer, weil die KfW ihnen nur eine geringe Aufwandsentschädigung für ihre Bemühungen zahlt. Bereitwilliger als die privaten Institute zeigen sich Sparkassen und Volksbanken in der Zusammenarbeit mit der KfW. Sie weisen ihre Kunden sogar auf die Möglichkeit der günstigen Kredite hin. Tipp der Verbraucherschützer: Wenn die Bank nicht mitzieht, kann es sich lohnen, bei der Konkurrenz nachzufragen: Andere Institute nutzen den KfW-Antrag als Chance, neue Kunden zu gewinnen.

Das Bonbon für Handlungswillige

Vor dem Gang zur Bank kann es sich auszahlen, erst einmal den Rat eines Energieberaters einzuholen. Vielleicht stellt sich dann heraus, dass mit kleineren Maßnahmen, wie dem Dämmen der Rohre oder der Anschaffung eines neuen Heizkessels, schon viel erreicht wird, ohne gleich schwere Geschütze, wie die Dämmung der kompletten Hausfassade und den Einbau einer neuen Heizanlage, finanzieren zu müssen.

Das Bonbon der Regierung für Handlungswillige: Ab sofort lockt die KfW im Rahmen des CO₂-Gebäudesanierungsprogramms Eigentümer von Ein- und Zweifamilienhäuser mit 1 000 Euro Zuschuss für Beratung und Baubegleitung als neue Interessenten für den Klimaschutz.

*Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de*

Ob die kleine oder doch die große Investition angezeigt ist, kann der Energieberater vor Ort am besten beurteilen. Manchmal hilft schon eine neue Dämmung an maroden Schwachpunkten.



Foto: MEV

ren Räumen nur lauwarm werden. Abhilfe schafft der hydraulische Abgleich, den der Installateur gleich zu Beginn der Heizperiode durchführt. Er überprüft dabei, ob im System so viel Wasser vorhanden ist, dass die Pumpe auch die Körper in den Räumen unterm Dach mit Wasser befüllen kann. Falls nicht, behebt er den Schaden.

Wer einem Käufer oder Mieter einen Energieausweis mit Bestnoten vorweisen will, muss tief in die Tasche greifen, um seine Immobilie optimal für den Klimaschutz auszurüsten. Heizung, Fenster, Wärmedämmung ..., da kommen leicht 10 000 bis 50 000 Euro zusammen.

Die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) verteilt das Geld in Form von zinsgünstigen Krediten. Die Konditionen hängen von der Art und dem Umfang der Baumaßnahmen ab. Den günstigsten Satz bekommen Bauherren, die ihr Heim auf den Stand eines Neubaus bringen wollen, der alle Energiesparmaßnahmen berücksichtigt. Dafür genehmigt die KfW den Satz von 1,76 Prozent – allerdings nur für zehn Jahre. Für weniger umfangreiche Änderungen verlangt sie 4,06 Prozent für die ersten zehn Jahre und bei einer Laufzeit von 30 Jahren. Nach Ablauf der Frist können die Zinsen deutlich höher ausfallen.

Fenster in der Praxis

Beste Aussichten

Fenster bestimmen nicht nur maßgeblich die Optik eines Hauses, sondern auch seine Behaglichkeit – und die Höhe der Heizkosten. Mit den richtigen Neuen spart der Praxisinhaber einige hundert Euro im Jahr. Noch weiter kann er das Praxis-klima mit den richtigen Jalousien oder Vorhängen optimieren; sie halten unerwünschte Blicke fern und schützen gegen direkte Sonneneinstrahlung.

und auf diese Weise schon heute Energiekosten einsparen.“

Der passende Rahmen, das rechte Glas

Hat sich der Zahnarzt zum Austausch der alten Fenster entschieden, gilt es, die richtigen zu finden. Die Auswahl an unterschiedlichen Fenstervarianten und -modellen ist groß. Am häufigsten finden sich festverglaste Fenster oder das klassische, sich nach oben und zur Seite öffnende Dreh-Kippfenster. Daneben werden aber auch Schiebefenster oder Schwingfenster angeboten, bei denen sich die Fensterflügel um eine horizontale Achse drehen – was insbesondere bei großen Fenstern sinnvoll sein kann. Ein weiterer erheblicher Unterschied betrifft die Verglasung der Fenster: Der am häufigsten verwendete Typ ist aufgrund seiner guten Dämmeigenschaften das klassische Einfachfenster mit Mehrscheiben-Isolierverglasung (Isolierglasfenster). Heute üblich ist eine Zwei-Scheiben-Isolierverglasung mit zusätzlicher Beschichtung (Wärmedämmverglasung).

Foto: Mauritius

Nach den massiven Preiserhöhungen für Gas und Strom in den letzten Jahren ist das Thema Energiesparen gegenwärtig in aller Munde. Mieter von Wohnungen oder gewerblich genutzten Räumen haben meist nur die Möglichkeit, den Energie-Anbieter zu wechseln und das eigene Verhalten zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. Ist der Zahnarzt Eigentümer einer Immobilie, dann kann er darüber hinaus jedoch auch bauliche Veränderungen vornehmen. Ein sinnvoller Schritt zum Energiesparen kann der Austausch alter Fenster sein. Als direkte Verbindung zwischen Innen und Außen sind Fenster maßgeblich an der Energiebilanz eines Hauses beteiligt.

Dann lohnt der Austausch

Bevor sich der Zahnarzt zum Austausch der Fenster in seiner Praxis entschließt, sollte er zunächst die Gesamtkosten der Maßnahme

kalkulieren und dann mit den eingesparten Energiekosten vergleichen. Für ein möglichst günstiges Angebot ist es ratsam, nicht nur eine, sondern mehrere Handwerksfirmen anzusprechen und sich Preise von unterschiedlichen Fensterherstellern geben zu lassen. Sinnvoll kann außerdem der Einsatz eines unabhängigen Energieberaters oder eines Architekten sein (siehe auch den Beitrag „Ausweiskontrolle“ auf Seite 92 ff).

Doch Vorsicht: „Eine Möglichkeit, um kurzfristig Geld einzusparen, ist der Austausch alter Fenster sicher nicht“, so Architekt Sven Büscher aus Oldenburg, der sich mit seinem Büro auf energiesparendes Bauen spezialisiert hat. „Denn durch die anfallenden Umbaukosten rechnet sich die Maßnahme in der Regel nur auf lange Sicht. Anders liegt der Fall, wenn die Fenster in den nächsten Jahren sowieso ausgetauscht werden müssen. Denn dann kann der Eigentümer die Maßnahme auch einfach vorziehen

und daneben gibt es aber auch Fenster mit hoch isolierenden Drei-Scheiben-Verglasungen. Einfachfenster mit Einscheibenverglasung (Einscheibensicherheitsglas) haben dagegen nur eine Glasscheibe und daher nur eine geringe Wärme- und Schalldämmung; sie sind bei Neubauten für Wohnräume nicht mehr erlaubt.

Soll jedoch aus denkmalpflegerischen Gründen ein historisches Einfachfenster mit schlechten Dämmeigenschaften erhalten bleiben, dann können im Einzelfall auch Doppelfenster mit zwei separaten Einscheibenfenstern sinnvoll sein. Durch eine zusätzlich angebrachte Fensterebene auf der Innenseite behält die Fassade mit dem restaurierten alten Fenster ihr ursprüngliches Aussehen und erfüllt gleichzeitig die Anforderungen des Wärme- und Schallschutzes. Eine Renaissance erlebt dieses Jahrhunderte alte Prinzip in abgewandelter Form seit einigen Jahren bei modernen hochgedämmten

Kastenfenstern. Diese speziell für den Passivhausbau entwickelten Fenster setzen sich zusammen aus zwei einflügeligen getrennten Blendrahmen mit jeweils eigener Zwei-Scheiben-Isolierverglasung. Der Scheibenzwischenraum enthält für eine optimierte Dämmung das Edelgas Argon.

Holz, Kunststoff oder Alu

Der älteste Werkstoff für Fenster ist Holz, das durch seine guten Dämmeigenschaften nach wie vor sehr häufig eingesetzt wird. Nachteilig bei Holzfenstern ist jedoch ihre vergleichsweise schlechte Witterungsbeständigkeit. Deshalb müssen sie regelmäßig gepflegt und nach einigen Jahren neu ge-



Foto: Mauritiuș

Fenster sind nicht nur durchlässig für Licht, sondern auch für Wärme. Moderne Technik heißt, zu isolieren.

strichen werden. „Das kann aber gleichzeitig auch ein Vorteil sein, da die Fenster auf diese Weise lange wie neu aussehen können“, erklärt Architekt Büscher. „Entscheidend ist, dass der Anstrich einen effektiven Schutz vor UV-Strahlen gibt. Je deckender der Anstrich ist, umso besser ist er also.“ Und auch bei der Wahl der Holzart gebe es natürlich Qualitätsunterschiede: „Lärche ist zum Beispiel besser als günstigeres Nadel-

holz wie Fichte oder Kiefer.“ Am häufigsten werden inzwischen Fenster aus Kunststoff verwendet. Bei geringen Anschaffungskosten bieten sie ähnlich gute Dämmeigenschaften wie jene aus Holz, erfordern andererseits aber keinerlei Wartungsaufwand. „Der Nachteil ist jedoch, dass auch Kunststofffenster natürlich ausbleichen oder vergrauen können“, erläutert Büscher, „aber anders als Holzfenster kann man sie nicht nachstreichen.“ Im Altbaubereich können Kunststofffenster außerdem die Optik des Hauses stark beeinträchtigen und sehr störend wirken. Zwar werden Kunststofffenster inzwischen in vielen Farben und Beschichtungen angeboten – sogar mit „Holzoptik“. Doch wirklich befriedigend ist diese

Lösung nicht. Denn aus einem beschichteten Kunststofffenster wird natürlich kein „echtes“ Holzfenster.

Eine sinnvolle Alternative können daher Holz-Aluminiumfenster mit vorgeblendeter Aluminiumschale sein. Sie verbinden eine witterungsbeständige Außenhülle mit angenehm warmem Holzcharakter auf der Innenseite.

Reine Aluminiumfenster dagegen kommen aufgrund ihrer kühlen Optik vor allem in öffentlichen Gebäuden und Büros zum Einsatz. Entscheidende Vorteile sind dabei der geringe Pflegeaufwand und die lange Haltbarkeit.

Teure Maßanfertigung

Ganz entscheidend für die Kosten des Umbaus ist neben der Anzahl der Fenster auch deren Form. Denn Fenster sind zwar prinzipiell in sämtlichen erdenklichen Formaten erhältlich, doch – besonders im Altbaubereich – gibt es häufig individuelle Formen, die dann mit Mehrkosten ausgemessen und speziell angefertigt werden müssen.

Moderne Glasdekorfolien

Eine weitere Möglichkeit, Lichteinfall und Optik eines Fensters zu beeinflussen, bieten Glasdekorfolien in den unterschiedlichsten Ausführungen – von undurchsichtigen Sandstrahleffekten bis hin zu Raureif- oder Spiegel-Effekten. Soll die transparente Optik erhalten bleiben, empfiehlt sich eine klare UV-Schutzfolie, die einen UV-Schutz von bis zu 99,5 Prozent ermöglicht. Sie reduziert zwar nicht die Wärme in den Innenräumen, schützt aber vor direkter Sonneneinstrahlung und verhindert das Ausbleichen von Möbeln.

Die Folien sind in der Regel kratzunempfindlich und leicht zu reinigen. Und wenn der Zahnarzt nach einiger Zeit feststellt, dass er die Folien entfernen möchte, lassen sie sich spurenfrei ablösen. ■

Als kostengünstige Alternative bieten sich innenliegende Verschattungen in Form von Lamellenvorhängen oder Rollos an. Indem sie die Sonneneinstrahlung hinter den Glasscheiben um 30 bis 60 Prozent vermindern, tragen sie zu einem besseren Raumklima bei. Eine sommerliche Aufheizung der Räume können sie kaum verhindern. Für Arztpraxen haben sich vor allem Lamellenvorhänge respektive Vertikal-Jalousien bewährt, weil sie dank ihrer leichten Konstruktion selbst bei größeren Fensterflächen problemlos zu handeln sind. Ihr Vorteil ist, dass die verstellbaren Lamellen eine individuelle Dosierung des Lichteinfalls zulassen. Und obwohl sie die direkten Sonnenstrahlen abschirmen, gelangt dennoch Tageslicht in den Innenraum.

Eine weitere Möglichkeit für effektiven Sonnenschutz sind Rollos und Raffrollos, die sich vor allem durch ihre unkomplizierte Technik auszeichnen. Zu empfehlen sind sie jedoch eher bei kleineren Fenstern und in Nebenräumen der Praxis. Denn sind sie heruntergelassen, dringt nur wenig Tageslicht in den Raum. Gleiches gilt für Vorhänge.

Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg

Zusätzliche Mehrkosten fallen zum Beispiel an, wenn aus denkmalpflegerischen oder ästhetischen Überlegungen Sprossenfenster, Fenster mit Rundbögen oder mit Oberlichtern, Flügelfenster oder andere Sonderformen eingesetzt werden sollen. Oder wenn gar spezielle Kunstverglasungen mit gesandstrahlten, geätzten, getönten oder in Blei eingefassten Gläsern verwendet werden.

In einigen Fällen bietet es sich an, durch bauliche Veränderungen an der Außenhülle des Hauses eine Veränderung der Fensterfläche zu erzielen. Ein solch schwerer Eingriff sollte jedoch aufgrund der hohen Kosten in der Regel nur dann durchgeführt werden, wenn das Haus aus architektonischen oder denkmalpflegerischen Überlegungen heraus in seinen alten baulichen Zustand versetzt werden soll. Oder wenn

Hinzu kommt, dass viele Programme kurzfristig auslaufen, sobald die jeweils zur Verfügung gestellten Mittel aufgebraucht sind. Generelle Aussagen zu Fördermöglichkeiten sind daher kaum möglich und sollten vorab bei der Kfw-Förderbank erfragt werden. Verbraucherberatungen, Energieberater und Architekten sowie spezialisierte Handwerker bieten oftmals ebenfalls einen guten Überblick über die einzelnen Maßnahmen.

Interessant kann die Investition in neue Fenster bei Immobilien werden, die in absehbarer Zeit verkauft oder vermietet werden sollen. Denn ab dem 1. Juli 2009 soll die für Neubauten im Wohnbereich bereits eingeführte Pflicht zum Vorzeigen eines Energieausweises auf Nachfrage auch bei der Vermietung gewerblich genutzter Gebäude im Bestand gelten. Eine vorangegangene energetische Modernisierung würde objektiv den Wert einer Immobilie steigern. Da die Wertsteigerung jedoch nur in den seltensten Fällen die Umbaukosten decken wird, dürfte sich der Umbau nach wie vor nur lohnen, wenn der Eigentümer die Immobilie noch einige Zeit selbst nutzt. Ansonsten bleibt es sinnvoller, dass der neue Eigentümer sich selbst um die Fenster kümmert.

Effektiver Sonnenschutz

Neben neuen Fenstern können auch Sonnenschutzsysteme dazu beitragen, das Innenraumklima in der Praxis positiv zu beeinflussen. „Am sinnvollsten sind dabei äußere Verschattungsanlagen wie Raffstore-Anlagen oder Markisen“, so Büscher, „denn sie lassen die Wärme gar nicht erst ins Gebäude.“ Wie größere Dachüberstände böten dies auch Schiebe- oder Klapppläden oder fest stehende Verschattungsanlagen wie Lamellen.



Schatten von außen schützt gut vor Hitze. Wo der fehlt, sind Lamellenvorhänge eine kostengünstige Alternative.

der betreffende Raum hinter dem Fenster für die vorgesehenen Zwecke deutlich zu dunkel ist.

Staatliche Förderungen

Hat sich der Zahnarzt zum Austausch der Fenster entschlossen, besteht in einigen Fällen die Möglichkeit, staatliche Förderungen in Anspruch zu nehmen. Welche speziellen Fördermöglichkeiten dabei in Frage kommen, ist von Bundesland zu Bundesland verschieden.

Neue Regeln für den Einstieg in Gemeinschaftspraxen

Drei Jahre Probezeit genügen

Häufig stellen nicht nur Liebende, sondern auch Zahnärzte nach entsprechender Zeit in gemeinsamer Praxis fest, dass sie nicht so gut zusammenpassen, wie ursprünglich gedacht. Bislang mussten Einsteiger eine Probezeit von sieben und mehr Jahren in Kauf nehmen – und konnten währenddessen ohne Angabe von Gründen hinausgekündigt werden. Damit ist jetzt Schluss, urteilen die Richter des Bundesgerichtshofs.



Länger als die durchschnittliche Ehe dauerte so manche Probezeit für Berufs-Partnerschaften. Der Bundesgerichtshof setzt neue Maßstäbe – für den beruflichen Bereich.

Junge Zahnärzte mussten in Gemeinschaftspraxen meistens eine längere Probezeit in Kauf nehmen, als die durchschnittliche Ehe in Deutschland hält: Bis zu sieben Jahre Bewährungszeit räumten Seniorpartner ihren neuen Partnern bisher ein. Zu diesem Zweck enthielten Gesellschaftsverträge üblicherweise eine einseitige „Hinauskündigungs Klausel“. Die machte es für Seniorpartner möglich, den später hinzugekommenen Mitgesellschafter ohne sachlichen Grund aus der Gesellschaft auszuschließen.

Neue Spielregeln

Damit ist jetzt Schluss: Seniorpartner dürfen ihre später hinzugekommenen Mitgesellschafter nur in den ersten drei gemeinsamen Jahren einseitig kündigen, entschied der Bundesgerichtshof (BGH). Ein einseitiges Hinauskündigungsrecht, das über diese zeitliche Grenze hinausgeht, ist von nun an ungültig.

Ärztliche Gemeinschaftspraxen, die auf Basis der bisherigen Rechtsprechung mit längeren Kündigungsfristen oder völlig ohne

zeitliche Begrenzung für einen Ausschluss arbeiten, müssen davon ausgehen, dass diese von der Rechtsprechung nicht akzeptiert werden.

Das Hinauskündigungsrecht selbst hat weiterhin Bestand, „wenn es das Ziel verfolgt, zu überprüfen, ob ein neu in eine Gemeinschaftspraxis von Ärzten aufgenommener Berufsträger zu den Partnern passt“, so die Richter. Diese Prüfungsmöglichkeit gilt nun aber nur noch für drei Jahre ab Beginn der gemeinsamen Tätigkeit.

Zahnärzte einer Gemeinschaftspraxis, die beabsichtigen, einen neuen Partner aufzu-

zm-Tipps

- Zahnärzte einer Gemeinschaftspraxis, die beabsichtigen, einen neuen Partner aufzunehmen, können zukünftig maximal drei Jahre Kennenlernphase im Praxisvertrag vereinbaren.

- Ärztliche Gemeinschaftspraxen, die auf Basis der bisherigen Regelung mit längeren Kündigungsfristen arbeiten, müssen davon ausgehen, dass diese von der Rechtsprechung nicht akzeptiert werden.

- Nach den gemeinsamen drei Jahren benötigt der Altgesellschafter wichtige Gründe, um kündigen zu können. Dies sind zum Beispiel: Abrechnungsbetrug oder erhebliche Kunstfehler.

- Im Gesellschaftsvertrag sollte die Fortführung der Praxis im Fall des Ausscheidens eines Partners geregelt sein, nämlich dass damit seine Anteile den anderen Gesellschaftern zufallen; der gekündigte Partner kann aber eine Abfindung verlangen.

Deshalb ist zu empfehlen, im Gesellschaftsvertrag präzise Regeln zu formulieren, die eine angemessene Abfindung für ausscheidende Gesellschafter gewährleisten.

nehmen, können zukünftig maximal drei Jahre Kennenlernphase im Praxisvertrag vereinbaren.

Bei der Festsetzung dieser Frist hat der Senat berücksichtigt, dass die Probezeit in einer Praxis nicht nur den Zeitraum des gegenseitigen Kennenlernens umfassen muss. Sie muss auch noch ausreichend Zeit eröffnen, mögliche zwischen den Gesellschaftern auftretende Differenzen auszuräumen

Insbesondere für Zahnärzte, die sich in eine Praxis einkaufen, stehen nun brauchbare Spielregeln für die Zusammenarbeit in der Gemeinschaft fest. Für willkürliche Entscheidungen der Seniorpartner ist nach der neuen Entscheidung des BGH wenig Spielraum geblieben. Das vom BGH in seinen Entscheidungen zitierte Damoklesschwert der jederzeitigen Hinauskündigung hat viel von seinem Schrecken verloren.



Sympathie allein macht noch keine gute Partnerschaft aus. Gerade bei angehenden Geschäftspartnern zählt eine rechtsverbindliche Basis für einen nachhaltigen Erfolg. Dazu gehören transparente Spielregeln.

Fotos: Mauritius

und zu für beide Seiten tragfähigen Kompromissen zu gelangen.

Damoklesschwert entschärft

Die Frage Probezeit zwischen Freiberuflern – seien es nun Ärzte, Zahnärzte, Rechtsanwältinnen, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer – stand nicht zum ersten Mal auf der Agenda der Karlsruher Richter. So hatte der BGH sich bereits 2004 im sogenannten Laborärztefall mit der angemessenen Probezeit und den möglichen Gründen einer Hinauskündigung beschäftigt.

Damals hatten die Richter entschieden: Neue Partner einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis können grundsätzlich auch ohne Angabe von sachlichen Gründen hinausgekündigt werden. Das sei allerdings nur möglich innerhalb einer angemessenen Frist. Diese Frist hat der BGH mit seinem neuen Urteil nun erstmals konkret festgelegt – und damit die rechtliche Position junger Ärzte und Zahnärzte deutlich verbessert.

Klarere Rechtslage

Auch für die „Altgesellschafter“ ist die Rechtslage jetzt deutlich klarer. Das Risiko der Unwirksamkeit einer entsprechenden Satzungsbestimmung oder einer auf ihr beruhenden Kündigung hat sich drastisch reduziert.

Von der Rechtsprechung zu Hinauskündigungsklauseln unberührt bleibt – natürlich – die Befugnis zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund, die keinen zeitlichen Beschränkungen unterliegt. Wird die Fortsetzung der Zusammenarbeit für die anderen Gesellschafter unzumutbar, ist ein sofortiger Ausschluss zulässig. Allerdings liegen die Hürden für diese Entziehung der Gesellschafterstellung dann sehr hoch.

*RA Dr. Joachim Gores
Wirtschaftskanzlei Kümmerlein
Simon & Partner in Essen
Huyssenallee 58-64
45128 Essen*

*BGH
Entscheidung vom 7. Mai 2007,
Az.: II ZR 281/05*

Orientierung im Internet

Auf Nummer sicher

„URL existiert nicht mehr“ – Dokumente und ganze Websites verschwinden oft so schnell aus dem Netz, wie sie entstehen. Für Recherchen im Internet bedeutet das ein jähes Aus, für den User eine Menge Frust. Der Digital Object Identifier (DOI) sorgt dafür, dass Ausflüge ins www nicht in einer Sackgasse enden.

Digitales Publizieren wird für die Wissenschaft immer wichtiger. Damit Internetnutzer bequem auf Informationen zugreifen können, müssen die Daten problemlos zu finden sein. Auf der Suche nach einer Seite stoßen User jedoch häufig auf tote Links. Der Grund: Die zur Orientierung im Netz verwendeten Uniform Resource Locators (URLs) identifizieren nicht das gesuchte Dokument selbst, sie bezeichnen lediglich den Ort, an dem es zu finden ist. Wenn der Betreiber einer Webseite seinen Server umstrukturiert oder ganz stilllegt, verlieren die Adressen ihre Gültigkeit. Webinhalte mit DOI-Code hingegen sind unabhängig von ihrem Abfrageort. Ziehen sie um, nehmen sie ihren DOI einfach mit – und bleiben dauerhaft lokalisierbar.

Transparenz und Schutz

Das DOI-System ist noch relativ jung. Die Association of American Publishers gab 1996 den Anstoß zur Entwicklung einer Methode, mit der sich digital publiziertes geistiges Eigentum weltweit erfassen lässt. Die Verleger wollten damit nicht nur für mehr Transparenz sorgen, ihnen ging es auch um den Schutz der Urheberrechte bei Online-Veröffentlichungen. Im Jahr 1998 nahm die International DOI Foundation (IDF) diese Aufgabe in Angriff. Bis 2007 wurden ihrer Angabe zufolge 30 Millionen Dokumente registriert.

Und so funktioniert das System: Von der IDF autorisierte DOI-Agenturen weisen Content-Anbietern, zum Beispiel Verlagen, individuelle Kennziffern, so genannte Präfixe, zu. Für den deutsch-



Fotos: MVB/MEV

doi> The DOI® System
Developed by The International DOI Foundation (IDF)

Digital Object Identifier
Die konstante Erkennung für jede Art geistigen Eigentums in digitalen Netzwerken

mit MVB und MDR:
Ihre Partner für die Verknüpfung mit Systemen.

Die mEDRA ist die europäische „Digital Object Identifier“ registrierte Agentur. Von der Partner kommen Daten zur Verfügung. Inzwischen können auch die MVB Marketing- und Verlagsdienste des Buchhandels (Länder, die jetzt schon Partner für die Ausgabe von ISBN ist, MVB der DOI-Registrierung unterstützen) die die MVB, mit auch bei der Identifizierung und Verknüpfung ihrer digitalen Produkte.

mEDRA®
doi>

Mit dem DOI findet man wissenschaftliche Texte im Web ohne darin stundenlang zu wühlen und zu graben.

sprachigen Raum ist der Marketing- und Verlagsservice des Buchhandels (MVB) in Frankfurt dafür zuständig. Jeder DOI beginnt mit der Zahl 10 gefolgt vom Präfix und einer Objektnummer (Suffix), die der Anbieter selbst festlegt. Die Zeichenfolge für das Suffix ist frei definierbar und kann sehr unterschiedlich aussehen. Der DOI eines Artikels im renommierten englischen Wissenschaftsmagazin Nature lautet demnach 10.1038/nature06499, während er beim US-Konkurrenten Science so aufgebaut ist: 10.1126/science.318.5858.1854.

Genauere Infos

Neben Texten lassen sich per DOI auch Audio- oder Videodateien kennzeichnen. Im Gegensatz zur ISBN im Buchhandel, die nur für eine gesamte Publikation gilt, sind dabei viel detailliertere Angaben möglich. Anbieter können beispielsweise einzelne Buchkapitel, Tabellen oder Bilder mit einem eigenen Code versehen und sie so im digitalen Netzwerk schneller identifizierbar machen.

Ein weiterer Vorteil: Wer seine Produkte bei einer DOI-Agentur registriert, kann jede Meldung mit Metadaten ergänzen. Dazu gehören bibliografische Angaben zu Autor oder Erscheinungsjahr sowie Infos zur Verfügbarkeit des Titels und in welcher Ausgabeform – ob als Buch oder DVD – er erhältlich ist. Auf DOI-Safari zu gehen, ist ganz einfach. User können dafür Suchmasken verwenden, die eine direkte Verlinkung zwischen Kennziffer und Publikation herstellen. Ein deutscher Anbieter ist die Multilinguale Europäische DOI Registrierungsagentur für die Bundesrepublik Deutschland (mEDRA), die mit der MVB zusammenarbeitet. Einfach oben rechts auf der Seite www.medra.org den DOI eingeben. Die Weiterleitung auf die gewünschte Webseite folgt automatisch.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

EU-Reformvertrag

Gesundheit gewinnt an Bedeutung

Mitte Dezember vergangenen Jahres unterzeichneten die Staats- und Regierungschefs der 27 europäischen Mitgliedsländer den neuen EU-Reformvertrag. Aus Sicht der Heilberufler ist interessant, dass der Gesundheitsbereich jetzt politisch deutlich an Bedeutung gewinnen soll.

Zum Hintergrund: Die lange geplante EU-Verfassung war im Jahre 2005 am Veto aus Frankreich und den Niederlanden gescheitert. Nach intensiven Vorbereitungen einigten sich die Staats- und Regierungschefs auf dem EU-Gipfel im Juni 2007 auf den Entwurf eines neuen Reformvertrags, der inhaltlich so abgespeckt wurde, dass auch Frankreich, Großbritannien und die Niederlande ohne neue Volksabstimmung zustimmen konnten. Am 13. Dezember 2007 schließlich erfolgte die feierliche und förmliche Unterzeichnung im Hieronymus-Kloster in Lissabon (daher: „Lissabonner Verträge“).

Erste Einschätzung

In einer ersten Einschätzung, die der Council of European Dentists (CED) aus Sicht der Heilberufler für die europäische Zahnärzteschaft erarbeitet hat, wird deutlich, dass die Lissabonner Verträge den Gesundheitsbereich deutlich in der Bedeutung des Brüsseler Aktionsrahmens ausweiten wollen. Das lässt sich vor allem an folgenden Bestimmungen erkennen:

■ Gesundheit als Ziel verankert

Der neue Reformvertrag beschreibt die Ziele der EU wie folgt: „... den Frieden, ihre Werte und das Wohlergehen ihrer Völker zu fördern“. Da „Wohlergehen“ ein zentraler Aspekt von Gesundheit ist, kann daraus gefolgert werden, dass Gesundheit als eines der grundlegenden Ziele der EU verankert wird.

In gewissem Maße spiegelt der Vertragswortlaut auch die weit gefasste WHO-Defi-



Feierliche Unterzeichnung des EU-Reform-Vertrags am 13. Dezember 2007 in Lissabon

tion von Gesundheit wider. Danach ist Gesundheit „ein Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“.

■ Recht auf Gesundheitsfürsorge

Der neue Vertrag enthält einen Querverweis auf die europäische Charta der Grundrechte und verleiht ihr damit einen rechtlich verbindlichen Status. Das Recht auf Gesundheitsfürsorge ist in der Charta wie folgt festgehalten: „Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung



Die zm berichten regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“

■ EU für Gesundheitsversorgung zuständig

Der geänderte Artikel 152, der die öffentliche Gesundheit betrifft, verweist ausdrücklich auf die Zuständigkeit der EU, um die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten im Bereich des Gesundheitswesens zu unterstützen. Dies kann als Rechtfertigung für künftige verstärkte EU-Maßnahmen auf diesem Gebiet interpretiert werden. Darüber hinaus wird in gewissem Umfang auch die Verantwortung der Mitgliedstaaten in Bezug auf die Gesundheitsversorgung

verdeutlicht. Die Bestimmung wird durch einen neuen Verweis ergänzt, nach dem die Verantwortung auch die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel umfassen soll.

■ **Stärkung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten**

Neu im Vertrag ist in Artikel 152 eine allgemeine Bestimmung über die Stärkung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Danach kann die Kommission in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten Initiativen ergreifen, die insbesondere darauf abzielen, Leitlinien und Indikatoren festzulegen, den Austausch bewährter Verfahren durchzuführen und die erforderlichen Elemente für eine regelmäßige Überwachung und Bewertung auszuarbeiten. Diese verstärkte Zusammenarbeit wird sich voraussichtlich auch in der neuen Richtlinie über die Gesundheitsdienste widerspiegeln, deren Veröffentlichung im Frühjahr erwartet wird.

■ **Hohe Standards für Arzneimittel und Medizinprodukte**

Vorgesehen ist, dass die EU Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Arzneimittel und Medi-



Foto: Lopata

Prof. Dr. Wolfgang Sprekels: „Wir werden die Entwicklungen penibel beobachten.“

zinprodukte ergreift. Europäische Richtlinien in diesem Bereich bestehen bereits, allerdings auf der Rechtsgrundlage des Binnenmarktes. Voraussichtlich werden Maßnahmen gestattet, die primär auf Gesundheitsbelange und nicht allein auf die Erleichterung der Freizügigkeit abzielen.

■ **Tabak, Alkohol und grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren**

Vorgesehen sind Fördermaßnahmen, die den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch

zum Ziel haben sowie Maßnahmen zur Beobachtung, frühzeitigen Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren. Dies kann als politischer Hinweis darauf gewertet werden, welche Prioritäten die EU im Gesundheitswesen werten wird. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass die Befugnis der EU im Gesundheitsbereich dadurch wesentlich gestärkt wird.

Penibel beobachten

Der Vizepräsident des CED und gleichzeitige Vizepräsident der BZÄK, Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, betont, dass die europäische Zahnärzteschaft die Entwicklungen im Gesundheitswesen aufgrund des neuen Reformvertrags penibel beobachten werde. Insbesondere bestehe die Gefahr, dass die EU über den geänderten § 152 versuchen könnte, direkt Einfluss auf die nationalen Sicherungssysteme zu gewinnen. Das gelte vor allem für geplante Initiativen im Bereich der Leitlinien- und Indikatorenerstellung. Gerade diesem Punkt schenken die Heilberufler auch bei der neuen Gesundheitsdienstleistungsrichtlinie ein besonderes Augenmerk. „Hier gilt es, rechtzeitig auf Gefahren für eine hochqualifizierte Gesundheitsversorgung hinzuweisen, direkt in Brüssel über Kontakte mit EU-Parlamentariern und Institutionen Einfluss zu nehmen und entsprechend gegenzusteuern. Ich will keinen europäischen National Health Service à la Großbritannien.“

Der EU-Reformvertrag muss nun von allen Mitgliedsländern ratifiziert werden. Das erfolgt in einigen Staaten durch ein Referendum, in anderen durch parlamentarische Abstimmungen. Der neue Vertrag soll im Juni 2009 in Kraft treten, rechtzeitig vor den Europawahlen und der Ernennung der neuen Europäischen Kommission. pr/CED



Foto: dpa

Die Vertreter der 27 europäischen Mitgliedstaaten vor dem Hieronymus-Kloster

Medizinhistorische Museen

Hilden: Der erste moderne Chirurg

Das Wilhelm Fabry Museum in Hilden bildet mit seiner Sammlung historischer medizinischer und zahnmedizinischer Instrumente einen besonderen Anziehungspunkt. Fabry selbst gilt als Begründer der wissenschaftlichen Chirurgie, der dazu beitrug, die ärztliche Kunst zu revolutionieren.



Die zm stellen in loser Folge Museen vor, in denen medizin- und zahnmedizinische Sammlungen ausgestellt werden.

Diesmal: Das Wilhelm Fabry Museum in Hilden.

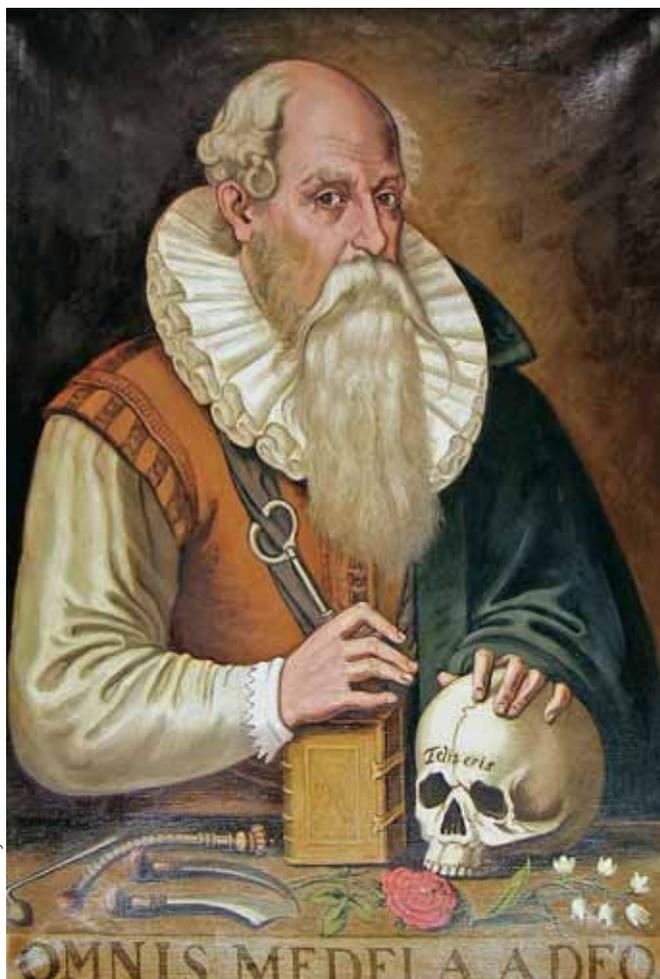


Foto: Wilhelm Fabry Museum

Das am 17. September 1989 eröffnete Museum ist zusammen mit der Historischen Brennerei nach dem berühmten Bürger der Stadt Guilelmus Fabricius Hildanus benannt. Wilhelm Fabry (1560 bis 1634) wurde am 26. Juni 1560 geboren. Er wird als Begründer der modernen wissenschaftlichen Chirurgie und Ophtalmologie angesehen und nimmt bis heute einen festen Platz in der Medizingeschichte ein. Ihm wird weltweit große Beachtung entgegengebracht.



Die Fachbibliothek des Museums zeigt die gesamten Schriften Fabrys.

Operationsbesteck

Die Hauptattraktion des Museums ist ein mindestens 220 Jahre altes, wertvolles historisches Operationsbesteck, das seit Sommer 2006 zur Sammlung gehört. Es wurde zum Öffnen der Schädeldecke benutzt. Bei dem 24-teiligen Trepanationsbesteck handelt es sich um einen vollständigen Satz, bestehend aus Löffel, Bohrer und Zangen. Die aus Eisen und edlen Hölzern gefertigten chirurgischen Instrumente sind in einem

Wilhelm Fabry gilt als Begründer der wissenschaftlichen Chirurgie.



Das 220 Jahre alte wertvolle Operationsbesteck zum Öffnen von Schädeldecken.



Zahnhygienebestecke und Extraktionsinstrumente gehören ebenfalls zu den Exponaten.

lederbezogenen Holzetui untergebracht.

Mit diesen Bohrern und Hebeln wurden zur Zeit Fabrys die Schädeldecken gehoben und mit den vorhandenen Spezialöffeln Geschosse aus Schusswunden entfernt. Es handelt sich hierbei um handgefertigte Unikate aus hochwertigem Metall mit Holz- oder Elfenbeingriffen, die sehr kunstvoll verziert sind.

Hervorzuheben sei auch die Fachbibliothek, die die gesamten Schriften von Fabry, wie etwa die „Anatomiae praestantia et utilitas“, beherbergt. Die wertvollen Erstausgaben des 17. Jahrhunderts können dem Besucher nach vielen Jahren der Einlagerung jetzt wieder – und in manchen Fällen erstmals – gezeigt werden.

In verschiedenen Wechselausstellungen

Frühjahrstreffen 2008

Das diesjährige Frühjahrstreffen des Arbeitskreises Geschichte der Zahnheilkunde findet in Leipzig statt.

Termin:

- Samstag, 26.04.2008: Historisches Leipzig, Abendessen Auerbachs Keller
- Sonntag, 27.04.2008: Besuch Dentalmuseum in Zschadraß

Details per Mail über Dr. Wibke Merten: wknoener@web.de

■ **Wilhelm Fabry Museum**
Benrather Straße 32a
40721 Hilden
Tel.: 02103 5903
Fax: 02103 52532

Öffnungszeiten: Di/Mi/Fr: 15h – 17h

Do: 15h – 20h

Sa: 14h – 17h

So: 11h – 13h und 14h – 18h

Montags geschlossen

Internet: www.wilhelm-fabry-museum.de

Eintritt: Erwachsene 2,- Euro
Ermäßigt 1,- Euro

wird – neben der Aufbereitung der Stadtgeschichte Hildens – die Zahn- und Medizingeschichte lebendig gemacht. So lockte im Jahre 2005 das Wilhelm Fabry Museum mit der medizinhistorischen Ausstellung „Zahn der Zeit“, einer Darstellung von Büchern, Karikaturen, Stichen, Lithografien, Zahnhygienebestecken und Extraktionsinstrumenten, zahlreiche Besucher an.

Dr. Wibke Merten, geb. Knöner
Hans-Much-Weg 10
20249 Hamburg

Die Autorin ist Vorsitzende des Arbeitskreises Geschichte der Zahnheilkunde der DGZMK, einem freiwilligen Zusammenschluss von Zahnärzten und Wissenschaftlern, die sich mit der Geschichte der Zahnheilkunde befassen.
Kontakt: E-Mail: wknoener@web.de

Prof. Sonnabend ist 85

Prof. Dr. Dr. hc. Dr. hc. Eberhard Sonnabend feierte seinen 85. Geburtstag.

Kultur und Großzügigkeit und die Fähigkeit zu motivieren, diese Eigenschaften können alle Schüler, Studenten, Assistenten, Doktoranden und Habilitanden ihrem Universitätslehrer Professor Sonnabend bescheinigen.

Geboren am 22. Januar 1923 in Bochum, führte ein langer, wechselvoller Weg über einen aktiven Kriegseinsatz als Oberleutnant an die Universität Göttingen und dann in seine Wahlheimat München. Nach dem Studium der Medizin und Zahn-



Foto: zm

medizin in Göttingen, folgte die Assistentenzeit in der Zahnerhaltungskunde, später Oberarztposition, Habilitation und Leitung der Konservierenden Abteilung, womit der Grundstock für seine Karriere gelegt wurde. Seine klinischen und wissenschaftlichen Interessen „Selbsthärtende Kunststoffe“ (Diss. 1950) sowie „Strahlenbelastung des Patienten beim Röntgen in der Zahnheilkunde“ (Habi. 1960), stellen beide bis heute aktuelle Themen seines Fachgebietes dar. Er versäumte nie, seine Lehrer Wilhelm Meyer und Carl Heinz Fischer zu würdigen, was ihm Respekt und Anerkennung seiner Kollegen einbrachte. Man wählte ihn zum

Vorsitzenden der deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und er war gewählter Vertreter der bayerischen Hochschulen im Vorstand der LZK-Bayern. Ehrendoktorwürden der Universitäten Breslau und Riga, sowie zahlreiche Auszeichnungen im In- und Ausland, wobei die Hermann Euler Medaille der DGZMK für ihn höchsten Stellenwert einnimmt, stellten sein unermüdliches Engagement im Beruf unter Beweis. Als Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie (1969–1992) München setzte er sich frühzeitig für Präventionen und Prophylaxe ein, richtete die erste spezielle Kinderbehandlung ein und initiierte die Intubationsnarkose zur Versorgung behinderter Patienten. Mit der Gründung der AGs Kinderzahnheilkunde sowie Röntgenologie innerhalb der DGZMK stellte er die zukunftsweisende Einschätzung der Schwerpunkte unseres Faches unter Beweis. Gerne folgte er Einladungen zu nationalen und internationalen Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen, wo man ihn als erfahrenen Fachmann und Referenten von Eloquenz und Witz sehr zu schätzen wusste. Auch nach seiner aktiven Hochschulzeit fühlte er sich der Tradition eines Hochschullehrers immer verpflichtet. Seine Freunde und Schüler fühlen sich in seiner gastfreundlichen Familie bis heute wohl, wofür alle von Herzen danken.

Wir gratulieren Professor Sonnabend sehr herzlich zum Geburtstag und wünschen vor allem Gesundheit und Gottes Segen.

Prof. Dr. Ingrid Rudzki
Prof. Dr. Reinhard Hickel

Bundesverdienstkreuz für Dr. Dr. Klaus Rötzscher

Am 21. Dezember 2007 wurde Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Rötzscher, Speyer, durch die rheinland-pfälzische Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen, Malu Dreyer, in Mainz mit dem „Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland“ ausgezeichnet. Nach seiner Übersiedlung in die Bundesrepublik war er von 1977 bis 1998 in Speyer/Rhein als Zahnarzt in eigener Praxis tätig. In dieser Zeit wurde er Mitglied des AKFOS, knüpfte erfolgreich internationale Kontakte. In den Jahren 1990 bis 1993 war er Präsident der „International Organization for Forensic Odonto-Stomatology (IOFOS)“ und erhielt für die erfolgreiche Tätigkeit als Präsident 1994 die Verdienstmedaille der Landes-zahnärztekammer Rheinland-Pfalz.

Seit 1998 ist Dr. Dr. Rötzscher erster Vorsitzender des „Arbeitskreises Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS)“ der „Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)“ und der „Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)“.

Dr. Dr. Rötzscher ist Gründungs- und Vorstandsmitglied der „Arbeitsgemeinschaft für forensische Altersdiagnostik (AGFAD)“ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.

Der Jubilar ist seit vielen Jahren Mitglied der Identifizierungskommission (IDKO) des Bundeskriminalamtes. Schon kurze Zeit nach Ausbruch des Tsunami in Südostasien 2004 wurde er

durch das BKA nach Thailand entsandt. Insgesamt hielt er sich mehr als drei Monate im thailändischen Krisengebiet auf, um deutsche und internationale Flutopfer zu identifizieren. Seine in Thailand geleisteten Dienste verdienen Hochachtung und Wertschätzung. Sie gelten unter den nationalen und internationalen Zahnärztinnen und Zahnärzten als beispiellos und vorbildlich.



Foto: privat

Er wurde gemeinsam mit 32 anderen Deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzten im Bundesgesundheitsministerium in Berlin im Oktober 2005 wegen der in Südostasien vollbrachten Leistungen mit der „Verdienstmedaille der Deutschen Zahnärzteschaft“ ausgezeichnet. Er erhielt im Jahr 2005 die Dankesurkunde für Einsatz bei der Identifizierung der Tsunami-Opfer durch den Bundesminister des Inneren sowie als externes Mitglied der IDKO den Medienpreis „Bambi 2005“ in der Kategorie „Engagement“, verliehen an die Identifizierungskommission des Bundeskriminalamtes.

C. Grundmann, Duisburg

Prof. Dr. Rolf Hinz 80 Jahre

Am ersten Januar 2008 vollendete Rolf Hinz, der unermüdlich tätige emeritierte Hochschullehrer der Universität Witten Herdecke, sein 80. Lebensjahr bei bester Gesundheit und Schaffenskraft. Wer kennt ihn nicht, den lebensbejahenden, quirlig aktiven Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, der stets voller Ideen steckt und gerne mal Funktionären und Kollegen widerspricht, zumindest aber mit seiner Meinung nicht hinter dem Berg hält. 1928 in Berlin geboren, wechselte er 1960 vor dem Mauerbau ins Ruhrgebiet, um dort rastlos ein Imperium mit Großpraxis und KFO-Labor, Fachverlag, Fortbildungsakademie, Klinik und eigener Wochenzeitung (DZW) aufzubauen. Zu seinen wissenschaftlichen Lieblingsprojekten gehörten die Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit Nichtanlagen von Zähnen durch Adhäsivbrücken (Habilitationsthema 1987, Professur und Lehrstuhl für

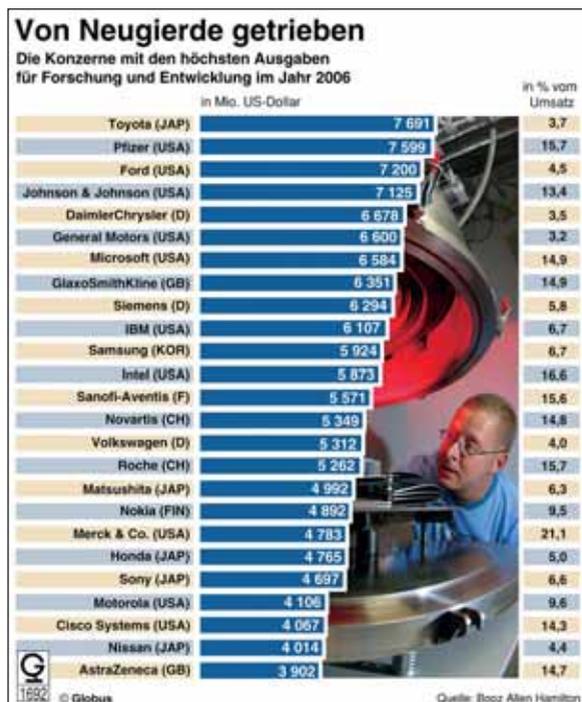
KFO 1989), die frühzeitige kieferorthopädische Betreuung von Kindern mit schweren Anomalien und – in den letzten Jahren – die Schlafforschung (mit eigenem Schlaflabor in seiner Haranni-Klinik in Herne). Aus diesen wenigen Daten lässt sich bereits unschwer ableiten, dass Rolf Hinz ein ungewöhnlich aktives und erfolgreiches Leben hinter sich hat.



Foto: Heller

Ich wünsche Rolf Hinz aus vollem Herzen, dass er sein jetziges Leben ideenreich und optimistisch, sozial aktiv und eingebunden in seine Familie noch viele Jahre bei bester Gesundheit fortführen kann.

Thomas Kerschbaum, Köln



Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 116

Creation Willi Geller

Neue Gingivafarben



Creation Willi Geller hat seine Keramiklinie um Zahnfleischfarben für die Metall- und die Zirkonkeramik ergänzt. Die neuen Gingiva-Kits für Creation CC und Creation ZI eignen sich zur Herstellung natürlich schöner Gingivareproduktionen. Mit den sechs untereinander mischbaren Gingivamassen und der neutralen Farbe zum individuellen Abtönen lassen sich schwach durchblutete Stellen genauso

gut reproduzieren wie große Umschlagfalten oder kleine Lippenbändchen. Die einzelnen Arbeitsschritte können dabei analog zur gewählten Verblendtechnik auf die unterschiedlichen Brände verteilt werden. Die zahnfleischfarbenen Keramikmassen sind auf alle Indikationen in den Bereichen Kronen- und Brückentechnik, implantatgetragene Suprakonstruktionen sowie partielle Prothetik abgestimmt.

Creation Willi Geller International
AG
Oberneuhofstraße 5
CH-6340 Baar
Tel.: 00 41 / 41 - 768 90 19
Fax: 00 41 / 41 - 760 45 10
<http://www.creation-willigeller.com>
E-Mail: info@creation-willigeller.com

GABA

Praktikerpreis der DGZ

Auch im Rahmen ihrer 22. Jahrestagung vom 5. – 7. Juni 2008 in Würzburg wird die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) den Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft fördern: Mit dem jährlich stattfindenden Praktikerforum bietet die DGZ Referenten die Möglichkeit, einem breiten Fachpublikum Fallbeispiele aus ihrer Praxis vorzustellen. Aufgerufen sind approbierte Zahnärzte und Studierende der Zahnheilkunde, einen außergewöhnlichen Fall, ein empfehlenswertes Konzept für die tägliche Praxis oder ein ähnliches

Thema zu präsentieren. Der beste Beitrag wird auf der darauffolgenden Jahrestagung der Gesellschaft mit dem „Praktikerpreis der DGZ“, unterstützt durch die Gaba GmbH, ausgezeichnet. Der Preis ist mit 2 500 Euro dotiert. Die Anmeldung ist unter www.dgz-online.de möglich, Einsendeschluss für Abstracts ist Freitag, der 29. Februar 2008.

GABA GmbH
Bernener Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21 / 907 - 0
Fax: 0 76 21 / 907 - 499
<http://www.gaba-dent.de>
E-Mail: info@gaba-dent.de

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

J. Morita Europe

Tagesseminar Endodontie in Marburg



Foto: Rainer Kieselbach

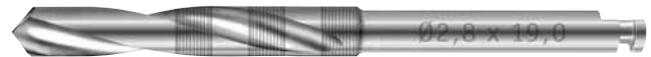
Nach Meinung des Endospezialisten Dr. Richard Stoll bleibt die bakterien-dichte Wurzelfüllung kein Wunschtraum. Am 23. Februar 2008 will er seine These in einem Tagesseminar zur adhäsiven Wurzelkanalfüllung untermauern. Zahnärzte und Endodontologen sind eingeladen, an dem von J. Morita Europe veranstalteten Kurs teilzunehmen. Im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Philipps-Universität Marburg werden zeitgemäße Behandlungstechniken auf der Tagesordnung stehen. Zwischen den Live-Demon-

strationen sollen die Teilnehmer an mitgebrachten, extrahierten Zähnen trainieren. Dr. Stoll verwendet ein modulares Endosystem, das sich aus einem Aufbereitungssystem mit portablem Endomotor, modernen rotierenden NiTi-Feilen und einer dynamischen Endometrie zusammensetzt. Abrunden wird er seine Vorgehensweise mit einer adhäsiven Füllungstechnik, die sowohl mit konventionellen Guttaperchapoints als auch mittels vertikaler Kondensation funktionieren soll. Anmeldungen sind direkt bei J. Morita Europe möglich.

J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Straße 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 836 - 0
Fax: 0 60 74 / 836 - 299
<http://www.JMoritaEurope.com>
E-Mail: info@jmoritaurope.com

GEBR. BRASSELER

Pilotbohrer für die Implantologie



Für die initiale Präparation eines Implantatbettes empfehlen sich die universellen Pilotbohrer aus rostfreiem Stahl. Position, Richtung und Tiefe können mit diesen Instrumenten sicher festgelegt werden und die nachfolgende Implantatbettbohrung kann optimal erfolgen. Die Pilotbohrer von Gebr. Brasseler/Komet sind universell für alle gängigen Implantatsysteme einsetzbar. Die Instrumente überzeugen mit einer guten Schneidkultur und einer hohen Standzeit.

Ihre schnittfreundige Verzahnung und effektiv gestaltete mehrflächige Spitzengeometrie erlauben gute axiale Bohreigenschaften für ein gezieltes Bohren ohne vorheriges Ankörnen. Zusammen mit den großzügigen Spannuten ist eine problemlose Spanabfuhr gesichert.

GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 0 52 61 / 701 - 700
Fax: 0 52 61 / 701 - 289
<http://www.kometdental.de>
E-Mail: info@brasseler.de

DeguDent

Auf Kurs in puncto Keramik



Der Stellenwert von vollkeramischen Restaurationen steigt, denn immer mehr Patienten legen Wert auf eine optimale Ästhetik. Dies schlägt sich auch in der neuen Meisterprüfungsordnung nieder: Bei den so genannten „Durchführungsarbeiten“ ist jetzt verpflichtend ein vollkeramischer Ersatz anzufertigen. Der Tageskurs an der Meisterschule Düsseldorf am 15./16. Oktober 2007 unter der Leitung von ZTM Klaus Ohlendorf und ZTM Friersteresse hat gezeigt, wie sich diese Anforderungen mit Freude an der Arbeit in die Praxis umsetzen lassen. Im Einzelnen fertigen

ten die Schüler je drei Frontzahnrestorationen, wobei ein mittlerer Schneidezahn mit einer Zirkondioxidkappe (Cercon base colored), der benachbarte seitliche Schneidezahn mit einer Presskeramik-Kappe (Cergo Kiss) versehen und der entsprechende Eckzahn komplett aus diesem Material gepresst wurde. Zu den variierenden Gerüstwerkstoffen traten ebenso unterschiedliche Verblendungen: Bei den Schneidezähnen kam die Schichttechnik zum Einsatz, während der Eckzahn lediglich bemalt wurde. Auf diese Weise gelang ein kompakter Streifzug durch die heutigen Möglichkeiten metallfreier Restaurationen.

*DeguDent GmbH
Postfach 1364
63403 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 59 - 58 47
Fax: 0 61 81 / 59 - 59 62
<http://www.degudent.de>
E-Mail: otfried.gross@degudent.de*

Ivoclar Vivadent

Verarbeitungsanleitung auf DVD



Ivoclar Vivadent lässt Bilder sprechen: Eine Lern- und Informations-DVD gibt einen ersten Überblick über die Systemkonzeption der konventionellen Metallkeramik IPS InLine und der Press-on-Metal Keramik IPS InLine PoM. Neben generellen Informationen finden sich Step-by-Step Verar-

beitungsvideos zu folgenden Themen: Gerüstgestaltung und Legierungsverarbeitung, die Verarbeitung der konventionellen Metallkeramik IPS InLine und der Press-on-Metal Keramik IPS InLine PoM sowie die Veneer-Verarbeitung auf feuerfestem Stumpfmaterial. Das Video „Konditionierung und die Eingliederung“ rundet das Spektrum ab.

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

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

dental bauer

Zusammenschluss mit Ratio-Dental

Seit Januar 2008 beteiligt sich dental bauer an der Kieler Ratio-Dentaldepot Altenburger GmbH. Die Firmeninhaber Wolfgang Altenburger und Bernhard Rucks verbinden damit bessere unternehmerische Zukunftsperspektiven und ein erweitertes Leistungsspektrum. Zusammen mit Jochen G. Linneweh von dental bauer definierten sie innerhalb kurzer Zeit das passende Modell künftiger Zusammenarbeit. Garanten für den Erfolg von Ratio-Dental sind unkonventionelle Beratung und qualifizierter Service, verbunden mit dem Herzblut für zuverlässige Produkte aus dem Inland und europäischen Ausland. Mit der parallel laufenden Raumplanung, Baubetreuung und schlüsselfertigen Übergabe samt

zugehöriger Dienstleistungen hat sich Ratio-Dental einen guten Ruf über die Grenzen Kiels hinaus erworben. Diese Leistungen sollen auch künftig zum Kernbereich zählen. Entsprechend der Nachfrage ergänzt der Material- und Kleingerätebereich das Angebot, ein komplettes marktgängiges Vollsortiment ist just in time lieferbar. Mit dem Zusammenschluss weitet dental bauer seinen Bekanntheitsgrad auch auf den hohen Norden Deutschlands aus.

*dental bauer GmbH & Co. KG
Ernst-Simon-Straße 12
72072 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 97 77 - 0
Fax: 0 70 71 / 97 77 - 50
<http://www.dentalbauer-gruppe.de>
E-Mail: info@dentalbauer-gruppe.de*

One Drop Only

Lösung für gesunde Zähne

Pflegend, ohne Alkohol und mit frischem Minzgeschmack, bietet die One Drop Only Mundspüllösung Zx3 kompakten Schutz für die Mundhöhle. Sie enthält Cetylpyridiniumchlorid, einen Plaque hemmenden und antibakteriell wirkenden Inhaltsstoff, der schädliche Keime in der Mundhöhle aktiv bekämpft. Im Bereich der Zähne unterstützt die Mundspüllösung die Kariesprophylaxe: Bakterien werden bis in die Zahnzwischenräume bekämpft, Zungenbelagskeime sind nach wenigen Sekunden zu fast 100 Prozent beseitigt. Indem die Mundspüllösung auch

am Zahnfleisch die Zahl der Bakterien reduziert, schützt sie vor Reizungen des Zahnfleischs und trägt zur seiner Gesunderhaltung bei.



*One Drop Only GmbH
Stieffring 14
13627 Berlin
Tel.: 0 30 / 346 70 90 - 0
Fax: 0 30 / 346 70 90 - 40
<http://www.onedroponly.de>
E-Mail: info@onedroponly.de*

DENTSPLY Friadent

Modular bestückbare Chirurgie-Kits



Die neuen Chirurgie-Kits von Dentsply Friadent für die Implantatssysteme Xive und Ankylos stehen für

Flexibilität und Wirtschaftlichkeit. Durch Verschlankung der Instrumentenzahl versprechen die nach Implantatdurchmesser modular bestückbaren Chirurgie-Kassetten eine einfachere Handhabung und erleichtern somit den chirurgischen Behandlungsablauf. Der Anwender kann das Chirurgie-Kit individuell zusammenstellen und ergänzen. In der Basis-Ausstattung können mit den neuen Chirurgie-Kits nahezu 80 Prozent der Patienten-

fälle abgedeckt werden. Die Anzahl der Eindrehinstrumente wurde bei Xive um über die Hälfte reduziert, da sie jetzt sowohl für die Ratsche als auch für die Winkelstücke identisch sind. Der neue Gewindeschneider ist jetzt einteilig und wurde in das Kit integriert. Die Ankylos Chirurgie-Kassetten umfassen nun auch die Freilegungsinstrumente. Dies hat den Vorteil, dass bei der Anwendung keine separate Freilegung-Kassette mehr erforderlich ist. Bestellungen sind über den Kunden-Service von Dentsply Friadent unter der Telefonnummer 0621 / 4302-010 möglich.

DENTSPLY Friadent GmbH
Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim
Tel.: 06 21 / 43 02 - 010
Fax: 06 21 / 43 02 - 011
<http://www.friadent.de>
E-Mail: info@friadent.de

BEGO Implant Systems

Erweitertes Implantatprogramm



Bego Implant Systems erweitert das Semados S-Implantat-System um einen weiteren Durchmesser. Das neue Semados S-Implantat 4,1 mm in den Längen 7 bis 15 mm wird im zweiten Quartal 2008 verfügbar sein. In dem Zusammenhang wurde auch das beliebte Semados S 4,5 mm-Implantat überarbeitet. Anwender, die mindestens zehn

Stück des neuen Semados S-Implantats 4.1 mm kaufen, erhalten das gesamte Jahr die erforderlichen Endmaßbohrer ohne Berechnung. Unsterile Implantatmuster / Anschauungsmuster können bei Bego Implant Systems kostenlos angefordert werden.

BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 - 267
Fax: 04 21 / 20 28 - 265
<http://www.bego-implantology.com>
E-Mail: wachendorf@bego.com

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

3M ESPE

Lava-Fräszentrum Eggenfelden eröffnet



Schnittpunkt dreier Bundesstraßen, die Städte Landshut, Straubing und Passau in der Nähe und nicht weit bis München und Salzburg – das ist der Standortvorteil von Eggenfelden im niederbayerischen Hügelland. Die optimale Verkehrsanbindung nutzen die Zahntechnikermeister Wolfram Kudella (Foto rechts) und Samir Ibrahim (Foto links) als Basis für das erste Lava-Fräszentrum Südost-Bayerns. Mit rund fünfzig Zahnärzten und Zahn Technikern aus der näheren und weiteren Umgebung feierten sie Ende September die Eröffnung der Dental Frästeam Rottal-Inn GmbH, die

sie zusätzlich zu ihrem seit sechs Jahren bestehenden Dentallabor gegründet haben. Dabei referierte Zahn technikermeister Frank Weyand aus Zweibrücken über den qualitativen Vorsprung von Lava; Dr. Reinhard Kanzler stellte die Ergebnisse klinischer Studien vor, die Lava den Spitzenplatz bei Passung, Stabilität und Ästhetik zuweisen.

3M ESPE AG
Espe Platz
82229 Seefeld
Tel.: 08 00 / 275 37 73
(kostenfrei)
Fax: 08 00 / 329 37 73
(kostenfrei)
<http://www.3mespe.de>
E-Mail: info3mespe@mmm.com

Dental Frästeam Rottal-Inn
Lava Fräszentrum Eggenfelden
Pfarrkirchener Straße 84
84307 Eggenfelden
Tel.: 0 87 21 / 50 61 95
Fax: 0 87 21 / 50 61 99
<http://www.lavafraesteam.de>
E-Mail: info@lavafraesteam.de

Heraeus Kulzer

Ostim-Symposium in Oxford

Nach welchen Mechanismen erfolgt der Knochenaufbau mit synthetischen Knochenersatzmaterialien? Welche Indikationen lassen sich damit wirkungsvoll behandeln? Wie unterscheidet sich das nanokristalline Ostim von anderen Knochenersatzmaterialien? Diese und andere Fragen rund um das Thema Knochenersatzmaterialien standen im Mittelpunkt des ersten Ostim-Symposiums, zu dem Heraeus Kulzer Anfang September 2007 rund 30 Experten nach Oxford eingeladen hatte. Elf Referenten boten mit ihren Vorträgen genügend Diskussionsstoff für einen regen Erfahrungsaustausch. „Gute und praxisnahe Produkte entstehen

eben nicht nur im Labor eines Unternehmens, sondern vor allem im Dialog mit denen, die sie täglich in der Praxis anwenden“, sagte Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Plastische Operationen der Universitätsklinik Kiel, und betonte damit die Offenheit des Veranstalters gegenüber kritischen Stimmen aus der Wissenschaft.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 35 31 82
Fax: 0 61 81 / 35 41 80
<http://www.heraeus-kulzer.com>
E-Mail: susanne.muecke@heraeus.com

Ultradent Products

Sauberer und blutfreier Sulcus



Mit ViscoStat, einem Eisen(III)sulfat-Gel von Ultradent Products, können Blutungen gestillt und der Sulcus-Fluid-Fluss gestoppt werden. Aus einer kleinen Spritze mit Bürstenapplikator gezielt eingerieben, verschließt das intensiv koagulierend und adstringierend wirkende Gel die Kapillaren durch Mikro-Koagel wie Korken eine Flasche. Zugleich versiegt der Sulcus-Fluid-Fluss. Dies geschieht in kürzester Zeit, meist in weniger als einer Minute. So wird der Sulcus rasch sauber und blutfrei. Ein ebenfalls mit ViscoStat getränkter, einge-

legter Faden dient lediglich der Abdrängung der Gingivamanschette. Er muss für ein bis zwei Minuten liegen, kann nicht mehr mit Blut verkleben und provoziert beim Entnehmen keine neuen Blutungen. Diese Methode in zwei Schritten – erst Blutungen stillen, dann Retraktion vollenden – sorgt für stabile Blutstillungs-Verhältnisse. Abformungen werden auf Anhieb perfekt, bei adhäsiven Restaurationen und Befestigungen funktionieren Bonding-Maßnahmen ungestört.

Ultradent Products, USA
Am Westhover Berg 30
51149 Köln
Tel.: 0 22 03 / 35 92 - 0
Fax: 0 22 03 / 35 92 - 22
<http://www.updental.de>
E-Mail: info@updental.de

z-idee

Zungenreiniger für frischen Atem



deutlich
sichtbarer Be-
läge, die zweite Kopf-
seite besitzt ein Mikrofasersystem, das sich für die Reinigung und Pflege der Zungenoberfläche eignet. Bei regelmäßiger Anwendung ist bereits nach kurzer Zeit die natürliche Farbe der Zunge ohne Beläge erkennbar; Ergebnis ist ein natürlich frischer Atem.

Mit dem texoral-Zungenreiniger von z-idee wird die Zunge ganzheitlich und schonend gereinigt. Er besitzt einen Doppelfunktionskopf, mit dem abwechselnd geschabt und gereinigt wird. Auf der einen Seite sorgen Kunststofflamellen bei der Erst-anwendung für das Abtragen

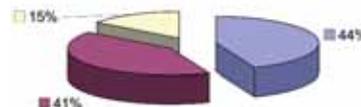
■ Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

z-idee GmbH
Kamenzer Straße 9
01099 Dresden
Tel.: 03 51 / 655 72 90
Fax: 03 51 / 655 72 93
<http://www.z-idee.de>
E-Mail: info@z-idee.de

Philips

Überzeugende Schalltechnologie

Für meine Empfehlung ist ausschlaggebend...



□ Zuverlässige Plaque-Entfernung
□ Wirkung ist in den Sperrschichten
□ Äußerlich weniger sichtbar

Einer aktuellen Befragung zufolge schätzen Zahnärzte an der Schalltechnologie vor allem die guten Ergebnisse bei der Plaque-Entfernung und ein zuverlässiges Plaque-Biofilm-Management (44 Prozent). Gefragt wurde nach den Argumenten, die Zahnärzte überzeugt haben, eher eine Sonicare Schallzahnbürste als eine Zahnbürste mit oszillierend-rotierender Technologie zu empfehlen. 41 Prozent der Kreuze machten die Befragten bei dem

Argument, dass Schallzahnbürsten eine Wirkung bis in den Approximalbereich haben, wie eine In-Vitro-Studie zu dem Thema belegte. Ein weiterer Vorteil ist die Tatsache, dass die Sonicare besonders sanft zu Zahn, Zahnfüllungsmaterialien und Zahnersatz ist. Bei den Produkteigenschaften der neuen Sonicare FlexCare imponierten ihre Kompaktheit sowie die simple Handhabung des UV-Desinfektionsgeräts, das viele Keime durch UV-Licht unschädlich macht.

Philips GmbH
UB Elektro-Hausgeräte
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40 / 28 99 - 0
<http://www.philips.de>

Straumann

Neues Bone Level Implantat



Mit dem neuen Bone Level Implantat hat Straumann sein Sortiment von Implantaten auf Weichgewebeniveau ergänzt und weiterentwickelt. Es ist in drei Durchmessern sowie vier Längen erhältlich und eignet sich für alle Indikationen der dentalen Implantologie. Bereits zur Einführung stand ein Prothetik-Portfolio aus 125 Komponenten zur Verfügung, von denen jedes hohe Ansprüche an eine einfache Anwendung, Zuverlässigkeit und Ästhetik erfüllt. Zusätzlich besteht ein CAD/CAM-Service für individualisierte Abutments aus Titan und

Keramik. „Dies ist ohne Zweifel einer der bedeutendsten Meilensteine in der Geschichte unseres Unternehmens. Die gleichzeitige Einführung des Implantats sowie eines umfassenden Prothetik-Portfolios basierend auf umfangreichen klinischen Dokumentationen in den Schlüsselmärkten ist verbunden mit einem großen organisatorischen Aufwand“, so Gilbert Achermann, Präsident und CEO von Straumann.

Straumann Holding AG
Peter Merian-Weg 12
4002 Basel, Schweiz
Tel.: +41 (0)61 965 11 11
Fax: +41 (0)61 965 11 01
<http://www.straumann.com>
E-Mail: corporate.communication@straumann.com

NWD

Wechsel in der Vertriebsleitung

Anlässlich der Neueröffnung der NWD Niederlassung Essen übernahm Dr. Martin Sandmann beim Dental-Depot NWD Alpha mit optimistischen Worten das Ruder der Vertriebsleitung: „Die NWD Gruppe bietet enorm viel Potenzial, das es weiter auszureizen gilt.“ Für seinen Vorgänger Willi Wöll, Mitglied der Geschäftsführung der NWD Gruppe, war es ein sichtlich bewegender Augenblick, nach 20 Jahren Zusammenarbeit die Verantwortung in andere Hände zu legen. Mit dem Dank für das seit Firmengründung geschenkte Vertrauen verband Wöll die Zuversicht, in Dr. Sandmann mit seiner 20-jährigen Erfahrung im Vertrieb

den geeigneten Nachfolger gefunden zu haben. In den neuen, repräsentativen Räumen in Essen wird weiter auf Service und Zuverlässigkeit gesetzt. „Ich möchte die bewährten Kernkompetenzen von NWD Alpha weiter ausbauen und mit unseren Besonderheiten, die andere Depots nicht bieten, noch mehr Erfolg erzielen. Den werden wir nur haben, wenn unsere Kunden vollauf zufrieden sind“, so der neue Vertriebschef.

NWD Gruppe
Nordwest Dental GmbH & Co. KG
Schuckertstraße 21
48153 Münster
Tel.: 02 51 / 76 07 0
Fax: 02 51 / 780 15 17
<http://www.nwd-gruppe.de>

DENTSPLY DeTrey

Schnelles Abform-Mischgerät

Das quadrafunktionale Polyvinylsiloxan Aquasil Ultra gestattet dem Zahnarzt eine präzise Abformung und liefert damit die Basis für passgenauen Zahnersatz. Zum unkomplizierten Anmischen der Löffelmaterialien Aquasil Ultra Heavy und Monophase steht die DECA 380 Hartkartusche zur Verfügung. In Verbindung damit bietet das Abform-Mischgerät Renfert Duomix ein schnelles Befüllen des Abformlöffels. Der vollautomatische Betrieb wird über drei Tasten gesteuert: Zwei Geschwindigkeitsstufen und die Timerfunktion sorgen für eine komfortable Handhabung. Der Ren-



fert Duomix überwacht den Füllstand der Kartusche jederzeit. Eine Warnleuchte und der automatische Stopp bei vollständig geleerter Kartusche gewährleisten eine sichere Handhabung.

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



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 22. 2. 2008 schicken oder faxen an:

zm
Deutscher Ärzte-Verlag
Leserservice Industrie und Handel
Sabine Knour / Rosemarie Weidenfeld
Postfach 40 02 65
50832 Köln

Fax: 02234/7011-515

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

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zu folgenden Produkten:

- 3M ESPE – Lava-Fräszentrum Eggenfelden eröffnet (S. 112)
- BEGO Implant Systems – Erweitertes Implantatprogramm (S. 112)
- Creation Willi Geller – Neue Gingivafarben (S. 110)
- DeguDent – Auf Kurs in punkto Keramik (S. 111)
- dental bauer – Zusammenschluss mit Ratio-Dental (S. 111)
- DENTSPLY DeTrey – Schnelles Abform-Mischgerät (S. 116)
- DENTSPLY Friudent – Modular bestückbare Chirurgie-Kits (S. 112)
- GABA – Praktikerpreis der DGZ (S. 110)
- GEBR. BRASSELER – Pilotbohrer für die Implantologie (S. 110)
- Heraeus – Ostim-Symposium in Oxford (S. 112)
- Ivoclar Vivadent – Verarbeitungsanleitung auf DVD (S. 111)
- J. Morita Europe – Tagesseminar Endodontie in Marburg (S. 110)
- NWD – Wechsel in der Vertriebsleitung (S. 116)
- One Drop Only – Lösung für gesunde Zähne (S. 111)
- Philips – Überzeugende Schalltechnologie (S. 114)
- Straumann – Neues Bone Level Implantat (S. 114)
- Ultradent Products – Sauberer und blutfreier Sulcus (S. 114)
- z-idee – Zungenreiniger für frischen Atem (S. 114)

Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

LZK Rheinland-Pfalz

Fortbildungsordnung mit besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz für die Durchführung der beruflichen Aufstiegsfortbildung der fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten zur Dental-Hygienikerin oder zum Dental-Hygieniker (DH)

Inhalt

Teil I	Inhalt und Ziel § 1 Ziel der Fortbildung
Teil II	Fortbildungsvoraussetzungen § 2 Zulassungskriterien § 2 a Ausländische Vorqualifikation § 3 Bewerbungsunterlagen § 4 Auswahl der Teilnehmer
Teil III	Gestaltung und Dauer der Fortbildung § 5 Schulungsstätte § 6 Dauer § 7 Lerngebiete
Teil IV	Durchführung der Prüfung § 8 Prüfungsgegenstand
Teil V	Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung § 9 Ziel der Abschlussprüfung und Bezeichnung des Abschlusses § 10 Zulassungsvoraussetzungen § 11 Inhalt der Prüfung § 12 Gliederung der Prüfung § 13 Schriftliche Prüfung § 14 Praktische Prüfung § 15 Mündliche Prüfung / Ergänzungsprüfung § 16 Anrechnung anderer Prüfungsleistungen § 17 Bestehen der Prüfung
Teil VI	Geltungsbereich und Inkrafttreten § 18 Geltungsbereich § 19 Geschlechtsspezifische Bezeichnung § 20 Inkrafttreten

Auf Grund des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses der Landeszahnärztekammer Rheinland Pfalz vom 21. September 2007 erlässt die Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz gem. § 54, 56, in Verbindung mit § 47 Absatz 1, 2 und § 79 Absatz 4, des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt geändert durch Art. 232 der Neunten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S 2407), die folgende vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz mit Schreiben vom 5. Dezember 2007 genehmigte Fortbildungsordnung mit besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung der beruflichen Aufstiegsfortbildung der fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten zur Dental-Hygienikerin oder zum Dental-Hygieniker (DH).

Präambel

Die Fortbildung zur/zum Dental-Hygieniker/in ist eine berufliche Aufstiegsfortbildung, die den Absolventinnen und Absolventen die persönliche und fachliche Qualifikation vermittelt, nach Anweisung der Zahnärztin / des Zahnarztes und unter ihrer / seiner Aufsicht weitgehend eigenverantwortlich unterstützende Aufklärung, Diagnose,

Therapie und Nachsorge bei der Behandlung von Zahn- Mund- und Kieferkrankheiten, insbesondere im präventiven und parodontologischen Bereich, zu leisten. In Zusammenarbeit mit der Zahnärztin / dem Zahnarzt haben Dental-Hygieniker/innen die erteilten Anordnungen zu beachten, den festgelegten Einsatzrahmen nicht zu überschreiten und die ihnen übertragenen Tätigkeiten gewissenhaft und ordnungsgemäß auszuführen. Die regelmäßige Überprüfung der beruflichen Qualifikation sowie der Weisungstreue, Verlässlichkeit und Sorgfalt der Dental-Hygienikerin / des Dental-Hygienikers obliegt der / dem verantwortlichen Zahnärztin / Zahnarzt. Näheres zu den Zulassungsvoraussetzungen, den Fortbildungsinhalten und den Prüfungsanforderungen bestimmt diese Ordnung.

Teil I Inhalt und Ziel

§ 1 Ziel der Fortbildung

- Ziel der Fortbildung zum/zur Dental-Hygieniker/in ist es, Mitarbeiter/innen der Zahnarztpraxis einen beruflichen Aufstieg zu ermöglichen, der sie/ihn befähigt, qualifizierte Handlungsverantwortung nach Delegation im rechtlich zulässigen Rahmen u.a.
 - in der Erkennung und Erfassung der gesunden und normalen Strukturen der Mundhöhle sowie von der Norm abweichenden Erscheinungsformen;
 - in der Gewinnung und Analyse von intraoralen Befunden;
 - in der Beratung und Motivation der Patienten zur Verhütung von oralen Erkrankungen und zur Verhaltensänderung durch Information, Aufklärung, Anleitung und Überwachung auf Grund ihres besonderen psychologischen, pädagogischen, naturwissenschaftlichen und fachtechnischen Grundlagenwissens;
 - in der Betreuung von parodontal erkrankten sowie kariesgefährdeten Patienten über lange Zeitspannen;
 - in der Durchführung therapeutischer Maßnahmen;
 - in der systematischen und arbeitsökonomischen Sicherstellung der Arbeitsabläufe im Team und am eigenen Arbeitsplatz zu übernehmen. Die Durchführung dieser Aufgaben erfolgt unter Anweisung, Aufsicht und Verantwortung der Zahnärztin / des Zahnarztes.
- Die Fortbildung vermittelt u.a. in den Bereichen Pädagogik, Prävention, Kommunikation und Gesundheitserziehung die funktionalen Qualifikationen, die auf die unmittelbaren Anforderungsprofile der Tätigkeit gerichtet sind und fördert darüber hinaus die personalen und sozialen Kompetenzen, die eine Grundlage zur raschen und reibungslosen Erschließung von wechselndem Spezialwissen unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen darstellen.
- Die Fortbildung zur Dental-Hygienikerin oder zum Dental-Hygieniker auf der Grundlage dieser Ordnung ermöglicht den Teilnehmern, im Rahmen eines zusätzlichen Unterrichts an einem Berufskolleg, die Fachhochschulreife zu erlangen.

Teil II Fortbildungsvoraussetzungen § 2 Zulassungskriterien

Voraussetzung für die Zulassung zur Fortbildung ist

- der Nachweis der vor einer (Landes-)Zahnärztekammer als „Zuständige Stelle“ bestandenen Fortbildungsprüfung als „Zahnmedizinische/r Fachassistent/in“ (ZMF)¹⁾ oder als „Zahnmedizinische/r Prophylaxeassistent/in“ (ZMP)²⁾ und einer da-

^{1) 2)} Gem. Beschluss des Vorstandes der Bundeszahnärztekammer zur Koordinierung der Aufstiegsfortbildungen für Zahnarzhelfer/innen vom 05.11.1998

nach mindestens einjährigen entsprechenden beruflichen Tätigkeit oder

- aa) der Nachweis einer mindestens einjährigen beruflichen Tätigkeit als Fachschwester/-pfleger für Zahn- und Mundhygiene
- b) der Kenntnisnachweis gem. Röntgenverordnung (RöV)
- c) der Teilnahmenachweis an einem Kurs „Maßnahmen im Notfall“ (Herz-Lungen-Wiederbelebung mit mindestens 16 Unterrichtsstunden), der zum Zeitpunkt der Anmeldung zur Fortbildung nicht älter als zwei Jahre sein darf und
- d) die erfolgreiche Teilnahme an einer Eignungsprüfung bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz.

§ 2 a Ausländische Vorqualifikation

Auf die Dauer der beruflichen Tätigkeit gem. § 2 Buchst. a) oder § 2 Buchst. aa) sind vergleichbare berufliche Kenntnisse, Fertigkeiten und Handlungsfähigkeiten, die ganz oder teilweise im Ausland erworben worden sind, anzurechnen.

§ 3 Bewerbungsunterlagen

- (1) Die Bewerbung zur Teilnahme an der Fortbildung hat schriftlich nach dem von der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz bestimmten Anmeldeformular unter Beachtung der Anmeldefristen zu erfolgen.
- (2) Dem Bewerbungsantrag sind folgende Unterlagen beizufügen:
 - a) Beglaubigte Fotokopie des Zeugnisses als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r oder als Stomatologische/r Schwester/Pfleger
 - b) Beglaubigte Fotokopie des Zeugnisses als Zahnmedizinische/r Fachassistent/in (ZMF) oder als Zahnmedizinische/r Prophylaxeassistent/in (ZMP) oder
 - bb) Beglaubigte Fotokopie des Zeugnisses als Fachschwester/pfleger für Zahn- und Mundhygiene
 - c) Nachweis über eine mindestens einjährige berufliche Tätigkeit gem. Buchst. b) oder bb)
 - d) Kenntnisnachweis zum Röntgen- und Strahlenschutz gem. RöV
 - e) Teilnahmenachweis an einem Kurs „Maßnahmen im Notfall“ (Herz-Lungen-Wiederbelebung mit mindestens 16 Unterrichtsstunden) gem. § 2 Buchst. c) dieser Ordnung
 - f) Beglaubigte Fotokopie des Abschlusszeugnisses der Berufsschule im Rahmen der Erstausbildung als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r und ggf. der Nachweis der Fachoberschulreife
 - g) Angaben zur Person - Tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über die bisherige(n) Tätigkeit(en)

§ 4 Auswahl der Teilnehmer

- (1) Die Auswahl der Teilnehmer erfolgt nach dem Ergebnis der Eignungsprüfung.
- (2) Über die Zulassung zur Fortbildung entscheidet die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz als „Zuständige Stelle“. Die Bewerber/innen erhalten einen schriftlichen Bescheid.

Teil III Gestaltung und Dauer der Fortbildung

§ 5 Schulungsstätte

- (1) Die Fortbildung wird an der / den von der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz festgelegten Schulungsstätte(n) durchgeführt.
- (2) Der allgemein-qualifizierende Teil der Fortbildung gem. § 1 Absatz 3 dieser Ordnung wird an einem von der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz bestimmten Berufskolleg durchgeführt.

§ 6 Dauer

- (1) Die Fortbildung (theoretischer, vorklinischer und klinischer Bereich) umfasst mindestens 900 Unterrichtsstunden.
- (2) Die Fortbildung wird in Vollzeitform durchgeführt.
- (3) Die Fortbildungszeit ist mehrphasig strukturiert. Sie setzt sich zusammen aus theoretischen Inhalten (mindestens 300 Unterrichtsstunden), vorklinischen Übungen (120 Unterrichtsstunden) und klinisch - praktischen Bestandteilen (Patientenaufklärung und -behandlung) mit 240 Unterrichtsstunden. Zur Vorbereitung und Begleitung der Lerngebiete sind Kursskripte einschließlich konkreter Aufgabenstellungen mit einem Umfang von 90 Unterrichtsstunden zu bearbeiten.
- (4) Die klinische Fortbildungszeit (150 Unterrichtsstunden) sieht das Erlernen der mechanischen Parodontitistherapie in der Abteilung einer Klinik für Diagnostik und Therapie von Parodontalerkrankungen vor, um die theoretischen Lernschritte praxisbezogen umzusetzen.
- (5) Soweit eine Vergleichbarkeit der Fortbildungsinhalte gegeben ist, kann die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz auf schriftlichen Antrag Fortbildungsteile, die bei einer anderen (Landes-)Zahnärztekammer durchgeführt worden sind, anrechnen. Die Entscheidung darüber trifft der zuständige Prüfungsausschuss.

§ 7 Lerngebiete

- (1) Während der Fortbildung werden die gem. Anlage zu diesem Paragrafen für eine qualifizierte Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten auf der Grundlage der dargestellten Lerngebiete vermittelt.
- (2) Im Rahmen der Fortbildung (Vorklinik, Klinik) werden praktische Übungen am Modell, Phantomkopf und Patienten nach entsprechender Anleitung unter Aufsicht durchgeführt.

Teil IV Durchführung der Prüfung

§ 8 Prüfungsgegenstand

- (1) Die Abschlussprüfung erstreckt sich auf die in der Anlage zu § 7 genannten Lerngebiete und richtet sich nach den besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung der fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten zur Dental-Hygienikerin oder zum Dental-Hygieniker (DH) (Teil V, §§ 9-17). Die §§ 1 bis 7 Absatz 1 und Absatz 2, § 10 Absatz 1, §§ 11 bis 12, §§ 15 bis 28 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen für Zahnarzhelfer/innen (Fortbildungsprüfungsordnung) finden entsprechende Anwendung.
- (2) Teilnehmer/innen, die bei einer anderen „Zuständigen Stelle“ an einer Fortbildung erfolgreich teilgenommen haben, die dem inhaltlichen und zeitlichen Curriculum dieser Ordnung entspricht, können sich gegen entsprechenden Nachweis zur Prüfung gem. Absatz 1 anmelden.
- (3) Über die Zulassung zur Prüfung gem. Absatz 2 entscheidet die Landeszahnärztekammer als „Zuständige Stelle“.

Teil V Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung

§ 9 Ziel der Abschlussprüfung und Bezeichnung des Abschlusses

- (1) Zum Nachweis von Kenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrungen, die durch die berufliche Aufstiegsfortbildung der fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten zur Dental-Hygienikerin oder zum Dental-Hygieniker (DH) erworben worden sind, führt die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz als

„Zuständige Stelle“ gem. § 56 BBiG Prüfungen nach den §§ 10-17 dieser Ordnung durch.

- (2) Durch die Prüfung ist festzustellen, ob die Prüfungsteilnehmer/innen die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen besitzen, u.a.
- zur Beurteilung von physiologischen und pathologischen Zusammenhängen in der Mundhöhle und zur befundabhängigen Ausrichtung der eigenen Arbeit
 - zur Erkennung von extra- und intraoralen Veränderungen beim Patienten
 - zur fachlichen Information, Instruktion und Motivation der Patienten über Entstehung und Verhütung oraler Erkrankungen
 - in der instrumentellen Herstellung positiver oralhygienischer Verhältnisse
 - bei den erweiterten, begleitenden Behandlungsmaßnahmen von Gingivitis- und Parodontitispatienten
 - in der Organisation der Arbeitsabläufe im Team und am eigenen Arbeitsplatz
 - in der Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt die Anordnungen zu beachten, den festgelegten Einsatzrahmen nicht zu überschreiten und die Tätigkeiten ordnungsgemäß durchzuführen.
- (3) Die bestandene Prüfung führt zum Abschluss „Dental-Hygienikerin“ oder „Dental-Hygieniker (DH)“.

§ 10 Zulassungsvoraussetzungen

Zur Prüfung ist zuzulassen, wer

- 1.a) eine mit Erfolg vor einer (Landes-) Zahnärztekammer abgelegte Abschlussprüfung als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r
- oder
- 1.b) den Abschluss als Stomatologische/r Schwester / Pfleger
- und
- 2.a) eine mit Erfolg vor einer (Landes-) Zahnärztekammer abgelegte Fortbildungsprüfung als Zahnmedizinische/r Fachassistent/in oder als Zahnmedizinische/r Prophylaxeassistent/in
- oder
- 2.b) die erfolgreiche Absolvierung der Ausbildung zur /zum Fachschwester/pfleger für Zahn- und Mundhygiene
3. die erforderlichen Kenntnisse im Röntgen- und Strahlenschutz gem. RöV
4. die Teilnahme an einem Kurs „Maßnahmen im Notfall“ (Herz-Lungen-Wiederbelebung mit mindestens 16 Unterrichtsstunden)
5. die vollständige Absolvierung der vorgesehenen Fortbildungszeit während des Fortbildungslehrganges nachweist und nach Erfüllung der unter Ziff. 2 Buchst. a) und b) genannten Voraussetzungen eine praktische Tätigkeit von mindestens einem Jahr in einer Zahnarztpraxis nachweisen kann.

§ 11 Inhalt der Prüfung

Die Fortbildungsprüfung erstreckt sich auf die in der Anlage zu § 7 dieser Ordnung festgelegten Lerngebiete.

§ 12 Gliederung der Prüfung

Die Prüfung erstreckt sich auf folgende Prüfungsfächer:

- A Allgemeine und fachspezifische Grundlagen
- B Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- C Patientenaufklärung und -instruktion
- D Patientenbehandlung

Einzelne Prüfungsfächer können zeitlich in ihrer Bearbeitung vorgezogen und bewertet werden.

§ 13 Schriftliche Prüfung

- (1) In den in § 12 genannten Prüfungsfächern A und B ist eine schriftliche Prüfung durchzuführen. Die schriftliche Prüfung besteht aus zwei unter Aufsicht anzufertigenden Arbeiten (Aufsichtsarbeiten).
- (2) Für jede Aufsichtsarbeit stehen zwei bis vier Stunden zur Verfügung. Behinderten Menschen kann die Bearbeitungsdauer verlängert werden.

§ 14 Praktische Prüfung

- (1) In den Fächern C und D gem. § 12 ist eine praktische Prüfung durchzuführen.
- (2) Durch die praktische Prüfung ist festzustellen, ob der Prüfling in der Lage ist, insbesondere Gingivitis- und Parodontitispatienten zur Ausheilung ihrer Erkrankung zu motivieren, den Verlaufszustand der Erkrankung zu dokumentieren, die konservativen Behandlungsschritte und –maßnahmen vorzunehmen und die weitere Therapieplanung unter Berücksichtigung der jeweils gegebenen individuellen Problematik zu organisieren.
- (3) Die praktische Prüfung gem. Absatz 1 ist durch ein Fächer übergreifendes mündliches Prüfungsgespräch zu ergänzen. Dabei wird die Fähigkeit geprüft, ob der Prüfling ein Thema auch in der inhaltlichen Anwendung unterschiedlicher Fachdisziplinen klar erfassen und einwandfrei darstellen kann.
- (4) Die praktische Prüfung am Patienten umfasst folgende Prüfungsinhalte:
1. Präsentation eines Dokumentationspatienten (Parodontitis):
 - Befundaufnahme
 - Motivation
 - Röntgenstatus
 - Fotografische Dokumentation und Detailaufnahmen der speziellen Situation (Zahnstein, Füllungen)
 - Behandlungsentwurf
 2. Präsentation eines Motivationspatienten (Gingivitis):
 - Anfangsbefund
 - Behandlungsplan / Hygieneintensivprogramm
 - Bissflügelaufnahmen
 - Schlussbefund
 - Recall
 3. Behandlung eines neuen Patienten:
 - Befundaufnahme und Behandlungsplanung
 - Orthopantomographie
 - Behandlung eines zugewiesenen Gebietes
 - Fallpräsentation
 - Zahnsteinentfernung / Konkremententfernung
 - Politur
 - Überschussentfernung
 - Rekonturieren und Polieren von Füllungen
 - Motivation
 - Theoretisch-praktische Kenntnisse im Zusammenhang mit der Fallpräsentation
- (5) Die Dauer der praktischen Prüfung gem. Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 3 soll für den einzelnen Prüfling vier Stunden nicht übersteigen.

§ 15 Mündliche Prüfung / Ergänzungsprüfung

- (1) Im Anschluss an die praktische Prüfung wird eine mündliche Prüfung in Form eines freien Prüfungsgesprächs durchgeführt. Sie soll in der Regel dreißig Minuten je Prüfling nicht übersteigen und umfasst alle Prüfungsfächer gem. § 12 A – D.
- (2) Mit Zustimmung des Prüfungsausschusses kann die schriftliche Prüfung in einem der Prüfungsfächer gem. § 12 A – B durch eine mündliche Prüfung ergänzt werden, wenn die begründete Aussicht besteht, dass hierdurch die Prüfung als bestan-

den gewertet werden kann (Ergänzungsprüfung). Die Ergänzungsprüfung soll für den einzelnen Prüfling dreißig Minuten nicht übersteigen und umfasst alle Prüfungsfächer gem. § 12 A – D.

- (3) Die Bewertung der schriftlichen Prüfungsleistung in dem entsprechenden Prüfungsfach und die der mündlichen Ergänzungsprüfung werden zu einer Note zusammengefasst. Dabei wird die Note der schriftlichen Prüfungsleistung doppelt gewichtet.

§ 16 Anrechnung anderer Prüfungsleistungen

- (1) Von der Ablegung der Prüfung in einem oder mehreren Prüfungsfächern gem. § 12 kann der/die Prüfungsteilnehmer/in auf Antrag von der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz freigestellt werden, wenn er/sie vor dem Prüfungsausschuss einer zuständigen Stelle eine Prüfung in den letzten drei Jahren vor Antragstellung bestanden hat, deren Inhalt den Anforderungen des jeweiligen Prüfungsfaches entspricht.
- (2) Eine vollständige Freistellung von der Prüfung ist nicht zulässig.

§ 17 Bestehen der Prüfung

- (1) Die Prüfungsfächer gem. § 12 in Verbindung mit §§ 13 bis 15 werden jeweils einzeln mit einer Endnote bewertet.
- (2) Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Mittel der jeweiligen Endnoten.
- (3) Die Prüfung ist bestanden, wenn der Prüfling in allen Prüfungsfächern eine mindestens ausreichende Leistung erbracht hat.
- (4) Über das Bestehen der Prüfung ist ein Zeugnis auszustellen, aus dem sich die in den einzelnen Prüfungsfächern erzielten Bewertungen und das Gesamtergebnis ergeben müssen.
- (5) Im Falle der Freistellung von der Prüfung in einzelnen Prüfungsfächern gem. § 16 dieser Ordnung sind Ort, Datum sowie die zuständige (Landes-)Zahnärztekammer der anderweitig abgelegten Prüfung anzugeben.

Teil VI Schlussvorschriften und Inkrafttreten

§ 18 Geltungsbereich

- (1) Diese Ordnung gilt für den Bereich der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz.
- (2) Die vor einer anderen (Landes-)Zahnärztekammer als „zuständige Stelle“ gem. § 56 BBiG absolvierten Prüfungen werden anerkannt, soweit sie nach einer dieser Ordnung entsprechenden Fortbildungs-/Prüfungsordnung abgelegt worden sind.

§ 19 Geschlechtsspezifische Bezeichnung

Alle personenbezogenen Begriffe dieser Ordnung werden im jeweiligen Einzelfall im amtlichen Sprachgebrauch in ihrer geschlechtsspezifischen Bezeichnung verwendet.

§ 20 Inkrafttreten

Diese Ordnung wurde gem. § 54 in Verbindung mit § 47 Absatz 1 BBiG mit Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz vom 5. Dezember 2007 genehmigt und tritt mit ihrer Veröffentlichung in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ der Bundeszahnärztekammer e.V. in Kraft.

Anlage zu § 7 Fortbildungsordnung für die Durchführung der beruflichen Aufstiegsfortbildung der fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten zur Dental-Hygienikerin oder zum Dental-Hygieniker (DH)

I. Theorie

1. Allgemeine Grundlagen Medizinisch

- Anatomie / Histologie / Physiologie
 - ⇒ Blut – Lymphkreislauf
 - ⇒ Aufbau und Funktionen der endokrinen Organe und der Lunge
 - ⇒ Aufbau und Funktion der Verdauungsorgane
 - ⇒ Verlauf und Funktion der Kau- und Gesichtsmuskeln
 - ⇒ Aufbau und Funktion des Kiefergelenkes
 - ⇒ Aufbau und Funktion des Nervensystems
 - ⇒ Allgemeine Zell- und Gewebekunde
- Mikrobiologie / Hygiene
 - ⇒ Epidemiologische Begriffsabgrenzungen
 - ⇒ Bakterien und deren Stoffwechselleistungen
 - ⇒ Mikroorganismen als Krankheitserreger
 - ⇒ Möglichkeiten zur Prophylaxe von Infektionserkrankungen
 - ⇒ Evolution und Genetik

Naturwissenschaftlich

- Anorganische Chemie und deren Bezug zu Stoffwechselabläufen im Körper
 - ⇒ Aufbau und Eigenschaften der Stoffe
 - ⇒ Bildung von Verbindungen
 - ⇒ Grundprinzipien von Lösungen und Gemischen
 - ⇒ Prinzip des Säure-Basen-Systems
- Organische Chemie und deren Bezug zu Stoffwechselabläufen im Körper
 - ⇒ Aufbau und Abbau von Kohlenhydraten
 - ⇒ Aufbau von Proteinen und Fetten

2. Fachspezifische Grundlagen

Medizinischer Bereich

- Allgemeine Pathologie
 - ⇒ Stoffwechselstörungen
 - ⇒ Störungen des Kreislaufes
 - ⇒ Entzündung und Wundheilung
 - ⇒ Einteilung und Beurteilung der Malignität und der Tumorstadien
- Orale Manifestationen von Allgemeinerkrankungen und deren Pathophysiologie
- Pharmakologie
 - ⇒ Definition und Abgrenzung
 - ⇒ Wirkungsmechanismen und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten
 - ⇒ Einfluss von Medikamenten bei Risikopatienten

• Dermatologie

- ⇒ Hautveränderungen
- ⇒ Schleimhautmanifestationen / intraorale Manifestationen von Erkrankungen des allergischen Formenkreises mit Schwerpunkt Schleimhäute

Zahnmedizinischer Bereich

- Ätiologie und Pathogenese der Parodontopathien
 - ⇒ Epidemiologie der parodontologischen Erkrankungen
 - ⇒ Definition Epidemiologie

- ⇒ Ausbreitung der Parodontopathien
 - ⇒ Pathogenese der Parodontopathien
 - ⇒ Verwendung und Wirkungsweise von Antibiotika in der parodontologischen Therapie
 - ⇒ Analyse und Umsetzung der Behandlungsplanung im Kontext der verschiedenen Parodontopathien
 - ⇒ Chirurgische und nichtchirurgische Therapieverfahren
 - ⇒ Regeneration / Reparatur
 - ⇒ Erhaltungsmaßnahmen in der parodontologischen Therapie
- Orale Histologie und Pathologie
 - ⇒ Pathologische Veränderungen der intraoralen Hart- und Weichgewebe
 - ⇒ Pigmentierungen und regressive Veränderungen
 - ⇒ Entzündungsprozesse, Zysten und Präkanzerosen
 - Orale Präventivmedizin / Kariologie
 - ⇒ Aufbau des Zahnes (chemisch, physikalisch)
 - ⇒ Mineralisation der Hartschicht
 - ⇒ Karies und Kariesepidemiologie
 - ⇒ Kariesstudien
 - ⇒ Karies und Ernährung
 - ⇒ Chemisch-physikalische Schmelzauflösungsvorgänge
 - ⇒ Mikrobielle Zahnbeläge
 - ⇒ Funktion der Mundflüssigkeit, des Speichels und des Sulcusfluids
 - ⇒ Telemetrie
 - Röntgenologie
 - ⇒ Allgemeine Interpretation von Röntgenbildern sowie Differenzierung der Haupt- und Nebenbefunde
 - Ernährungslehre
 - ⇒ Zahngesunde Ernährung
 - ⇒ Zuckerersatzstoffe und Zuckeraustauschstoffe
 - ⇒ Ernährungsanamnese und -beratung
 - ⇒ Spezielle Ernährungshinweise (Schwangere, Stillende, Klein- und Schulkinder, Senioren, Patienten, die sich diätetisch ernähren müssen, Patienten mit schlechtem Kauvermögen)
3. Interdisziplinärer Bereich
- Psychologie und Pädagogik / Zielgruppenspezifische Patientenführung
 - ⇒ Patientenführung und Motivation bei Problempatienten
 - ⇒ Mitarbeiterführung
 - ⇒ Stress- und Konfliktbewältigung
 - Rhetorik
 - ⇒ Grundregeln der Sprech- und Redetechnik
 - ⇒ Abbau von Redehemmungen
 - ⇒ Fähigkeit zur Moderation
 - Ergonomie
 - ⇒ Arbeitssystematik
 - ⇒ Arbeitssicherheit
 - Fachliteratur
 - ⇒ Lesen einfacher wissenschaftlicher Abhandlungen und Untersuchungen
 - ⇒ Statistische Grundlagen
 - Kolloquien und Repetitorium
 - ⇒ Erkennen und Analysieren fachlicher Interdependenzen
 - ⇒ Selbständige Wissensvertiefung der Theorieanteile
- Administration
 - ⇒ Überwachung der Therapieplanung nach vorheriger zahnärztlicher Diagnostik unter Berücksichtigung der individuellen Problematik
 - ⇒ Organisation des Recalls
 - Rechtsgrundlagen für den Einsatz der/des Dental-Hygieniker/in auch im Rahmen europäischer Entwicklungen
- II. Praxis
1. Patientenaufklärung
- Herbeiführen einer Verhaltensänderung bezüglich Verbesserung der Mundhygiene durch
- Aufklärung über Ursache und Verlauf von Karies und parodontalen Erkrankungen
 - Erstellen von zielgruppenorientierten Mundhygieneplänen
 - Anleitung und Überwachung der Anwendung individueller Mundhygienehilfsmittel und -methoden
 - Ernährungsberatung im Zusammenhang mit der Entstehung von Karies und anderen Zahnhartsubstanzdestruktionen, individuelle Diät, Ernährungspläne
 - Anleitung für das Verhalten nach operativen Eingriffen in der Mundhöhle und prothetischen Maßnahmen
 - Unterweisung in der Pflege von Prothesen und kieferorthopädischen Apparaten
 - Aufklärung des Patienten über Ziele, Wirkung und Notwendigkeit einer Parodontal-Therapie
 - Anwendung elementarer Kenntnisse der Lern- und Sozialpsychologie
 - Selbständiger Aufbau sowie Organisation des individuellen Recall-Systems
2. Patientenbehandlung³⁾
- Instrumenten-, Material- und Apparatekunde, Aufschleifen von Parodontalinstrumenten
 - Zahn- und Wurzelmorphologie
 - Einsatz von Instrumenten bei der Entfernung harter und weicher Beläge von Zähnen und Zahnwurzeln
 - Bereitstellung und Instandhaltung des Instrumentariums
 - Nachsorge und erhaltungsfördernde Maßnahmen für Implantate und prothetische Rekonstruktionen
 - Planung der Patientennachsorge
 - Fotografische Dokumentation
 - Herstellung von Röntgenaufnahmen
 - Interpretation von Röntgenbildern zur Erkennung von krankhaften Veränderungen an Zahn und Parodont
 - Herstellung von Schienen als Medikamententräger
 - Befunderhebung, Dokumentation und Evaluation
 - ⇒ Mitarbeit bei der Untersuchung und Befundung des oralen Systems
 - ⇒ Aufnahme von Plaque- und Blutungsindices
 - ⇒ Messen der Sondierungstiefen
 - ⇒ Registrierung von Furkationsbefall, Zahnbeweglichkeit und Rezessionen
 - ⇒ Aufnahme des dentalen Befundes
 - ⇒ Sondierung von Zahnstein
 - ⇒ Erfassung von Plaque-Retentionsstellen
 - ⇒ Testverfahren zur Bestimmung des Karies- und Parodontitisrisikos
- Herstellung der Hygienefähigkeit der Mundhöhle
 - ⇒ Entfernung überstehender Füllungsrande
 - ⇒ Rekonturieren und Polieren der Füllungen
- 3) Theoretische Grundlagen, praktische Arbeit am Phantomkopf sowie gegenseitig und am Patienten

- Fluoridierungsmaßnahmen lokal und systemisch
- Erstellen eines individuellen Behandlungsplanes und Prophylaxeprogrammes
- Analyse von Befunden in Korrespondenz mit dem Zahnarzt
 - ⇒ Kompetenzabgrenzung
 - ⇒ Befundorientiertes Arbeiten (Fähigkeit, die eigene Arbeit befundabhängig auszurichten und zu kontrollieren)
- Behandlung
 - ⇒ Motivation und Instruktion (Patientenführung)
 - ⇒ Vorbereitung für die Lokalanästhesie durch den Zahnarzt
 - ⇒ Subgingivales Scaling/Wurzelglätten
 - ⇒ Anlegen und Entfernen von Verbänden
 - ⇒ Mitarbeit bei der postoperativen Nachsorge (Nahtentfernung)
- Betreuung spezieller Patientengruppen
 - ⇒ Risikopatienten
 - ⇒ Behinderte
 - ⇒ Ältere Patienten
 - ⇒ Kinder

Identifizierung

Fund einer Wasserleiche (Torso):

Am 25. 07. 2007 wurde am rechten Rheinufer in 47139 Duisburg-Beeckerwerth – Rheinkilometer 782,5 – der unbekleidete Torso einer männlichen Wasserleiche aufgefunden. Das vorgefundene Leichenteil wies einen fortgeschrittenen Grad der Verwesung auf. Hinweise auf einen zu Lebzeiten getragenen Vollbart liegen vor. Die vermutete Wasserliegezeit beträgt mehrere Wochen. Die durchgeführte Obduktion ergab keine fassbare Todesursache.

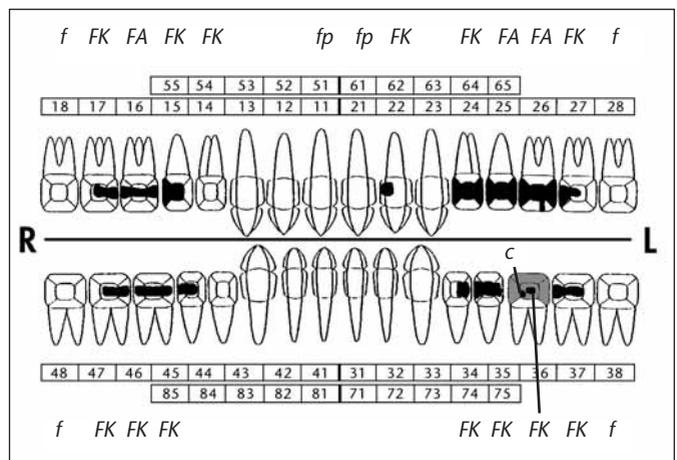
- Wurzelfüllungen der Zähne 14 und 36
- Weisheitszähne 18, 28, 38 und 48 fehlen
- Zahn 11: vermutlich ante-mortales Fehlen der vestibulären Knochenwand
- „Zusammengesetzte“, d.h. „zweizeitige“ Füllungen der Zähne 15 und 46
- Kein Zahnstein, keine Konkremente, kein horizontaler Knochenabbau
- Möglicherweise zu Lebzeiten kieferorthopädisch reguliertes Gebiss

Zahnärztliche Besonderheiten:

- Amalgamfüllungen der Zähne 16, 25 und 26
- Kunststofffüllungen der Zähne 17, 15, 14, 22, 24, 27, 34, 35, 36, 37, 45, 46 und 47

Die Kriminalpolizei bittet um Mithilfe bei folgenden Fragen:

Wer kennt eine männliche Person, ca. 20 bis 40 Jahre alt, auf die die spärliche Beschreibung in



f = fehlender Zahn; fp = fehlender Zahn, postmortal; c = Karies
FK = Kunststofffüllung; FA = Amalgamfüllung



Verbindung mit den vorliegenden zahnärztlichen Besonderheiten zutreffen könnte?

Sachdienliche Hinweise werden erbeten an:

Polizeipräsidium Duisburg
 Direktion K / KK 11
 Herr KOK Thielkes
 Düsseldorfer Str. 161-163
 47053 Duisburg
 Tel.: 0203 / 280-4114
 e-mail: michael.thielkes@polizei.nrw.de

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; E-Mail: e.maibach-nagel@zm-online.de
Gabriele Prchala, M. A.,
Chefin vom Dienst (Politik, Zahnärzte,
Leserservice), pr; E-Mail: g.prchala@zm-online.de
Susanne Priehn-Küpper, Assessorin d. L. (Wissenschaft,
Dentalmarkt), sp; E-Mail: s.priehn-kuepper@zm-online.de
Marion Pitzken, M. A., (Praxismanagement,
Finanzen, Recht) pit; E-Mail: m.pitzken@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV,
Technik, zm-online/newsletter), ck; E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Volontärin: Janine Reichert, E-Mail: j.reichert@zm-online.de

Layout:

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

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete 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.



LA-DENT
geprüft 2007

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 Zeitschriftenverlag:

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
Tel.: (0 30) 88 68 28 73, Fax: (0 30) 88 68 28 74
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Mitte/Südwest: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: (0 61 29) 14 14, Fax: (0 61 29) 17 75
E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Süd: Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: (0 72 21) 99 64 12, Fax: (0 72 21) 99 64 14
E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

International Business Development: Marianne Steinbeck
Badstraße 5, 83714 Miesbach – Germany
Tel.: +49 (0) 80 25 / 57 85, Fax: +49 (0) 80 25 / 55 83
Mobil: +49 (0) 172 / 8 24 11 25
E-Mail: marianne.steinbeck@aerzteverlag.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. 50, gültig ab 1. 1. 2008.

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2007:

Druckauflage: 81 767 Ex.

Verbreitete Auflage: 80 516 Ex.

98. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Schmidt will mehr Studienplätze

Leichter Einstieg in Medizinberufe

Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat einen leichteren Start junger Leute in den Medizinerberuf gefordert. Momentan kämen auf einen

Studienplatz vier Bewerber, monierte die Ministerin vor Journalisten. Kritisch äußerte sie sich auch zur ärztlichen Vorprüfung und zum Numerus clausus.

Schmidt sprach sich außerdem für die weitere finanzielle Förderung von Weiterbildungsstellen in Arztpraxen durch die Kassen aus.

Die Ministerin reagierte auf ein Thesenpapier der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Danach werden im Jahr 2020 im Vergleich zu 2000 rund 15 000 zusätzliche Hausärzte für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung der älter werdenden Bevölkerung benötigt. ck/ÄZ



Foto: stockdisc

G-BA zu Kindesmisshandlung

Screening ist der falsche Weg

Im Kampf gegen Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern ist nach Ansicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) ein ärztliches Screening der falsche Weg. Dafür fehle die wissenschaftliche Basis, sagte der GBA-Vorsitzende Rainer Hess der

„Financial Times Deutschland“. In den zuletzt bekannt gewordenen Fällen waren die Behörden laut Hess bereits über die Familienumstände informiert. Zusätzliche Untersuchungen beim Kinderarzt hätten dabei keinen Nutzen gebracht. ck/pm

GKV

Schuldenfreiheit

Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) setzt weiterhin auf Schuldenfreiheit statt Beitragssenkung bei den Krankenkassen. Die 8,5 Milliarden Euro Schulden aus dem Jahr 2004 seien zwar mittlerweile abgebaut, sagte Schmidt in der ARD. Doch es sei notwendig, dass die Beiträge wieder voll in die Versorgung fließen. „Wir möchten, dass alle Kassen entschuldet sind“, sagte die Ministerin. pit/pm

Zu zm 1/2008, Seite 82 ff

Korrektur

Hier eine Korrektur zum Bericht „Eine beispielgebende Geschichte“ in zm 1/2008: Das von Priv. Doz. Dr. med. habil. Uwe S. Peter anlässlich des 57. Jahreskongresses der DGZMK in Rostock herausgegebene kleine Buch trägt den vollständigen Titel „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in fünf politischen Systemen – 100 Jahre Kieferchirurgie in Rostock“. zm

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. 3**
 2008

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- E. Krause: Makroglossie (S. 44) Literaturliste
- O. Driemel: Risikoläsionen, Teile 1 bis 3 (S. 52) Literaturliste

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

Amalgam-Einschränkung in Skandinavien

EU-Konsultationsprozess hat begonnen

Nachdem in Norwegen, Dänemark und Schweden die Einschränkung der Verwendung von Amalgam angekündigt wurde, wird nun auf EU-Ebene die fachliche Beratung zu diesem Sachverhalt fortgeführt. Die Kommission hat den Konsultationsprozess zu zwei wissenschaftlichen Gutachten eingeleitet, die bis zum 22. Februar 2008 laufen sollen. Die beiden

dinavien spielen vornehmlich Umweltaspekte eine Rolle.

Der CED werde die Entwicklungen genau verfolgen, hieß es dazu aus Brüssel. Es müsse deutlich gemacht werden, dass insbesondere in den skandinavischen Ländern präventive Maßnahmen in der Zahnheilkunde eine lange Tradition hätten, mit dem Ergebnis, dass dort Amalgam-Alternativen im Einsatz

höchst geeignet seien. In vielen anderen europäischen Ländern hätten Einschränkungen jedoch erhebliche Auswirkungen auf eine angemessene zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung. Auf EU-Ebene werde es deshalb

darauf ankommen, diese Botschaft den Mitgliedern des Europäischen Parlaments zu vermitteln, die bereits 2006 EU-weite Einschränkungen der Verwendung von Amalgam gefordert hatten. pr/CED

Bundesanzeiger

Festzuschüsse für Zahnersatz 2008

Die ab 2008 gültigen Festzuschüsse für Zahnersatz wurden jetzt im Bundesanzeiger veröffentlicht. Details hierzu finden Interessierte im Informationsarchiv des G-BA unter: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/53/>. pit/pm

Deutsche Bank

Insolvenzrisiko bei Zahnärzten höher

Das Insolvenzrisiko bei Zahnarztpraxen ist aufgrund des größeren Investitionsvolumens generell höher als bei Humanmedizineren. Das teilte die Deutsche Bank mit.

Die verschlechterte wirtschaftliche Lage der niedergelassenen Ärzte lässt sich unter anderem aus dem seit Jahren in Westdeutschland gesunkenen ideellen Preis für die Übernahme einer bereits bestehenden Einzelpraxis ableiten“, zitiert der Nachrichtendienst „änd“ das Unternehmen. Der Übernahmepreis sei von 89 000 Euro in 2001/2002 auf 79 000 Euro in 2005/2006 gesunken. Bei einer Neugründung liege das Aufgaberrisiko innerhalb von drei Jahren bei über 50 Prozent.

Generell sei das Insolvenzrisiko bei Zahnarztpraxen aufgrund des größeren Investitionsvolumens höher als bei Humanmedizineren. Das Investitionsvolumen für eine Arztpraxis liege derzeit im Schnitt bei einer Übernahme



Foto: CC

oder Neugründung in etwa gleich hoch und betrage zwischen 200 000 und 250 000 Euro, bei Zahnärzten bei 330 000 Euro. Im Vergleich zu anderen freien Berufen sei das Insolvenzrisiko von Ärzten gering.

Die Deutsche Bank startet ab sofort eine Beratungs- und Produktoffensive für alle geschäftlichen Belange von Medizinern. Im Zuge der Initiative, die sich zunächst an Ärzte und Zahnärzte richtet, will die Deutsche Bank die Zahl ihrer aktuell 30 000 Kunden im Heilberufesegment bis zum Jahr 2010 verdoppeln. ck/pm

10-Milliarden-Loch bei Krankenkassen

Fehlende Rücklagen

Den Krankenkassen fehlen offenbar über 10 Milliarden Euro. Das berichtet die „Bild“-Zeitung. Grund sei laut „Bild“, dass die Kassen für die Pensionen ihrer Mitarbeiter keine Rücklagen gebildet hätten. Allein der AOK fehlten 8,1 Milliarden Euro. Jetzt werde debattiert, wer beim

Start des Gesundheitsfonds dafür gerade stehen muss – dann müssen die Bilanzen ausgeglichen sein. BKK-Chef Wolfgang Schmeinck zur „Bild“: „Diese Altlasten dürfen nicht den anderen Kassen aufgebürdet werden, die rechtzeitig vorgesorgt haben.“ ck/pm



Foto: zm

Gutachten gehen auf die Gesundheitsbeziehungsweise Umweltrisiken von Amalgam ein. Der Council of European Dentists (CED) wird dazu eine ausführliche Stellungnahme abgeben, die von der CED-Arbeitsgruppe „Amalgam“ vorbereitet wird. Die BZÄK ist durch die Experten Prof. Dr. Gottfried Schmalz und Prof. Dr. Georg Meyer vertreten.

Zum Hintergrund: In Norwegen sind am 1. Januar 2008 weitreichende Einschränkungen bei der Verwendung von Amalgam in Kraft getreten. Ähnliches wurde auch in Schweden und Dänemark für die Umsetzung im laufenden Jahr angekündigt. Bei diesen Entscheidungen in Skan-

KV und AOK in Bayern

Internetplattform zur Fehlersuche

Beide Institutionen, KV Bayerns und AOK, haben mit der Internet-Plattform „Gemeinsam gegen die Kultur des Schweigens“ dem Fehlverhalten im Gesundheitswesen den Kampf angesagt. Betrug und Untreue sowie Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen verschlingen jährlich mehrere Millionen Euro, erklären die Initiatoren. Geld, das für die Behandlung der Patienten fehle und ihre Beiträge steigen lasse. Wenige

Täter schädigten viele Opfer. Die AOK Bayern und die KV Bayerns haben gemäß dem gesetzlichen Auftrag nach § 197 a/ § 81 a SGB V jeweils Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet. Jeder Hinweis, der auf der Plattform gemeldet wird, werde geprüft.

Die Adresse im Netz: <http://www.bkms-system.net/bkwebanon/report/clientInfo?cin=by2aokkv&language=ger> pit/pm

Gesundheitsbehörden der Länder warnen

Qualität der Versorgung bedroht

Die Gesundheitsbehörden der Länder gehen davon aus, dass schon bald in vielen Regionen Deutschlands Versorgungslücken drohen. In weiten Teilen des Landes ließen sich Ärztemangel und Unterversorgung unter den bestehenden Bedingungen nicht aufhalten.

Zu diesem Ergebnis kommt nach einem Bericht der „Ärzte Zeitung“ die Arbeitsgemeinschaft

land im Jahr 2020“ schreiben sie, vor allem die Entwicklung bei den Hausärzten gebe Anlass zur Sorge. In dem etwa 50-seitigen Papier skizzieren die Verfasser laut Bericht 17 Thesen dazu, was sich im Jahr 2020 geändert haben muss, um die hausärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten.

Im Juni 2007 hatten die Landesgesundheitsminister die AOLG beauftragt, ein Konzept zu erarbeiten, das „über die bisherigen Schritte zur Stärkung und Flexibilisierung der ärztlichen Versorgung hinausgeht“.

Dies betreffe die jüngste Gesundheitsreform und das neue Vertragsarztrecht. Die Autoren des Papiers sehen Vertragsärzte weiter als Pflichtmitglieder der KVen und sprechen sich für ein verbindliches Primärarztssystem aus.

ck/ÄZ

Ärztepräsident Hoppe

Sterbehelfern droht Anzeige

Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, will persönlich Anzeige erstatten, sobald ein Arzt in Deutschland Sterbehilfe leistet.

„Wir werden das nicht tatenlos beobachten, wir werden dagegen kämpfen“, sagte er der „Rheinischen Post“. Der assistierte Suizid sei mit dem ärztlichen Ethos unvereinbar und verunsichere Patienten zutiefst.

Der Berliner Arzt Uwe-Christian Arnold hatte angekündigt, einem Sterbewilligen Hilfe leisten zu wollen. Der pen-

sionierte Urologe, Mitglied im Vorstand der Sterbehilfeorganisation Dignitate, will laut einer Meldung des Deutschen Ärzteblatts einen Präzedenzfall schaffen, um eine richterliche Entscheidung für Deutschland zu erzwingen.



Foto: PhotoDisc

pit/DÄB

Gutachten zum Morbi-RSA

80 Krankheiten aufgeführt

Der wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt hat sein Gutachten zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) vorgelegt. Darin sind 80 Krankheiten aufgeführt, deren Belastungen nach Auffassung des Beirates künftig im Risikostrukturausgleich Berücksichtigung finden sollen. Mit der Vorlage des Gutachtens sei ein wichtiges Etappenziel auf dem Weg hin zum Gesundheitsfonds erreicht, erklärte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Dr. Rainer Daubenbüchel. Auf der Grundlage der Empfehlung des Beirates und nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen wird das Bundesversicherungsamt bis zum 1. Juli 2008 die Liste der zu berücksichtigenden

Krankheiten endgültig festlegen. Mit dem Start des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 erhalten die Krankenkassen für die ausgewählten Krankheiten Zuschläge, die den durchschnittlichen Versorgungsbedarf ausgleichen, um so eine zielgenaue Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds zu gewährleisten.

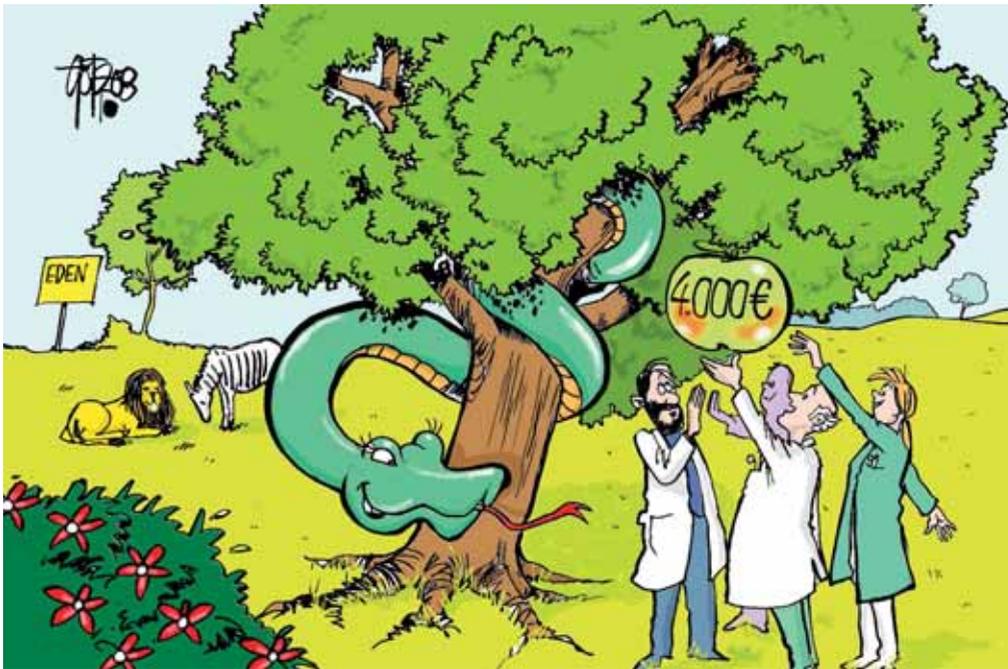
■ Das Gutachten findet sich auf der Homepage des Bundesversicherungsamtes, <http://www.bva.de>, unter Fachinformationen – Risikostrukturausgleich – Weiterentwicklung.



Foto: CC

der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.

In dem Entwurfspapier „Die Primärversorgung in Deutsch-



Teure Versuchung

Ratten-Ausverkauf in Moskau

Das chinesische Jahr der Ratte, das Gutes verheißt, hat in Moskau Zoofachgeschäften zu einem Ausverkauf der Nager geführt. Beobachter befürchten, dass hier ein kurzlebiger Boom langfristige Folgen haben wird. Besonders champagnerfarbene

und blau schimmernde Ratten seien als Neujahresgeschenke echte Renner gewesen, meldete die Agentur Interfax zum Jahreswechsel unter Berufung auf einen Händler. Weil die Ratten vielen Geschäften ausgingen, griffen die Moskauer ersatzweise

bei Mäusen und Hamstern zu. Beobachter kommentierten die Mode-Tierkäufe mit Skepsis; ein Tierarzt äußerte sich besorgt, dass die Besitzer ihre Geschenke einfach auf der Straße aussetzen könnten. Dann hätte Moskau eventuell nicht nur ein „Jahr der Ratte“ sondern eine längere Zeit damit zu tun. pit/dpa

Vom Blitz getroffen

Ein Motorradfahrer in Kroatien hatte ein dringendes Bedürfnis. Doch als er sich am Straßenrand Erleichterung verschaffte, traf ein Blitz sein bestes Stück. „Ich kann mich überhaupt nicht daran erinnern, was geschah“, erzählt der 29-jährige Ante Djindjic einem Bericht der britischen OnlineAgentur Ananova zufolge. Djindjic erlitt leichte Verbrennungen – an seiner Brust und an beiden Armen. „Die Ärzte erzählten mir, dass der Blitz durch meinen Körper fuhr. Ich trug an diesem Tag Gummistiefel, die Erdung habe durch meinen Penis stattgefunden, sagten sie.“ Die Mediziner konnten den jungen Mann jedoch beruhigen: Seine Manneskraft werde durch die hohe elektrische Ladung langfristig nicht beeinträchtigt.

jr/ÄZ

Überraschung

Ein Bräutigam in Bahrain hat in der Hochzeitsnacht überraschend festgestellt, dass seine Frischangetraute ein Mann ist. Die Zeitung „Gulf Daily News“ berichtete, die damals 25 Jahre alte Braut sei sich ihrer sexuellen Identität schon vor der Hochzeit nicht so sicher gewesen. Doch erst ihr Ehemann habe festgestellt, „dass etwas nicht richtig ist“ und sie zur Untersuchung in eine Klinik gebracht. Ergebnis: Er ließ sich scheiden. Seine Ex-Frau versuchte inzwischen auf dem Rechtsweg und durch Operationen, Zweifel anderer an der männlichen Identität auszuräumen, die ihn den Job gekostet hatten und am Flughafen regelmäßig aufhielten, weil er aussehe wie ein Mann, aber laut Pass eine Frau ist. pit/dpa

Kolumne

Gefährliche Glotze

Also, vorausgesetzt, Sie haben welche, gucken Ihre auch so viel Fernsehen? Was? Nein, nicht die Patienten im Wartezimmer, Ihre eigenen Sprösslinge meine ich.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat jetzt ausdrücklich geraten, dem Glotzestarren des „eigen Fleisch und Blut“ ganz strikte Grenzen zu setzen. Falls nicht, werden sie dick und fahrig, meint das BZgA.

Das setze ich um. Meine Nachkommen dürfen ab sofort pro Tag nur noch, na sagen wir mal, eine Stunde ... am Stück! Da bleib ich ganz hart! Das steh ich schon deshalb durch, weil das ganze

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de.**

DsdS, Supernanni, GZSZ und wie das Promizeugs so heißt, ja ohnehin keiner mehr aushält. Zumindest abends, meine ich. Tagsüber bin ich ja nicht zuhause.

Gut, zwischenzeitlich gehe ich auch mal ins Wartezimmer und schau mal ins Patientenfernsehen. Kann ja nicht schaden. Oder ich höre in der Teeküche schnell ins Radio. Und was das Internet so alles bietet, alle Achtung!

Aber zu Hause weht da schon ein anderer Wind. Ich bin ja Vorbild!

Wenn ich abends heimkomme, ist sonnenklar, wer Herr der Fernbedienung ist – solange Frau und Kinder was anderes machen.

Ihr vollkommener Ernst