

Gesundheitsfonds

Rien ne va plus

Periimplantäre
Erkrankungen

Amalgam-Debatte
in Europa

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

Bundeskanzlerin und Bundesgesundheitsministerin haben ihr Ziel klar vor Augen und halten gemeinsam eisern daran fest: Der Einführungstermin für den Gesundheitsfonds steht. Angela Merkel und Ulla Schmidt lassen trotz breiten Widerstands am eigentlichen Herzstück des GKV-WSG nicht rütteln.

Dabei ist der Protest selten so geschlossen wie in dieser Frage. Und besonders bemerkenswert ist, dass dieses Mal fast alle gesetzlichen Krankenkassen gegen den aus ihrer Sicht unausgegorenen Plan der Politik wettern. Unterstützung erhalten sie aus allen Ebenen und Teilen der Republik. Selbst aus den Regierungen verschiedener Bundesländer.

Dabei sind die Motive der Kritiker sehr unterschiedlich. Politiker aus Bayern und Baden-Württemberg protestieren vehement gegen die Abschöpfung ihrer Gesundheitsetat-Pools zugunsten anderer Länder. Die meisten GKVen fordern eine Verschiebung der Einführung und vorab den bundesweiten Modelltest auf Probe. PKVen, Ärzte, Zahnärzte und andere Leistungserbringer entlarven den Fonds als das, was er eigentlich ist: Wegbereiter zu weiterer staatlicher Zentralisierung des Gesundheitswesens. Sie meinen, dass die Folgen zu Lasten der Versorgung und der Patienten gehen.

Dennoch will wohl zurzeit keiner darauf wetten, dass dieser Fonds durch Überzeugungsarbeit und daraus folgenden gesetzlichen Initiativen ausgehebelt werden kann. Und es wäre ja auch nicht das erste Mal,



Foto: CC

■ *Glücksspiel Gesundheitsfonds? Selbst nach Ansicht vieler GKV-Chefs wäre ein kontrolliert im Hintergrund gefahrenes Modellvorhaben ab Januar kommenden Jahres sinnvoller als ein mit hohen Risiken behaftetes „Va Banque“-Spiel der Bundesregierung.*

dass qua Gesetz Dinge ihren Lauf nehmen, die die Fachwelt so sicherlich nicht gutheißen kann.

Ulla Schmidt und ihre Kanzlerin halten jedenfalls unbeirrt an ihren Plänen fest. Ob sich ihre Wege später trennen, erfahren wir wohl erst nach den kommenden Bundestagswahlen. Der Fonds, speziell konstruiert, um die prinzipielle Auseinandersetzung um Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie zu vertagen, lässt für die Zeit nach der großen Koalition die Chancen offen.

Sicherheiten, dass die befürchtete Einheitsversicherung auf GKV-Basis und ein langfristiges Ausbluten oder Einbeziehen der privaten Krankenversicherung, wie es viele Experten befürchten, nicht kommt, gibt es zurzeit wohl so gut wie keine.

Spannend bleibt die Frage, ob sich die Volkspartei der Christdemokraten an ihre Beschlüsse vor der großen Koalition erinnert, falls sie allein oder in anderen politischen Farbkombinationen eines Tages das Geschehen bestimmen sollte.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Titelfoto: Ammon/Aura, Foto: CC

Zum Titel

Ob der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsfonds auf „rot“ oder „schwarz“ setzt, werden die nächsten Bundestagswahlen zeigen. Sicher scheint zurzeit: Der einheitliche GKV-Fonds kommt.

Seite 30

Foto: BÄK



Großereignis der Ärzteschaft – der Deutsche Ärztetag in Ulm transportierte eindeutige Botschaften in die Öffentlichkeit.

Seite 20

Foto: MEY



Die Patientenbeschwerden wegen angeblicher Ärztefehler mehren sich. Das geht aus der Fehlerstatistik der Bundesärztekammer hervor.

Seite 18



Altbauten in neuem Gewand bieten ein ganz besonderes Flair für Praxisräume.

Seite 82



Das Implantat heilt ein, aber das Zahnfleisch spielt verrückt. Periimplantitis und ihre Therapie

Seite 40



Editorial	1	PAR-Behandlung: Medizinische Gründe überwiegen	58
Leitartikel		Veranstaltungen	61
Dr. Dietmar Oesterreich, BZÄK-Vizepräsident, zu Fehlermanagement	6	Finanzen	
Nachrichten	8, 12	Tipps zur Abgeltungssteuer: Schlupflöcher mit Risiko	74
Gastkommentar		Revolving Credit Cards: Schuss kann nach hinten losgehen	78
Klaus Heinemann, freier Journalist, hinterfragt die Berichte zur Kinderarmut	10	Praxismanagement	
Das aktuelle Thema		Trends	80
Ärztefuschi: Mehr Patienten beschwerten sich	18	Umnutzung von Altbauten: Von der Manufaktur zur Dentalklinik	82
Politik und Beruf		Architekturpsychologie: Gesteuerter Mehr-Wert	88
Deutscher Ärztetag in Ulm: Die Rationierung hat schon begonnen	20	Recht	
BZÄK-Klausurtagung: PAR gehört in jede Praxis	24	Angst vor dem Haftungsprozess: Das Damoklesschwert abwenden	90
Aus den Ländern		Urteile	94
Fortbildungstagung ZÄK-SH: Goldene Hochzeit bei Kaiserwetter	28	EDV und Technik	
Titelstory		White Paper zur eGK: Fachchinesisch für Patienten	96
Zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie: Geschiebe um den Gesundheitsfonds	30	Neue Datenschutzempfehlungen: Update für die Sicherheit	98
Zahnmedizin		Internationales	
 Der aktuelle klinische Fall: Infizierte laterale Halszyste	36	Amalgamdiskussion in der EU: Kein Grund zur Besorgnis	100
Periimplantäre Erkrankungen: Prophylaxe, Diagnostik und Therapie	40	EU-Gutachten zu Amalgam: Vom Aufreger weit entfernt	102
Tagung		Die FDI lädt ein: Weltkongress in Stockholm	108
Westerländer Fortbildung	48	Bekanntmachungen	110
Nebenwirkungsformular	49	Neuheiten	114
Medizin		Impressum	121
Schlaganfall: Jedes Risiko zählt	50	Leserservice Kupon	149
Akademisches		Letzte Nachrichten	149
Neues von der Universität: Studenten lernen Implantate setzen	54	Zu guter Letzt	152



Foto: BZÄK

Fehlermanagement – anonym und freiwillig

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Patientensicherheit und Fehlervermeidung im Gesundheitswesen – dieses Thema wird in jüngster Zeit gerade in unseren Medien wieder intensiv diskutiert. Dabei ist das Ganze nicht neu – der Impetus kommt sowohl aus internationalen Organisationen wie auch aus dem Berufsstand selbst heraus und die eigentlichen Wurzeln liegen bei der Luftfahrt: Blickt man beispielsweise zur WHO oder zur OECD, so steht dieses Anliegen dort schon lange auf der Agenda. Der Europäische Rat hatte in 2006 an seine EU-Mitgliedsstaaten eine entsprechende Empfehlung herausgegeben. Die europäische Ärzteschaft formulierte 2002 ein politisches Positionspapier zur Patientensicherheit und zum klinischen Risikomanagement.

Auch in Deutschland ist die Debatte in vollem Gange (siehe Titelgeschichte zm 5/2008), nicht zuletzt öffentlichkeitswirksam angekurbelt durch die Initiativen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Hier arbeiten mit Unterstützung durch Ulla Schmidt wesentliche Akteure und Verantwortungsträger mit dem Ziel zusammen, die Sicherheit der Gesundheitsversorgung durch konkrete Maßnahmen zu erhöhen. Die Ärzteschaft hat mit ihrem Forum Patientensicherheit umfangreiche Maßnahmen

zum Thema etabliert. Prominente Ärzte haben sich geoutet, indem sie in Veröffentlichungen eigene Behandlungsfehler zugaben. Internet-Plattformen wie www.jeder-fehler-zaehlt.de der Hausärzte oder das CIRSMedical (Critical Incident Reporting System) von BÄK, KBV und ÄZQ schaffen Foren, in denen sich Ärzte freiwillig und anonym über Fehler austauschen.

So weit – so gut. Der ärztliche Sektor ist intensiv mit dem Thema befasst – Zeit auch für eine zahnärztliche Standortbestimmung. Nun müssen wir Zahnärzte das Rad nicht neu erfinden, spielen doch Patientensicherheit und Risikomanagement in unserem Praxisalltag eine tragende Rolle. Zwar geht es bei uns nicht – wie oft bei den Ärzten – spektakulär um Leben und Tod, aber ein Null-Risiko bei der Gesundheitsversorgung ist nun mal per se nicht möglich und gibt es auch bei uns nicht. Von der Diagnose, der Praxisausstattung, der Infektionskontrolle, der Patientenkommunikation bis hin zum Abfallmanagement – der Prävention von Fehlern kommt eine große Bedeutung zu.

Es ist aber nicht nur der einzelne Zahnarzt in der Praxis, sondern auch der gesamte Berufsstand gefordert. Es gilt, nach einer sauberen Standortbestimmung die Diskussionen zielgerichtet zu führen, um dann entsprechende Handlungsstränge daraus abzu-

leiten. Das betrifft das Qualitätsmanagement in der Praxis genauso wie Aspekte der Qualitätssicherung oder der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Wichtig ist, dass auch im zahnärztlichen Bereich eine Fehlerkultur herrscht, die keinem Zwang und keinen Sanktionen von außen unterliegt, sondern in Eigenregie und auf freiwilliger Basis, frei vom Zugriff Dritter, frei von Haftungsdiskussionen, anonym und unbürokratisch erfolgt. Es geht um Ursachenforschung statt Schuldzuweisung: Wir müssen Fehlern ursächlich auf den Grund gehen, noch bevor ein Patient davon Schaden nehmen kann. Gerade weil unsere Medizin so komplex geworden ist, müssen wir uns dafür einsetzen, dass eine systematische Aufarbeitung von Fehlern im Sinne einer Vermeidungskultur erfolgt.

Ein gut funktionierendes Fehlermanagement kann nur aus dem Berufsstand heraus entwickelt werden. Wir müssen in dieser Hinsicht unsere bisherigen Aktivitäten einordnen, bündeln und – zum Beispiel in Modellprojekten zu einem Fehlerberichtssystem – weiterentwickeln. Auch auf europäischer Ebene ist der Berufsstand sensibilisiert. So hat der Council of European Dentists CED auf seiner letzten Sitzung in Portoroz eine Resolution zur Patientensicherheit verabschiedet und auch die ERO, europäische Regionalorganisation zur FDI, hat kürzlich intensiv über Risikomanagement beraten.

Wichtig ist Transparenz: Ein offener Umgang mit dem Thema verhilft zur verstärkten Vertrauensbildung und Glaubwürdigkeit – ein Pfund, mit dem wir nicht nur in der Patientenberatung, sondern auch in der Öffentlichkeitsarbeit wuchern können. Hier gilt es, Aufklärung darüber zu betreiben, wie Fehler entstehen können – und wie man sie vermeidet. Das kommt allen zugute: dem Zahnarzt, dem Berufsstand und vor allem dem Patienten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Allseitige Verarmung

Zahlenkolonnen haben für Politiker bekanntlich denselben Zweck wie Laternenpfähle für Betrunkene: Man kann sich daran festhalten. Damit ist indes kein Problem gelöst. Im Gegenteil erhebt sich erst dann die entscheidende Frage, in welche Richtung man sich fortbewegen soll. Nehmen wir das aktuelle Beispiel „drohender“ Kinderarmut. Aus einem einschlägigen Bericht im Auftrag der Bundesregierung extrapoliert ein Bundesminister A als Faktum, jedes achte Kind sei „bedroht“. Eine zeitgleich vorgelegte Studie eines Instituts verleitet eine Bundesministerin B gar zu der Behauptung, jedes sechste Kind befinde sich in prekärer Lebens- und Familiensituation. Müssen folglich also bereits hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise erhebliche Bedenken angemeldet werden, so ist mit Blick auf die aus diesen „Fakten“ abgeleiteten Konsequenzen und Handlungsaufträge äußerste Skepsis angebracht. Von der Definition des Armutsbegriffs als solchem einmal ganz zu schweigen.

Wenn dem wirklich so ist, dass in unserer im Grundsatz nicht eben armen Gesellschaft gewisse Gruppen nicht Schritt halten können, so muss es doch wohl Aufgabe der Politik sein, genau hinzuschauen, wo die Ursachen liegen. Das Unvermögen zielgenauer Diagnosestellung offenbart sich bereits signifikant an einem Vorgang auf lokaler politischer Ebene. Wenn die Umsetzung der Offenen Ganztagschule in einer Kommune daran zu scheitern droht, dass ein erheblicher Teil der Eltern behauptet, das Geld für das Mittagessen der Kinder nicht aufbringen zu können, so wird nicht etwa nachgeforscht, worin das finanzielle Unvermögen der Eltern seine Ursache hat.

Nein, man beschreitet den allfälligen Weg über eine pauschale Alimentierung dieser Eltern aus allgemeinen Steuermitteln. Und so läuft es auch auf hoher politischer Ebene. Die in heftige öffentliche Erregung versetzte sogenannte öffentliche Meinung ist sich allzu schnell einig, welche Rezepte zur Behebung – oder besser gesagt zur Abwehr – drohender Kinderarmut taugen: Noch mehr Geld in die staatliche Umverteilungsmaschinerie, die ohnehin nur läuft, wenn sie stets mit neuen Milliarden geschmiert wird. Das heißt also, mehr Kindergeld und höhere Sätze für Empfänger von Hartz-IV-Leistungen. Die Tatsache, dass das Kindergeld erst 2002 deutlich erhöht wor-

deten Facharbeiters nahezu geschlossen hat.

Nehmt den Reichen, gebt den Armen, lautet das ebenso reflexartige wie populistische Motto der politischen Umverteiler aller Couleur. Doch wer sind „die Reichen“? Wer genau hinschaut, weiß doch, dass bereits jetzt die kleinen und mittleren Betriebe und Gewerbetreibenden, die Facharbeiter und Angestellten in gehobenen Positionen schwer unter der Steuer- und Abgabenlast stöhnen.

Eine noch drückendere Last würde Arbeitsplätze vernichten und den Leistungswillen knicken. Oder aber den Trend zur Auswanderung der Besten (gegenwärtig zirka 150 000 pro Jahr) deutlich verstärken. Auswanderer übrigens, deren akademische Ausbildung der deutsche Steuerzahler mit hohen Steuergeldern finanziert hat. Da aus den einschlägigen Armutsberichten zugleich hervorgeht, wo die eigentliche Ursache für Armut liegt, muss hier angesetzt werden. Die Wurzel allen Übels ist die mangelnde Bildung der betroffenen Schichten.

Und dieses Defizit ist vornehmlich in Ausländerfamilien konzentriert. Keine Sprachkenntnis, kein Schulabschluss, kein Job, reine Transferkarriere. Diese Abwärtsspirale gilt es zu durchbrechen, indem rigoros ganz vorne, eben bei der Sprache – und damit der Bereitschaft zur Eingliederung in unser Gesellschaftssystem – angesetzt wird.



Nahezu jede Woche wird eine neue Armuts-Schimäre durch die deutsche Öffentlichkeit getrieben. Gestern war es die Altersarmut, heute ist es die Kinderarmut, morgen soll es die Wohnungsarmut sein. Politiker jonglieren bemüht mit Statistiken, um beabsichtigten gesetzgeberischen Torheiten den Anstrich einer gewissen Seriosität zu verleihen.

Klaus Heinemann
Freier Journalist

den ist, sich trotz der erheblich ausgeweiteten Finanztransfers die Lage rein statistisch eher verschlechtert hat, zeigt doch, dass dies ein Irrweg ist. Des Weiteren ist bereits jetzt erkennbar, dass sich die Schere zwischen den Nettobezügen eines verheirateten Hartz-IV-Beziehers mit zwei Kindern und denen eines gleichgestellten gut ausgebil-



Foto: CC

Privatversicherer feiern Teilerfolg

Bindungsfrist für Basistarif

Im PKV-Streit über die künftigen Wechselmöglichkeiten der Versicherten hat die PKV-Verbands-spitze einen Teilerfolg errungen. Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, des Finanzministeriums und der Finanzaufsicht BaFin wollen den künftigen Basistarif der Branche mit einer zweijährigen Bindungsfrist versehen. Die Ministerien hätten sich auf die zweijährige Karenzzeit festgelegt, bestätigte der Sprecher des Gesundheitsministeriums Klaus Vater. Festgelegt

würde die neue Sperrfrist in der Kalkulationsverordnung, die für Unternehmen bindend ist.

Die Entscheidung entzieht der Abwerbeschlicht zwischen PKV-Unternehmen den Boden. Wie die Financial Times Deutschland (FTD) berichtet, dürfen ab 2009 alle neuen PKV-Kunden die angesparten Alterungsrückstellungen teilweise mitnehmen, wenn sie zu einem anderen Anbieter gehen. Bis dahin gehen die Rückstellungen bei einem Wechsel der Assekuranz verloren; Altkunden können nur während des ersten Halbjahrs 2009 davon profitieren, wenn sie in den Basistarif gehen. Diesen Zeitraum wollten einige Versicherer nutzen, um Kunden der Konkurrenz abzuwerben: Der Basistarif wäre dann nur ein Sprungbrett in einen attraktiveren Tarif. Die zweijährige Bindungsfrist vereitelt dies. pit/ck/pm



Foto: MEV/stockdisc

Mitwirkung an Gesetzentwürfen

Lobbyisten unterstützen Ministerien

Lobbyisten waren an etlichen Gesetzentwürfen der Bundesregierung beteiligt. Dies zeigt der Berliner Zeitung zufolge eine Aufstellung des Bundesinnenministeriums. Mitarbeiter von Unternehmen und Verbänden wirkten danach in den vergangenen fünf Jahren an der Ausarbeitung von 30 Gesetzen mit.

Laut einer Liste vom 15. Mai arbeiten im BMG jeweils ein Mitarbeiter der KBV, der AOK und des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen an der GKV-Reform, mit der 2003 die Praxisgebühr eingeführt und die Zuzahlung der Versicherten zu Medikamenten geändert wurde. Das

Ministerium vermerke dem Bericht zufolge allerdings, dass sich die externe Unterstützung auf Fragen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kapriziert hätte. Hilfe von außen habe es auch im Bundesjustizministerium und im Bundesfinanzministerium gegeben. Die Liste hatte der Grüne Volker Beck angefragt, Anlass war ein entsprechender Bericht aus dem Bundesrechnungshof. Beck warf der Regierung vor, das Parlament in der Vergangenheit wahrheitswidrig unterrichtet zu haben und forderte, die gegenwärtige Praxis zu beenden. ck/pm

KV-Umfrage zu Rabattverträgen

Ärzte wollen mehr Transparenz

Mehr Transparenz verlangen die Ärzte von Krankenkassen bei den Rabattverträgen. Das ergab eine Umfrage der KV Nordrhein bei 1 050 Niedergelassenen.

Vor allem zwei Probleme sehen die Befragten dem Deutschen Ärzteblatt zufolge: Patienten reagierten mit Verunsicherung auf den Austausch von Medikamenten durch den Apotheker. Jeder dritte Arzt beklagte, dass die Rabattverträge bei mehr als der Hälfte der Patienten die Compliance beeinflussten. Zweitens könnten Mediziner nicht länger allein die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Verordnungen übernehmen. „Bei einer sinnvollen Fortführung der Rabattverträge müssten die Krankenkassen, um die Arzneimittelsicherheit zu verbessern, die Versicherten besser über diese Ver-



Foto: stockdisc

träge informieren“, sagte KV-Chef Leonhard Hansen.

Apotheker sind verpflichtet, die jeweils von Rabattverträgen betroffenen Medikamente abzugeben, sofern der verordnende Arzt einen Ersatz des Präparats nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat, berichtet das Blatt. In der Regel würden weder Ärzte noch Patienten über die Inhalte der Verträge unterrichtet. jr/DÄ

Bayerns Hausärzte

Ausstiegsaktion weiter verlängern

Der Vorsitzende des Bayerischen Hausärztesverbandes, Wolfgang Hoppenthaller, will trotz geringer Resonanz der Mediziner weiter für einen Ausstieg aus dem KV-System werben und die Frist noch einmal bis 2009 ausdehnen.

In drei der sieben bayerischen Regierungsbezirke hätten bislang gut 50 Prozent der Hausärzte eine Verpflichtungserklärung abgegeben, sagte Hoppenthaller. Die bayernweite Quote von 70 Prozent, ab der der Verband mit dem kollektiven Ausstieg aus dem KV-System ernst machen wollte, sei aber nicht erreicht, räumte er ein.

Der Hausärzteverband hatte Ende Januar bei einer Großveranstaltung in Nürnberg die Allgemeinmediziner aufgefordert, sich bis Mitte März zu verpflichten, ihre Zulassung als Kassenarzt zurückzugeben. Diese erste Frist hat der Verband zunächst bis Ende Juni verlängert. Jetzt will Hoppenthaller die Frist noch einmal ausweiten: Spätestens im ersten Halbjahr 2009 würden die Honorare in Bayern wegen der Gesundheitsreform drastisch absinken. „Dann gehen die Lichter aus, und die Hausärzte haben gar keine andere Möglichkeit, als auszusteigen.“ ck/dpa

Zahlen der Krankenkassen

GKV-Finanzentwicklung



Foto: EyeWire

Nach vorläufigen Finanzergebnissen des ersten Quartals 2008 verbuchten die gesetzlichen Krankenkassen Einnahmen von rund 37,94 Milliarden Euro und Ausgaben von 39,01 Milliarden Euro – mit minus 1,07 Milliarden Euro ein jahreszeitlich durchaus übliches Defizit, meint das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Im vergangenen Jahr verbuchten die Krankenkassen im 1. Quartal ein Defizit von rund 0,7 Milliarden Euro, für das Gesamtjahr einen Einnahmenüberschuss von 1,73 Milliarden Euro. Vor diesem Hintergrund seien, so das BMG, auch für 2008 die

Voraussetzungen dafür gegeben, dass die GKV – nach Überschüssen in den letzten vier Jahren – ein annähernd ausgeglichenes Finanzergebnis erzielen könne.

Bei den deutlich steigenden Beitragseinnahmen spiegele sich die positive Einkommensentwicklung bei den Arbeitnehmern wider. Einzelne Ausgabenbereiche – insbesondere bei Arzneimitteln – böten Anlass zur Sorge. Hier sieht das BMG alle Akteure, von den Kassen bis zu den Ärzten, gefordert, ihre Verantwortung für wirtschaftliche Verordnungen stärker als bisher wahrzunehmen. pit/pm

Kommentar

Übliches Zahlenspiel

Es ist Routine. Das Bundesgesundheitsministerium rechnet vor: Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im ersten Quartal, einem Teil der Großbaustelle Gesundheitsreform. Als „jahreszeitlich durchaus übliches Defizit“ verbucht das Ministerium das Minus von 1,07 Millionen Euro. Die Einnahmen decken mal wieder nicht die Ausgaben. Aus gutem Grund, weiß das BMG: Die Kassen zahlen mehr für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte – und für ambulante ärztliche Behandlung. Letzteres zeige sogar, dass sich die Honorarsituation der Ärzte bereits aktuell deutlich verbessert habe, meint das Ministerium. Und verspricht im gleichen Atemzug: Die wirtschaftliche Situation in den Praxen werde sich, Honorarreform und GKV-WSG sei dank, auch im kommenden Jahr deutlich verbessern. Gleichwohl tönen im Hinterkopf die Stimmen vom Ärztetag von heimlicher Rationierung im Gesundheitswesen. Das BMG jedenfalls rechnet zum Jahresabschluss mit annähernd ausgeglichenen Finanzen bei der GKV. Das allerdings mit einer Finanzspritze aus Steuergeldern, also einem Hilfspaket des GKV-WSG: Im Sommer gibt es 1,25 Millionen Euro Bundeszuschuss, im Winter ebenso viel. Ob dieses jahreszeitlich neuerdings übliche Zahlenspiel reicht, bleibt abzuwarten. Schon bald steht die nächste Bilanz an. Auch die Honorare der Ärzte sind lange noch nicht sicher.

Janine Reichert

Erkennung oraler Risikoläsionen**Ratgeber der Deutsche Krebshilfe**

Die Deutsche Krebshilfe hat einen Ratgeber für die zahnärztliche Praxis unter dem Titel „Erkennung oraler Risikoläsionen in der zahnärztlichen Praxis“ publiziert. Die Broschüre entstand in Zusammenarbeit mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und den Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie (AGKi), Interdisziplinärer Arbeitskreis Oralpathologie und Oralmedizin (AKOPOM), Deutsch-Österreichisch-Schweizerischer Arbeitskreis für Tumoren im Kiefer- und Gesichtsbereich (DÖSAK) und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG).

Die Deutsche Krebshilfe gibt den Ratgeber kostenlos an die Landes Zahnärztekammern ab. Zahnärzte können die Broschüre



über ihre jeweilige Kammer beziehen. Die BZÄK schlägt zudem vor, den Ratgeber gegebenenfalls bei Fortbildungsveranstaltungen einzubeziehen. jr/pm

■ **Kostenlose Exemplare können auch bezogen werden über:**
 Deutsche Krebshilfe e. V.
 Buschstr. 32
 53113 Bonn
 Telefon: 02 28/7 29 90-0
 Telefax: 02 28/7 29 90-11
 E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
 Internet: www.krebshilfe.de

Beirat des NADENT**Tagung in Berlin**

Auf eine erfolgreiche Arbeit 2007 in nationalen und internationalen Normungsgremien konnte der Beirat des Normenausschusses Dental (NADENT) im DIN (Deutsches Institut für Normung) anlässlich seiner letzten Sitzung bei der BZÄK in Berlin blicken. Verwiesen wurde dabei besonders auf die 43. Sitzung des Internationalen Komitees für Normung in der Zahnheilkunde im Oktober 2007 in Berlin. Über 350 Experten aus 25 Ländern waren der Einladung zu der siebentägigen Veranstaltung



Foto: BZÄK

folgt. Trotz dieser Sonderbelastungen konnte ein ausgeglichener Haushalt 2007 verabschiedet und der Vorstand entlastet werden. Für das Jahr 2008 wurden die Schwerpunktset-

BZÄK und DGZMK**Patienteninformation zum Zahnersatz**

Die BZÄK und DGZMK haben die erste neu erstellte Patienteninformation zum Schwerpunktthema Zahnersatz herausgegeben. Damit wenden sich die Organisationen den Interessen der Patienten nach fachlich fundierten, wissenschaftlich abgesicherten und verständlich formulierten Informationen zu. Gleichzeitig möchten sie die Aufklärung der Patienten durch die Zahnärzte erleichtern.

Verantwortlich sind in den Vorständen Dr. Lutz Laurisch seitens der DGZMK und Dr. Dietmar Oesterreich seitens der BZÄK. Die neue Ausgabe steht auf den Websites von BZÄK und DGZMK zum kostenlosen Download bereit. Sie kann farbig und schwarz-weiß ausgedruckt werden und dient als Kopiervorlage für die Praxen. So kann

sich jeder Zahnarzt einfach und preiswert ausrüsten und die Infos ergänzend zum persönlichen Gespräch den Patienten an die Hand geben. Die gesamte Serie wird kontinuierlich zu aktuellen Themen erweitert, ergänzt und überarbeitet. BZÄK

■ **Download:**

http://www.bzaek.de/list/pati/bzaekdgzmk/5_01_implantate.pdf



Statistiken konnte gezeigt werden, wie durch Standardisierung Vorteile für alle Beteiligten der Dentalbranche entstehen. Es wurde vereinbart, diese positiven Effekte verstärkt zu kommunizieren. Die nächste Sitzung wird am 29.4.2009 in Köln durchgeführt.

Im Jahre 1967 gründeten die Bundeszahnärztekammer und der Verband der deutschen Dentalindustrie zur Schaffung von aufeinander abgestimmten Dentalprodukten den Normenausschuss Dental (NADENT). Dessen Arbeiten werden durch den Beirat koordiniert und bewertet. BZÄK

Orientierungsanker für andere Fachbereiche

Festzuschuss-System besticht

Das Festzuschuss-System der Zahnärzte besticht. Auch in den Augen der Reproduktionsmediziner. Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, skizzierte Genese und Nutzen des Konzeptes auf der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands – wenn auch nicht als Blaupause, so doch als Orientierungsanker der Kollegen auf der Suche nach ihrem eigenen Lösungsweg. Sein Gastvortrag „Innovative Versorgungskonzepte – Umgang der Zahnärzte mit den Vergütungszwängen der GKV“ am 26. April in Berlin stieß auf reges Interesse im Auditorium. 2004 grenzte nämlich die Gesetzgebung auch hier Kostenübernahme für Leistungen sowie den Kreis der in Frage kommenden Patienten deutlich ein.

Das Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen im zahnmedizinischen Sektor hat da durchaus seinen Reiz. So differieren die beiden Fachgruppen auf den ersten Blick erscheinen mögen, sie haben doch eine ganze Reihe von Parallelen, erklärte Eßer: Beide Fachbereiche seien klein, die zu behandelnden Erkrankungen selten lebensbedrohlich und die Nachfrage abhängig von der Konjunktur im Lande. Beide wiesen ein überschaubares, quasi monostруктуриertes Leistungsspektrum vor. All diese Umstände machen beide Fachgruppen, die in die Zwänge des GKV-Systems eingebunden sind, wirtschaftlich anfällig bei Verschlechterung der Rah-

menbedingungen. Dreh- und Angelpunkt für eigene Lösungskonzepte der Berufsstände sei das Sachleistungs- oder Alles-oder-Nichts-Prinzip der GKV mit absolutem Zuzahlungsverbot, betonte Eßer. Er erläuterte den Weg aus der Mangelverwaltung, den die Zahnärzteschaft seinerzeit für sich fand. Sie behandeln – ganz anders als Ärzte – in der



Foto: Jarcidai

Regel Erkrankungen, die zumindest im Frühstadium keine schwerwiegenden Konsequenzen auslösen, durch Prävention begrenzt werden können und für die unabhängig vom Befund Behandlungsalternativen mit unterschiedlichen Kostenbelastungen existieren. Daher sei eine hundertprozentige Einbindung ins GKV-System gar nicht zwingend, eine Add-On-Lösung, die das System für individuelle Wünsche des Patienten jenseits der Kassen-Budgets durchlässig macht, dagegen die richtige Strategie, GKV-Mittel als Ressource für Patient und Zahnarzt zu erhalten. Das Ergebnis lautete: Befundbezogene Festzuschüsse im Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen. Dank dieser kann der Zahnarzt über die Vertragsleistung hinaus Höher- oder Mehrleistung anbieten und über die GOZ eine leistungsgerechte Vergütung bewirken. Der KZBV-Vize unterstrich die Win-Win-Situation: Nur dieser duale Weg gestatte zugleich Teilhabe des Patienten am medizinischen Fortschritt und betriebswirtschaftliches Planen für den selbständigen Zahnarzt als Freiberufler. pit

OECD-Studie zur Migration von Ärzten

Mehr Zusammenarbeit notwendig

Die EU-Erweiterung hat die Abwanderung von Ärzten und Krankenpflegepersonal ins europäische Ausland verstärkt. Dies geht aus einer bislang unveröffentlichten Studie der internationalen Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD hervor.



Foto: MEV

Die Studie ist der Frage nachgegangen, wie sich der vielerorts bestehende Bedarf an Fachkräften im Gesundheitswesen dauerhaft sichern lässt. Auch soll sie Anregungen dafür liefern, wie sich die weltweite Migration von Ärzten und Krankenpflegepersonal am sinnvollsten steuern lässt. Der Kommission sollen die Ergebnisse als Grundlage für geplante EU-weite Maßnahmen zur Steuerung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen dienen.

Fast allen OECD-Staaten, so ein weiteres Ergebnis, mangelt es zunehmend an ärztlichem und pflegerischem Nachwuchs. Wirtschaftlich aufstrebende Staaten wie China und Indien hingegen verzeichneten einen Überschuss an ausgebildeten Fachkräften. Die Migration von Personal aus dem Gesundheitswesen berge jedoch nicht nur

Chancen, sondern auch Risiken sowohl für die Heimat- als auch die Gastländer. Das Fazit der Studie: Der zunehmende Bedarf an Fachkräften aus dem Gesundheitswesen und die wachsende Mobilität von Ärzten und Krankenpflegepersonal erfordere ein umfassendes Monitoring der

Wanderungsbewegungen sowie eine länderübergreifende Zusammenarbeit und Abstimmung der einzelnen Politikfelder, wie der Gesundheits-, Sozial- und Beschäftigungspolitik. pr/ps

Weltverbände der Gesundheitsberufe

Für eine berufliche Selbstregulierung

Auf der ersten berufsübergreifenden und internationalen Konferenz über die Regulierung von Gesundheitsberufen haben über 500 Zahnärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Pharmazeutiker, Ärzte, Physiotherapeuten und Regierungsvertreter über die Bedeutung einer Berufsordnung als Garant für eine sichere und qualitätsorientierte Patientenversorgung debattiert. Die Konferenz, einberufen von der World Health Professions Al-

NHS-Krankenhäuser

Immer weniger Betten

Großbritanniens staatlicher Gesundheitsdienst (National Health Service, NHS) hat immer weniger Krankenhausbetten. Wie aus aktuellen Zahlen des Londoner Gesundheitsministeriums hervorgeht, wurden in Großbritannien allein im vergangenen Jahr rund 8450 Betten stillgelegt. Laut Gesundheitsminister Alan Johnson rationalisierte der NHS seit 1997 insgesamt mehr als 32000 Klinikbetten. Damit stehen britischen NHS-Patienten heute landesweit rund 167000 Betten zur Verfügung. Als Labour 1997 unter Tony Blair die Regierungsgeschäfte übernahm, hatte der NHS noch rund 199000 Klinikbetten. Britische Facharztverbände kritisierten die Sparpolitik der Regierung scharf. „Einerseits verspricht der Gesundheitsminister Patienten und Ärzten fast täglich, die Versorgungssituation in den Kliniken habe sich unter Labour sehr stark verbessert. Andererseits werden fast täglich weitere Klinikbetten stillgelegt“, so eine Sprecherin des britischen

Ärztbundes (British Medical Association, BMA) in London. Britische Patientenverbände schlossen sich der Kritik der fachärztlichen Berufsverbände an. Wie ein Sprecher der „Patients Association“ (PA) in London vor Journalisten sagte, führen die Bettenstilllegungen zu längeren Wartezeiten im NHS. Die PA verlangt von Gesundheitsminister Johnson eine gesundheitspolitische Kehrtwendung. Die politische Opposition sprach von „Patientenbetrug“.

pr/ast



Foto: PhotoDisc

Dienstleistungen und die zunehmende grenzübergreifende Mobilität von Patienten und Gesundheitsfachkräften.

Burton Conrod, Präsident der FDI World Dental Federation ist zuversichtlich, dass die berufliche Selbstregulierung die effektivste Möglichkeit für den Schutz der Menschen bietet.

„Wir gehen davon aus, dass die Gesundheitsberufe und die Öffentlichkeit eine wichtige Rolle spielen müssen, wenn es um Fragen der beruflichen Regulierung geht“, sagte Conrod. pit/pm

Neuer Bericht

Jedes sechste Kind lebt in Armut

Mehr als jedes sechste Kind in Deutschland lebt nach einem Bericht des Prognos-Instituts für das Bundesfamilienministerium in Armut. Zuletzt hat der nationale Armutsbericht jedes achte Kind als von Armut bedroht eingeschätzt. Der neue Bericht ermittelt laut Süddeutsche Zeitung hohe Armutsrisiken für einzelne Gruppen. So seien etwa 40 Prozent der Kinder von Alleinerziehenden bedroht, 30 Prozent des Migrantennachwuchses sowie fast zwei Drittel der Kinder von Hartz-IV-Empfängern.

Das Kindergeld leistet laut Zeitung den größten Beitrag zur Armutsbekämpfung: Ohne dieses würden zusätzlich etwa 1,7 Millionen Kinder unter die Armutsgrenze rutschen. Familien mit drei oder mehr Sprösslingen liefere die Unterstützung 15 Prozent des Einkommens. Bei Allein-



Foto: CC

erziehenden mit zwei Kindern seien es im Schnitt 20 Prozent. Allerdings stelle der Bericht auch fest, dass das Kindergeld mit 35 Milliarden Euro pro Jahr das teuerste familienpolitische Instrument sei. Familienministerin Ursula von der Leyen lehnte einen gesetzlichen Mindestlohn erneut ab. Familien mit kleinen Einkommen bräuchten gezielte finanzielle Hilfen. jr/dpa

Psychopharmaka für Kinder

Ärzte wollen gegensteuern

Ärzte und Regierung wollen den Kampf gegen das „Zappelphilipp-Syndrom“ und die damit verbundene dramatischen Steigerung von Psychopharmaka-Behandlungen aufnehmen.

Bereits rund 500 000 Kinder und Jugendliche litten bundesweit an der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), sagte Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Jedes Jahr kämen schätzungsweise rund fünf Prozent dazu. Den Krankenkassen werde nun ein neuer Vertrag angeboten mit dem Ziel, die Betroffenen zunächst verstärkt psychotherapeutisch zu

behandeln. Mehr als die Hälfte der kranken Kinder erhalten heute Ritalin oder entsprechende Psychopharmaka. Die verschriebenen Ritalin-Mengen hätten sich zwischen 1995 und 2000 verzehnfacht, sagte die Parlamentarische Gesundheitsstaatssekretärin Marion Caspers-Merk (SPD). Alternative Therapien müssten ausgebaut werden und vor einer Medikamentenbehandlung an die erste Stelle rücken. In der Wissenschaft gibt es tiefe Gräben zwischen Anhängern der Medikamenten- und einer verstärkten psychologischen Therapie. jr/dpa

Heuschnupfen**Experten für Immuntherapie**

Zur Behandlung von Heuschnupfen setzen Allergieexperten große Hoffnungen auf schnell wirkende Therapien. Eine sogenannte Cluster-Im-



Foto: MEV

muntherapie könne das gestörte Immunsystem innerhalb weniger Tage aktivieren und so die allergische Reaktion abschalten, sagte der Wiesbadener Allergologe Prof. Ludger Klimek.

„Je frühzeitiger und je geringer die Beschwerden, desto besser wirkt sie“, betonte Klimek. Nur

eine rechtzeitige Therapie könne Dauerschäden an den Atemwegen und Asthma verhindern. Nach seinen Angaben leiden in Deutschland inzwischen 37 Millionen Menschen unter Allergien – „mit steigender Tendenz“. Neben der Vererbung spielten vor allem Umwelteinflüsse eine Rolle. Insgesamt wachse die Belastung der Bevölkerung mit Allergieauslösern. Früher sei die Heuschnupfen-Saison von März bis Juli gegangen. „Inzwischen fängt es ja fast schon Weihnachten mit dem ersten Haselpollenflug an“, sagte der Allergologe. Zudem gebe es neue Verursacher, wie die eingeschleppte Ambrosia, die ihre Pollen bis November verbreite. jr/dpa

■ <http://www.allergiezentrum.org>

Tag der Zahngesundheit**Info-Pakete zu bestellen**

Der Aktionskreis Tag der Zahngesundheit setzt auch in diesem Jahr auf die Mitarbeit der Praxen beim Tag der Zahngesundheit am 25. September. Ab Anfang Juli können Zahnärzte beim Verein für Zahnhygiene das aktuelle Infopaket zur Patientenaufklärung anfordern.

Der Aktionskreis Tag der Zahngesundheit hat wieder Poster, Merkblätter, Broschüren und Produktproben rund um das Thema „Mundhygiene und Prophylaxe“ zusammengestellt. Mit der Verbreitung des Pakets engagiert er sich dafür, dass gesunde Zähne bei möglichst vielen Bundesbürgern weiterhin an

Bedeutung gewinnen. Das Motto des diesjährigen Aktionstages lautet „Gesund beginnt im Mund – aber bitte mit Spucke“. jr/pm

■ Vorabüberweisung von 7,50 Euro mit Angabe der Lieferadresse:
Verein für Zahnhygiene e.V.
Konto: 58 99 42
BLZ: 508 501 50
Sparkasse Darmstadt

Bestellung mit Einzahlungsbeleg und Adresse/Praxistempel:
Verein für Zahnhygiene e.V.
Liebigstraße 25
64293 Darmstadt
Fax: 06151/1373730

Mehr Infos:
<http://www.tag-der-zahngesundheit.de>

Langzeit-Praxistest**Typ2-Diabetiker für Studie gesucht**

Die Wirksamkeit der Hochtontherapie bei diabetesbedingten Nervenschädigungen wird jetzt erstmals bundesweit in einem Langzeit-Praxistest untersucht, berichtet das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) der Sana-Kliniken in Düsseldorf. Interessierte Patienten mit Typ2-Diabetes, die unter Beschwerden wie Kribbeln, Brennen, einschließenden Schmerzen oder Taubheit in den Füßen leiden, könnten sich ab sofort anmelden.

Polyneuropathien gehören zu den häufigen Folgeerkrankungen bei Diabetes. Studien zei-

gen, dass die Beschwerden mit der Hochtontherapie durch eine effektive medizinische Muskelstimulation signifikant gelindert werden, berichtet das WDGZ. Nun soll über drei Monate untersucht werden, wie die Patienten die Therapie in ihren Alltag integrieren und wie Behandlungserfolge auf Gesundheitszustand und Lebensqualität wirken. Bei der Hochtontherapie handelt es sich um eine Selbstzahlerleistung. jr/pm

■ Anmeldung beim WDGZ:
01805/6666 386 (14 Cent/Min aus dem deutschen Festnetz)

Neue Broschüre der BLZK**Prophylaxe für Ältere**

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) hat eine neue Patientenbroschüre mit dem Titel „Prophylaxe für Menschen in der zweiten Lebenshälfte“ herausgegeben. Die BLZK präsentierte die 20-seitige Publikation erstmals auf dem Kongress „Zähne im Alter“ in München. Inhalt der Patienteninformation sind praktische Tipps zur Gesunderhaltung der Zähne bis in hohe Alter. Die Broschüre stellt die tägliche Mundpflege, zahngesunde Ernährung, Zahnschmelzhärtung sowie Kontrolluntersuchungen und Professionelle Zahnreinigungen als wichtige Säulen der Prophylaxe vor. Entsprechend der älteren Zielgruppe werden auch „die Dritten“ und die Möglichkeiten einer zahnärztlichen Behandlung zu Hause thematisiert. jr/pm

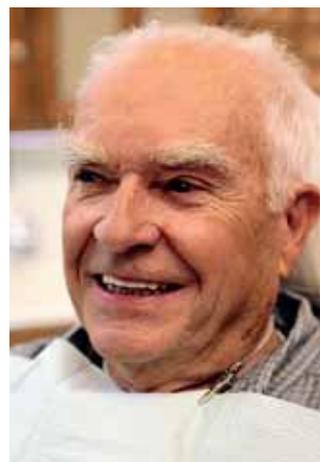


Foto: pd

■ Die Patientenbroschüre „Prophylaxe für Menschen in der zweiten Lebenshälfte“ kann für 9 Euro pro 20 Stück bestellt werden bei:
Bayerische Landes Zahnärztekammer
Kaufmännischer Geschäftsbereich
Margit Hoffmann
Fallstraße 34
81369 München

Gefährlicher Körperschmuck

Risiken von Tattoos und Piercings

Der Trend zu immer mehr Tätowierungen und Piercings in den letzten Jahren führte auch zu einer deutlichen Zunahme der damit verbundenen Komplika-



Foto: wikipedia

tionen. In Großbritannien wurden schon 95 Prozent der Allgemeinmediziner mit mindestens einer Piercing-Komplikation konfrontiert, wie die Praxis-Depesche schreibt. Es handelt sich vor allem um allergische Reaktionen auf die Farbpigmente, wie Dichromat-, Kobalt-, Kadmium- und Quecksilbersalze. Vor allem die mit Nickelsulfat kontaminierten Pigmente rufen häufig heftige allergische Reaktionen hervor. Auch Fälle von Kontakt-Urtikaria wurden schon beschrieben, die meist erst nach Monaten oder Jahren auftreten. Von temporären Henna-Tattoos geht weniger Gefahr aus, doch oft werden die Farben mit dem starken Allergen p-Phenylendiamin versetzt. Bakterielle Infektionen, vor allem durch mangelnde Hygiene und Erfahrung, sind beim Piercing signifikant häufiger als beim Tätowieren. Neben lokalen Infektionen durch Staphylococcus aureus, A-Streptokokken und Pseudomonas-Spezies wer-

den auch schwere systemische Infektionen wie Endokarditis und Sepsis berichtet. Verzögerte Wundheilung, hypertrophe Narben und Keloide, Zahnschäden, schwere Blutungen, Mastitis oder Unfruchtbarkeit sind weitere Komplikationen abhängig von der gepiercten Körperregion. So benötigt ein Bauchnabel-Piercing fast ein halbes Jahr zur vollständigen Heilung, bei besonders hohen Infektionsraten. sp/pd

Robert Koch-Institut

Weniger FSME-Erkrankungen

Die von Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) ist nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) in Deutschland stark zurückgegangen. Obwohl es wegen der milden Winter immer mehr Zecken gebe, habe sich die Zahl der Infektionen im Jahr 2007 im Vergleich zum Vorjahr mehr als halbiert.

Im Jahr 2006 habe es 546 Infektionen gegeben, im vergangenen Jahr 238 Fälle. Möglicherweise hätten sich im kühlen Sommer des vergangenen Jahres weniger Menschen im Freien aufgehalten, sagte ein Experte des RKI. Zecken übertragen neben der FSME auch die bakterielle Borreliose, die mit Antibiotika bekämpft werden kann.

Beide Erkrankungen können schwerwiegende Störungen des Nervensystems verursachen.

jr/dpa

Ärztefuschi

Mehr Patienten beschweren sich

Die Klagen häufen sich: Insgesamt 10 432 Patienten haben sich vergangenes Jahr an medizinische Gutachter wegen angeblichem Ärztefuschi gewandt. Anlass für die Bundesärztekammer, eine umfassende Fehlerstatistik vorzulegen – und noch mehr Transparenz zu fordern.



Foto: MEV

Mit insgesamt 10 432 Patientenbeschwerden an die Gutachterstellen der Kammern stieg die Anzahl der Vorwürfe 2007 um 1,5 Prozent, erklärte die Bundesärztekammer bei der Präsentation ihrer Fehlerstatistik für 2007. Weitere 30 000 Patienten hätten schätzungsweise bei Gerichten, Versicherungen und Krankenkassen vorgesprochen. Die meisten Anschuldigungen bezogen sich auf die Durchführung von OPs, am zweithäufigsten nannten die Patienten die Diagnostik mit bildgebenden Verfahren.

Tatort Krankenhaus

Vor diesem Hintergrund haben die ärztlichen Prüfstellen 2007 insgesamt 7 049 Gutachten erstellt. Fehler machten die Mediziner in 2 095 Fällen, 1 717 Mal konnte man Behandlungsfehler oder Mängel bei der Risikoaufklärung nachweisen, die „ursächlich für einen Gesundheitsschaden“ waren. In diesen Fällen ergaben sich, so die BÄK, für die Patienten Ansprüche auf Entschädigung. Am häufigsten kam es bei Hüft- und

Kniegelenksoperationen zu Problemen: 228 Mal erhielten Patienten Recht, die wegen Hüftgelenksarthrose in Behandlung waren, 194 Mal gab es Schadenersatz wegen einer schlechten Behandlung bei Kniegelenksverschleiß.

Das heißt, die meisten Fehler passieren im Krankenhaus – vor allem in der Unfallchirurgie. Bei komplizierten OPs kommt es offenbar häufiger zu Zwischenfällen. Sprich, weil gute Chirurgen sich schwerste Eingriffe zutrauen, geht bei ihnen auch mehr schief. Bei den Praxisärzten unterliefen den Orthopäden die meisten Fehler, dahinter liegen gleich die Hausärzte.

„Wir wollen, dass unsere Daten zur Fehlerprävention genutzt werden und möchten andere ermutigen, unserem Beispiel zu folgen“, sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Konferenz der Gutachterkommissionen. „Auch die Krankenhäuser sind aufgerufen, Zahlen zu Schadensfällen herauszugeben“, betonte Crusius und forderte damit auch andere Institutionen im Gesundheitswesen auf, Daten über Behandlungs-

zm-Info

Aus Fehlern lernen

Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftungsstreitigkeiten gibt es seit 1975 bei den Kammern. Sie sollen für eine unabhängige Begutachtung durch Experten und eine außergerichtliche Streitschlichtung bei möglichen Behandlungsfehlern sorgen. Patienten, die nach Diagnose oder Therapie gesundheitliche Komplikationen haben, können dort überprüfen lassen, ob ihre Vorwürfe gerechtfertigt sind – kostenfrei. In etwa 90 Prozent der Fälle werden die Entscheidungen der Gremien der BÄK zufolge von beiden Parteien akzeptiert und die Arzthaftungsstreitigkeiten beigelegt. Wird nach Prüfung trotzdem der Rechtsweg beschritten, werden die ärztlichen Gutachten laut BÄK überwiegend bestätigt.

Gut ein Viertel aller vermuteten Arzthaftungsfälle wird durch die Prüfstellen bewertet. Seit 2006 werden die Daten einheitlich erfasst. Eine Statistik gibt Aufschluss darüber, bei welchen Diagnosen und Therapiemaßnahmen Behandlungsfehler vermutet wurden und welche Fachgebiete betroffen waren. Ziel der Statistik: Fehlerhäufigkeiten zu erkennen und Fehlerursachen auszuwerten, um sie für die Fortbildung und Qualitätssicherung zu nutzen. ■

fehler zu veröffentlichen. Wie viele Fehler es insgesamt gab, sei aber unbekannt.

Spitze des Eisbergs

Verbraucherschützer gehen allerdings von einer hohen Dunkelziffer aus: „Was die Schlichtungsstellen veröffentlichen, ist nur die Spitze eines Eisbergs“, meinte Stefan Etgeton, Gesundheitsexperte des Bundesverbands der Verbraucherzentralen, in der „Frankfurter Rundschau“. Viele Behandlungsfehler würden gar nicht erst begutachtet, „weil es schwer ist, zweifelsfrei festzustellen, dass ein Fehler vorliegt“. Viele Patienten berichteten zudem, dass es „ganz schwierig“ sei, unabhängige Gutachten zu bekommen. Crusius korrigierte: Die Zahlen hätten sich in den vergangenen Jahren kaum verändert. ck

Deutscher Ärztetag in Ulm

Die Rationierung hat schon begonnen

Die heimliche Rationierung im Gesundheitswesen zog sich wie ein roter Faden durch die Debatten auf dem 111. Deutschen Ärztetag vom 20. bis 23. Mai in Ulm. Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe legte in seinem Eröffnungsvortrag den Finger in offene Wunden, Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hingegen betonte ihren Willen zur Zusammenarbeit mit den Ärzten.



Foto: S. Bratulic/Dt. Ärztezeitung

Deutscher Ärztetag in Ulm: Die Eröffnungsveranstaltung in der Congress-Halle war offizieller Auftakt des jährlichen zentralen Großereignisses der Ärztelandschaft.

Keine leichten Zeiten für die Ärzteschaft: Im Zeichen von Honorarreform, der Infragestellung der kollektivvertraglichen Absicherung der Versorgung, der ständig wachsenden Rationierung von medizinischen Leistungen und der sich verändernden Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit galt es, grundsätzliche Standortbestimmungen zu finden und sich zu positionieren.

Vor allem die Rationierungsdebatte wurde bereits im Vorfeld des Deutschen Ärztetages durch Schlagabtausch von Argumenten in den Medien ausführlich aufgegriffen, wobei das Klima in diesem Jahr nicht unbedingt immer freundlich für die Ärzte ausfiel. So wurden die Forderungen von Ärztepräsident Prof. Dr. Jörg Dietrich Hoppe über den offenen Umgang mit Rationierungen oft unvollständig wiedergegeben, sodass der Eindruck entstand, die Ärzte forderten die Einschränkung von Leistungen ein. Kurz vor

dem Ärztetag wurde zum Beispiel auf der Website des „Stern“ eine Debatte um Ärztehonore losgetreten, bezogen auf eine dort zitierte Studie des Bundesgesundheitsministeriums, derzufolge Kassenärzte zwischen 1997 und 2005 im Umsatz zugelegt hätten. Auch das Resümee der Veranstaltung war in der Presse zwiespältig. So kritisierte beispielsweise die FAZ, dass den Ärzten ein Jahr vor der Wahl ein klares gesundheitliches Programm fehle und bezeichnete das Ulmer Papier als „Ärztelyrik“.

Großereignis

Der Deutsche Ärztetag ist mit den Zentralveranstaltungen von rund 15 ärztlichen Organisationen und Verbänden, die alle unter einem Dach tagen, das jährliche Großereignis in der Ärztelandschaft. Die Eröffnungsveranstaltung am 20. Mai im Ulmer Con-

gress Centrum fand in gewohnt feierlichem Rahmen statt. So umriss die Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Ulrike Wahl, in ihrer Begrüßung die Bedeutung des Ärztetages als Ausdruck von Einheit und Stärke. Der Berufsstand spreche dort mit einer Stimme – obwohl, so relativierte sie, nicht immer alle einer Meinung sein müssten. Die Ministerin für Arbeit und Soziales des Landes, Dr. Monika Stolz, führte gleich in die Debatten ein und unterstrich die Bedeutung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen: „Wenn die Selbstverwaltung scheitert, kommt die Staatsmedizin.“

Kooperationskurs

„Es wird Sie nicht überraschen, dass ich nicht alle Ihre Schlussfolgerungen teile“, betonte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Hinblick auf die programmatische Standortbestimmung im „Ulmer Papier“, die die Ärzteschaft auf ihrer Tagung beraten wollte. Dennoch – und damit ging sie deutlich in Richtung Kooperation mit den Ärzten – sei es sinnvoll, angesichts der Notwendigkeit einer guten Versorgung trotz begrenzter Ressourcen anstehende Fragen gemeinsam zu lösen. Ausdrücklich erteilte sie Rationierungsbestrebungen eine klare Absage, vielmehr müssten Diskussionen darüber geführt werden, wie Qualität und Effizienz weiterentwickelt werden können. Die Finanzen müssten anders verteilt werden, plädierte sie. So sei es nicht akzeptabel, mehr Geld für Arzneimittel als für die ambulante ärztliche Versorgung auszugeben. Den neuen Hausärztervertrag in Baden-Württemberg zwischen AOK, Medi und dem Hausärzterverband lobte die Ministerin als Beispiel für eine „win-win-Situation“ mit neuen Wegen zur besseren Versorgung mit gleichzeitigem Bürokratieabbau. Schmidt versprach, sich bei den anstehenden Honorarverhandlungen zwischen KBV und Kassen für eine bessere Honorierung für die Ärzte einzusetzen.



KBV-Vertreterversammlung

Zusätzliche Mittel eingefordert

Ohne eine spürbare Verbesserung der finanziellen Situation für die niedergelassenen Kollegen sei die Versorgung der Patienten nicht mehr zu gewährleisten, erklärte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler (Foto) auf der Vertreterversammlung in Ulm. Er forderte den Gesetzgeber auf, den Anspruch der Ärzte von mindestens 4,5 Milliarden Euro gesetzlich zu fixieren. Andernfalls drohe eine Protest- und Ausstiegswelle ungeheuerlichen Ausmaßes. Zuvor wurde laut Presseberichten aus Regierungskreisen verlautet, dass die Honorare der Ärzte im nächsten Jahr um zehn Prozent steigen und dass eine Summe von rund 2,5 Milliarden Euro dafür ausgehandelt worden sei.

Köhler kündigte eine Neuordnung der Versorgungsebenen an, mit der sich die

KBV im Wettbewerb zukunftsgerichtet aufstellen wolle. Darin sollen die Wettbewerbsebenen Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und deren Verhältnis zueinander mit fünf Versorgungsebenen neu definiert und den Ärzten eine neue Perspektive gegeben werden. Anfang 2009 sei ein konsensfähiges Konzept vorstellbar, eine Realisierung sei erst ab 2012 denkbar. Stimmungsmäßig auffällig bei der KBV-Vertreterversammlung war die Tatsache, dass sich die Delegierten trotz einer großen Anzahl von anstehenden kontroversen Themen mit ihren Diskussionen deutlich zurückhielten.

pr



Foto: KBV

einer Demontage der Selbstverwaltung: Ursprünglich habe der Staat der Selbstverwaltung einen justierenden und gestalterischen Auftrag übertragen, mit dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis im Mittelpunkt und dem KV-System zum Sicherstellungsauftrag. Jetzt aber greife immer mehr die kollektivistische Sicht des Systems. Durch Elemente wie diagnosebezogene Fallpauschalen in Krankenhäusern oder Disease Management Programme (DMP) entwickle sich der Patient vom individuellen Kranken immer mehr zum „Programmteilnehmer“. Diese verstärkten Vorgaben aus der Politik dürfe man durchaus als „Planwirtschaft“ und „Staatsmedizin“ bezeichnen. Andererseits werde das, was bisher dem Staat vorbehalten war, zunehmend dem Wettbewerb verantwortet, betonte er mit Blick auf den Krankenhausbereich.

Wahlkampfthema

Vor allem kritisierte Hoppe die zunehmende heimliche Rationierung im Gesundheitswesen. Dazu zähle der Personalabbau in Krankenhäusern genauso wie die Ausbeutung der Gesundheitsberufe und eine zunehmende Mangelverwaltung. „Ärztinnen und Ärzte müssen seit Jahren eine heimliche Rationierung im Gesundheitswe-

Die zentrale Herausforderung sei der Krankenhausbereich: „Wir brauchen verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen für das Krankenhaus“, betonte sie und kündigte einen in Kürze erfolgenden entsprechenden Gesetzesentwurf an.

Baustelle

Ärztepräsident Hoppe nutzte seinen Grundsatzvortrag zu einer Analyse des deutschen Gesundheitswesens „nach 20 Jahren Baustellentätigkeit“. Deutlich warnte er vor

sen ertragen und vor ihren Patienten dafür gerade stehen. Das aber wollen wir nicht mehr.“ Er sprach sich dafür aus, dass die Rationierung medizinischer Leistungen ein Wahlkampfthema werden müsse, damit eine Diskussion nicht nur hinter vorgehaltener Hand, sondern in aller Öffentlichkeit stattfindet.

Ulmer Papier

Im Zentrum der Delegiertenberatungen standen die zum Teil kontrovers geführten Debatten um das Ulmer Papier, die Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft. Sie sollen als argumentative Grundlage für die Auseinandersetzung mit der Po-

könne nicht allein durch die Erschließung von Effizienzreserven oder durch die Optimierung von Prozessen und Abläufen abgefangen werden.

„Durch Rationalisierung lässt sich Rationierung nicht mehr umgehen. Dies muss transparent gemacht werden“, forderten die Delegierten. Der Staat dürfe nicht den Eindruck erwecken, das bisher gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung könne bei limitierten finanziellen Ressourcen unter Vermeidung jeder Versorgungsungleichheit aufrecht erhalten bleiben. Die Delegierten forderten außerdem ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der Krankenhäuser.

Ein weiterer Schwerpunkt der Diskussionen war die Telematik. Die Delegierten lehnten aus Sorge um den Gesundheitsschutz die derzeitige Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte ab. Das Konzept solle



Paracelsus-Medaille

Mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der Ärzte, sind in Ulm vier prominente Persönlichkeiten ausgezeichnet worden: Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Fritz Beske, Kiel, der Gießener Psychoanalytiker Prof. Dr. Horst-Eberhard-Richter, der Göttinger Radiologe Prof. Dr. Heyo Eckel und der Allgemeinarzt und Psychotherapeut Dr. Siegmund Kalinski, Frankfurt (den Lesern der Ärzte Zeitung bekannt als „Ironius“).

litik über die Neuausrichtung des Gesundheitswesens dienen und verstehen sich als „work in progress“ mit fortlaufender Weiterentwicklung. „Die an sich notwendige medizinische Versorgung kann heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden. Rationierung findet statt“, heißt es in den Leitsätzen. Die völlig unzureichenden Budgets zur Finanzierung des Gesundheitswesens hätten zu Wartelisten, Unterversorgung und Rationierung geführt. Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen



Dialog am Rande: BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp tauschte sich mit Dr. Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Hausärzteverbandes, aus.



Weitere Versammlungen

■ Delegiertenversammlung Deutscher Hausärzteverband

Die Delegierten forderten die Ärzteschaft auf, sich uneingeschränkt für die bundesweite Einführung des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin einzusetzen und die Einführung des Facharztes für Innere Medizin ohne Schwerpunkt abzulehnen. Der Abschluss eines Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg mit Bereinigung der Gesamtvergütung wird als Meilenstein auf dem Weg der Hausärzte in die tarifpolitische Unabhängigkeit angesehen.

■ Hauptversammlung Marburger Bund

Der Marburger Bund will künftig auch die Interessen von angestellten Ärzten in medizinischen Versorgungszentren vertreten und fordert konfessionelle Klinikarbeitgeber zu Tarifverhandlungen auf.

■ Hauptversammlung Hartmannbund

Der Hartmannbund hat ein verbandsintern entwickeltes Konzept zum Kampf gegen den Ärztemangel vorgelegt. Als Ergebnis aus Gesprächen mit der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die dem Verband eine konzertierte Aktion vorgeschlagen hatte, liegt nun mit „Als Arzt LANDen“ ein Papier gegen den Ärztemangel in ländlichen Regionen Deutschlands vor. In dessen Mittelpunkt stehen besonders „weiche Standortfaktoren“ und das Setzen auf die Vernetzung unterschiedlicher Ebenen. pr

weiterentwickelt und dabei die Datensicherheit stärker berücksichtigt werden. Des Weiteren forderte der Ärztetag eine Intensivierung der Debatte um die bestmögliche Betreuung Demenzkranker inklusive einer Aufstockung der Finanzmittel. Neben stationären Einrichtungen seien ambulante Pflege, teilstationäre Angebote und betreute Wohngruppen stärker zu fördern. pr

BZÄK-Klausurtagung

PAR gehört in jede Praxis

Parodontitis stellt eine gesundheitspolitische Herausforderung dar. Grund für den BZÄK-Vorstand, auf seiner Klausurtagung am 30. und 31. Mai in Aerzen (Hameln) das Thema in den Mittelpunkt der Beratungen zu rücken, einen Problemaufriss zu skizzieren und zukunftsweisende Strategie-Ansätze zu erarbeiten. Ein weiterer Schwerpunkt war die Bedeutung von Selektivverträgen.



Foto: Schlosshotel Münchhausen

Das Schosshotel Münchhausen – idealer Tagungsort für die BZÄK-Klausur

Parodontalerkrankungen sind in Deutschland aufgrund der demografischen Veränderungen weit verbreitet. Die Behandlung von PAR hat wegen der vielfältigen Wechselwirkungen mit dem Gesamtorganismus eine weit über die Zahnmedizin hinausgehende Bedeutung und greift tief in versorgungspolitische Fragestellungen ein. Anlass genug für den Vorstand der Bundeszahnärztekammer, das Thema auf die Agenda der jüngsten Klausurtagung zu setzen, eine professionspolitische Sensibilisierung und Standortbestimmung einzuleiten und präventionsorientierte Konzepte für diesen komplexen Bereich zu diskutieren. Basis der ausgiebigen Beratungen im Vorstand war das Selbstverständnis des Zahnarztes als Mediziner und die Brücke der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur Medizin.

Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK, brachte das Problem auf den Punkt: „Der Zeitpunkt ist richtig gewählt: Es geht darum, das Krankheitsbild korrekt zu bewerten, Strategien zu finden, wie man die Erkrankung präven-

tionspolitisch vermeiden kann und das Thema aus allen Facetten heraus zu beleuchten.“ Er unterstrich weiter: „Wenn wir das Geschehen künftig medizinisch beherrschen wollen, dann gehört PAR in jede Praxis.“ Er ergänzte, dass in diesem Bereich auch ein fortgebildeter Fachzahnarzt dazu gehöre und dass in der zu verabschiedenden neuen Approbationsordnung die PAR entsprechende Berücksichtigung finden müsse.

Bei den standespolitischen Aktivitäten der BZÄK spielte das Thema eine große Rolle, unterstrich Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich in seiner Einführung. Er verwies auf die epidemiologische Datenlage: Die Prävalenz von Parodontalerkrankungen sei in Deutschland hoch, sie stagniere bei den Erwachsenen und steige moderat bei den Senioren. Insgesamt ergebe sich ein hoher Behandlungsbedarf, wobei den Wechselwirkungen zwischen Allgemeinerkrankungen und zahnmedizinischen Erkrankungen



Volle Tagesordnung und dichtes Programm – der BZÄK-Vorstand bei seiner Arbeitssitzung

Foto: BZÄK

eine große Bedeutung zukomme. Dem stehe entgegen, dass das parodontitsrelevante Wissen in der Bevölkerung unzureichend sei. „Es herrscht ein umfassender Aufklärungs- und Informationsbedarf, bei der das Bildungswesen, die Medien, die zahnärztlichen Organisationen und das gesamte Zahnarztteam gemeinsam gefordert sind“, betonte Oesterreich.

Seine Schlussfolgerung: Aufklärungsinhalte sollten strukturiert, die Maßnahmen risiko- und zielgruppengerecht optimiert und die wissenschaftliche Datenbasis zu Risikofaktoren solle aufgearbeitet werden. „Die Problemlage ist vielschichtig: Es geht darum, das Wissen um die Ätiologie und Falldefinitionen zu vertiefen, die Fortbildung des Berufsstandes auf aktuelle Bedarfe hin zu überprüfen und präventions- und versorgungspolitische Lösungsansätze zu finden.“

Ein multifaktorielles Geschehen

In seinem Impulsvortrag ging der Präsident der DGZMK, Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden, ausführlich auf wissenschaftliche Aspekte ein. Er gab einen Überblick über Ätiologie, Risikofaktoren, Prävalenz und Schweregrad der Parodontitis. Hoffmann unterstrich, dass Parodontitis ein multifaktorielles Geschehen sei. Zu klären sei, inwieweit krankheitsbedingte Faktoren dabei eine Rolle spielten. Im Hinblick auf die Wechselwirkungen zwischen Risikofaktoren und Gesamtorganismus müsse noch vieles untersucht werden. Völlig unklar sei in der wissenschaftlichen Definition, ab wann überhaupt von einer Parodontitis die Rede sein

könne, Parameter wie Sondierungstiefe und Attachmentverlust gäben nur bedingt Anhaltspunkte. „Die Frage stellt sich: Sind die Patienten so krank, oder wir so schlecht, oder ist die Ausgangsfrage einfach falsch gestellt“, analysierte Hoffmann. Er verwies auf Unsicherheiten bei der Definition: „Es gibt nur wenig Evidenz für das, was wir tun“.

Der DGZMK-Präsident sprach sich dafür aus, dass Hochschule und Berufspolitik gemeinsam agieren sollten, um wissenschaftliche und praxisorientierte Schwerpunkte herauszuarbeiten. Notwendig sei es, weitere vertiefende Analysen vorzunehmen, Behandlungsnotwendigkeiten zu definie-



Das BZÄK-Präsidium mit seinen Gästen (v.l.n.r.): Dr. Oesterreich, Prof. Hoffmann, Dr. Dr. Weitkamp, Dr. Fedderwitz und Prof. Sprekels

Fotos: BZÄK

gung und mit dem heutigen GKV-PAR-Vertrag sei keine Therapie „state of the art“ möglich. Fedderwitz skizzierte Beispiele für Versorgungskonzepte der Zukunft und re-

den Zahnarzt unattraktiv. Alternativen sieht Fedderwitz in einem Festzuschuss-System, dass sowohl in einem Selektivvertragsmodell, als auch kollektivvertraglich realisiert werden könne. Eine Umsetzung in einem Selektivvertrag sei kurzfristig möglich, beziehe aber nicht jeden Versicherten ein – im Gegensatz zum kollektiven Modell, das aber eine gesetzliche Regelung voraussetze. Fedderwitz verwies auf offene, zum Teil sehr kritische Aspekte in Bezug auf die Kommunikation des Themenkomplexes nach innen und außen. „Die Öffentlichkeitsarbeit wird unbequeme Fragen beantworten müssen. Zum Beispiel: Ist Parodontitis überhaupt eine echte Krankheit, wo doch 90 Prozent der Bevölkerung davon betroffen sind? Ist die Unterversorgung nicht ein Versäumnis der Zahnärzte? Wäre mehr Patientenmobilisierung im jetzigen System nicht schädlich, weil sie die Zahnärzte in die Budgetfalle treibt?“ Es sei dringend erforderlich, hier Klärung zu schaffen, mahnte Fedderwitz.

Bedeutung von Selektivverträgen

Ein zweiter Schwerpunkt der Vorstandsberatungen in Aeren war die Bedeutung von Einkaufsmodellen und Selektivverträgen in der privat-zahnärztlichen Versorgung. Der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens und Mitglied im Consilium der BZÄK, Prof. Dr. Eberhard Wille, Mannheim, zeigte in seinem Referat Beispiele von selektivvertraglich-



Gaben Impulse für intensive Diskussionen: Dr. Oesterreich, Prof. Hoffmann und Dr. Fedderwitz

ren, Gesundheitsziele umzuformulieren und das Potenzial verschiedener Versorgungssysteme auszuschöpfen. Sinnvoll sei eine informationelle Strategie zur Sensibilisierung von Berufsstand und Öffentlichkeit. Generell sei es sinnvoll, den PAR-Bereich in seiner Bedeutung aufzuwerten. „Ich sehe keine Praxis, die es sich leisten kann, ohne PAR auszukommen“, prognostizierte der DGZMK-Präsident.

ferierte über Vorschläge aus der Wissenschaft über eine zeitgemäße Versorgungstrecke. Anschließend legte er verschiedene, mit Zahlen untermauerte Optionen und Szenarien für die Zukunft aus Sicht der KZBV dar und ging auf deren Vor- und Nachteile ein. Eine Versorgung für GKV-Patienten als Sachleistung führe zu einer massiven Überforderung der GKV und sei für

Auswirkung auf die Versorgung

Die versorgungspolitischen Auswirkungen innerhalb der GKV analysierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Er sprach sich dafür aus, die anstehenden Aufgaben abgestimmt zwischen Berufspolitik und Wissenschaft zu stemmen. In seiner Analyse ging er auf den Status quo in der GKV ein. Es herrsche eine Unterversor-



Dr. Oesterreich und Dr. Dr. Weitkamp mit BZÄK-Consiliumsmitglied Prof. Dr. Wille, BZÄK-Hauptgeschäftsführer Dipl.-Volksw. Klaus Schlechtweg und Prof. Dr. Burkhard Tiemann, Vorsitzender des Consiliums

Fazit der BZÄK-Klausurtagung in Aerzen

Der Vorstand der BZÄK zog auf seiner Klausurtagung in Aerzen zum Themenkomplex Parodontologie folgendes Fazit:

■ Entzündliche Veränderungen am Zahnbett (Parodontitis) sind in Deutschland weit verbreitet. Die große Mehrheit der Bevölkerung zeigt entsprechende Krankheitszeichen, so dass einerseits Aufklärungskampagnen zur Krankheit beziehungsweise eine Krankheits-sensibilisierung auf der Populationsebene, andererseits eine ebensolche Sensibilisierung der Zahnärzteschaft angezeigt sind.

■ Wichtig erscheint es, zwischen leichten, mittleren und schweren Formen der Parodontitis zu unterscheiden, da der Behandlungsaufwand mit der Schwere und dem Ausmaß der Erkrankung korreliert. Leichte und moderate Formen der Krankheitsausprägung sind häufig mit verstärkten Maßnahmen einer gezielten Mundhygiene und mit professioneller Unterstützung durch das zahnärztliche Team (Delegation an DH, ZMF, ZMP) gut beherrschbar. Schwere Destruktionen am Zahnhalteapparat bedürfen hingegen einer rechtzeitigen systematischen

zahnärztlichen Therapie, um insbesondere das Risiko von Zahnverlusten und medizinischen Folgen wirksam absenken zu können.

■ Die BZÄK geht aufgrund der verfügbaren parodontalepidemiologischen Daten davon aus, dass zwischen acht und 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands zurzeit eine schwere Parodontitisform aufweisen. Für diesen Bevölkerungsteil sollten prioritär alle verfügbaren Kräfte des professionellen Systems eingesetzt werden.

■ Gleichzeitig gilt es, ein präventionspolitisches Netzwerk der Akteure im deutschen Gesundheitswesen in Gang zu setzen. Um mittelfristig durch Maßnahmen der Primär- und Sekundärprophylaxe die gesamte Parodontitislast in Deutschland zu verringern, ist ein optimales Ineinandergreifen von aktiver Selbstvorsorge im Sinne von Oral Health Self Care (hier insbesondere: Approximalraumhygiene) und klinischer Intervention in Sinne von Oral Health Professional Care (hier insbesondere: Kontrolle des oralen Biofilms) von strategischer Bedeutung. BZÄK

chen Vereinbarungen und integrierter Versorgung im vertragsärztlichen Bereich. Er analysierte das derzeitige Marktgeschehen und ging ausführlich auf die verschiedenen Optionen selektiven Kontrahierens ein. Dazu gehören Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung und weitere Formen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Er analysierte Managed Care Modelle und Wahltarife in der GKV.

Besonders vor dem Hintergrund der GOZ-Novellierung, bei der eine sogenannte Öffnungsklausel (private Versicherungsunternehmen können mit Gruppen von Zahnärzten pauschale Sondervereinbarungen außerhalb der GOZ vereinbaren) vorgesehen ist, hat das Thema in den berufspolitischen Diskussionen der Zahnärzteschaft eine besondere Brisanz. Grundsätzlich begrüßte Wille die Öffnungsklausel in Hinblick darauf, dass sie den Wettbewerb

der PKV untereinander fördert, die Qualität hebt und den Wettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt. Die individuelle Vertragsfreiheit zwischen Arzt und Patient sei aus seiner Sicht nicht eingeschränkt. Deutlich sei aber, dass die PKV ihren Einfluss im Vertragsgeschäft erhöhen und Preise selbst aushandeln möchte, was er aber als ordnungspolitisch nicht zielführend betrachtete. Insgesamt schätzte Wille die Marktdurchdringung von Selektivverträgen im privat Zahnärztlichen Bereich als wahrscheinlich gering ein. Das Instrument sei eher bei der GKV als bei der PKV denkbar.

Mit Sorge sei die wachsende Angleichung zwischen GKV- und PKV-Elementen zu betrachten, so das Fazit des BZÄK-Vorstandes. BZÄK-Präsident Dr. Dr. Weitkamp warnte eindringlich: „Die wachsende Versozialrechtlichung überzieht schleichend den gesamten Gesundheitsmarkt.“ pr



Foto: Jekel

Prof. Wille erläuterte die Bedeutung von Selektivverträgen.

50. Westerländer Fortbildungstagung ZÄK-SH

Goldene Hochzeit bei Kaiserwetter

Nicht nur die Themenwahl – einmal quer durch die aktuelle Zahnheilkunde mit dem Motto „Die Zukunft hat schon begonnen“ – war wieder einzigartig für die Organisatoren, sondern auch der direkte Draht zu Petrus, der der Jubiläumsveranstaltung der Schleswig-Holsteiner Fortbildungswoche kein besseres Wetter hätte beschern können. Anlass genug, für über 1 300 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus ganz Deutschland, viele mit Praxisteam und/oder Kindern, Omas oder Babysittern, auf die nördlichste deutsche Nordsee-Insel zu reisen, um noch „fitter“ am Stuhl zu werden.



„Wir dürfen nicht der Gefahr unterliegen, im Wandel der Zeiten unsere Wertvorstellungen und ethischen Grundsätze über Bord zu werfen“, warnte der Kammerpräsident Hans-Peter Küchenmeister in seiner Begrüßungsrede.

Was wäre eine feierliche Eröffnung ohne politische Worte des Gastgebers Kammerpräsident Hans-Peter Küchenmeister, die allerdings in Anbetracht der derzeitigen politischen Situation nicht ganz so euphorisch ausfielen: „Nach dem Etikettenschwindel des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV steht den Zahnärzten mit der BMG-GOZ nun neues Ungemach ins Haus“, prophezeite er. „Denn statt die Ausarbeitung der Bundeszahnärztekammer für eine zukunftsfähige prophylaxeorientierte Zahnmedizin zu übernehmen, soll sich die Behandlung der Patienten an der Versorgung der Kassenpatienten orientieren!“ Das verhindere die Entscheidungsfreiheit von Zahnarzt und Patient, so der Kammerpräsident der Schleswig-Holsteiner, unterstützt von den Worten des BZÄK-Vizepräsidenten Prof. Dr. Wolfgang Sprekels,

der eigens zur Eröffnung aus Hamburg angereist war.

Mit 97 Muskeln zum Lachen

„Worüber lachen wir eigentlich?“ fragte Professor Dr. Winfried Ulrich aus Kiel in seinem Festvortrag und beleuchtete den Wirz aus der Sicht des Linguistikers und Didaktikers. Das Lächeln und Lachen sei ein bereits angeborenes Sozialverhalten, das ganz besonders deutlich werde, wenn ein mehrere Wochen alter Säugling bei der Wiedererkennung und zur Sympathiebekundung lächle. Für den Zahnarzt interessant sei, dass beim Lachen 97 Muskeln des gesamten Körpers, vorwiegend jedoch aus dem Schädel- und Gesichtsbereich an dieser „Freudensbekundung“ beteiligt sind.



Begrüßte die mit der Veranstaltung dokumentierte hohe Fortbildungsbereitschaft der Zahnärzte: BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp.

Gleichzeitig steige der Puls auf bis zu 120 Schläge pro Minute und die Lunge nehme drei- bis viermal so viel Sauerstoff auf wie im Normalzustand.

Festabend mit Kongressgeschichte

Anlässlich der gesonderten Feierstunde zum 50sten Jubiläum präsentierte der Vizepräsident Dr. Michael Brandt eine Powerpoint-Replik über die letzten 50 Jahre Insel-



„Wir führen Gespräche auf allen Ebenen, um die Honorarordnung für Zahnärzte voranzubringen und kämpfen gegen die Beratungsresistenz gedanklicher Geisterfahrer!“ BZÄK-Vize Prof. Dr. Wolfgang Sprekels

fortbildung. Als im Jahre 1958 erstmals von Mittwoch bis Samstag Zahnmedizin „erlernt“ wurde, waren bereits 260 Teilnehmer dabei. In den Jahren danach erklärte der damalige Kammerpräsident und spätere BDZ-Präsident Dr. Werner Eggers, Kiel, die Fortbildung zur stetigen Einrichtung, und viele Kollegen und Kolleginnen nutzen diese Zeit, mit der Familie gleichzeitig Ferien zu machen, denn in den Jahren des „Wiederaufbaus“ war an ein Schließen der Praxen oder eine Vertretung aus finanziellen Gründen nicht zu denken. Ab 1990 kamen dann auch noch die Helferinnentage hinzu, und stetig wuchs die Teilnehmerzahl. „Sie sind unsere besten Kunden“, bestätigte die Bürgermeisterin Petra Reiber in ihrer Festrede. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer Dr. Dr. Jürgen Weitkamp verwies auf das für den Berufsstand gegebene, unglaublich po-



Gesundheitsfonds und Auswege aus dem Dilemma: Dr. Peter Kriett (li) hatte Gerhard Schulte eingeladen (re). Hier mit Christine Aschenberg-Dugnus, FDP.

Foto: zm

sitive Alleinstellungsmerkmal, das der Zahnärzteschaft durch das Zahnheilkundengesetz in der deutschen Versorgung gegeben sei. Daraus resultiere aber für jeden Einzelnen auch die Verpflichtung „zum Kompetenzerhalt des Berufstandes durch Fortbildung“. Dass das gelinge, zeige sich, so der BZÄK-Präsident, auch an den hohen Teilnehmerzahlen dieser Veranstaltung.

Die KZV blickt auf den Gesundheitsfonds

Stetige Einrichtung und in diesem Jahr wohl aus aktuellem Anlass sehr stark besucht war die KZV-Veranstaltung, zu der

der KZVSH-Vorsitzende Dr. Peter Kriett diesmal den langjährigen Insider und Ministerialdirektor a.D., Vorstandsvorsitzenden der BBK-Bayern, Gerhard Schulte, gebeten hatte., Kriett beleuchtete die aktuellen Entwicklungen und möglichen Folgen der Gesundheitspolitik aus dem Blickwinkel seines Erfahrungsschatzes.

Rosige Streifen konnte er nicht an den Horizont malen, und sein sachlich vorgetragener, möglicher Ausweg aus dem bevorstehenden Dilemma hatte das Attribut Wettbewerbsbelebung durch Vertragsalternativen unter qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Aspekten (Mehr zur Tagung auch auf Seite 48). sp

zm-Info

Henriettenweg erinnert an erste deutsche Zahnärztin

Aus Dankbarkeit für die 50-jährige Treue zum Tagungsort benannte die Bürgermeisterin von Westerland, Petra Reiber, den „Henriettenweg“, im Norden des Stadtgebietes in einer gesonderten Feierstunde. Bei der Namenspatin handelt es sich um die gebürtige Sylterin Henriette Hirschfeld-Tiburtius, die 1869 zu Deutschlands erster Zahnärztin avancierte. Weil ihr ein Studium in Deutschland als Frau verwehrt wurde, absolvierte sie das Studium der Zahnheilkunde in den USA und eröffnete danach in Berlin eine Praxis, um die übrigens von Männern ein „großer

Bogen gemacht wurde“ (siehe auch zm 1992, Nr. 3, Seiten 58 bis 61). sp



Petra Reiber (li.) enthüllt zusammen mit Hanne Küchenmeister das neue Straßenschild. Mit dabei Dr. Thomas Ruff, Hauptgeschäftsführer SH und Hans-Peter Küchenmeister (re.).

Foto: ZÄK-SH

Geschiebe um den Gesundheitsfonds

Egbert Maibach-Nagel

Aktiv kämpfen für den Gesundheitsfonds eigentlich nur zwei Spitzenpolitikerinnen und ihre Ressorts: Kanzlerin Angela Merkel und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt werben weiterhin für eine termingerechte Einführung des größten Umverteilungspools, den Deutschlands Gesundheitswesen je erlebt hat. Kein Wunder, gilt das wohl folgenschwerste Instrument jüngerer Gesundheitsreformen doch als Kompromiss der Großkoalitionäre, um nach der nächsten Bundestagswahl auf die jeweils präferierten Modelle Bürgerversicherung (SPD) oder Gesundheitsprämie (CDU/CSU) setzen zu können.

Die Sache läuft, die Terminierung der zu leistenden Aufgaben ist bei Weitem überambitioniert. Um bis zum Januar 2009 die „extrem aufwendige Reformtrappe“, so Grünen-Politikerin und Fonds-Gegnerin Renate Künast, aufstellen zu können, muss alles dazu Notwendige inzwischen mit sehr heißer Nadel gestrickt werden. Es geht nicht nur darum, dass der Gesetzgeber am 1. November den bundeseinheitlichen Beitragssatz festlegt. Erforderlich ist weit mehr:

Leistungserbringer und Krankenkassen – diese getragen vom im Juli dieses Jahres offiziell startenden Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpiBu) – müssen ein mittelbar zusammenhängendes System aus Morbiditätsmessung, bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert (zwischen KBV und SpiBu) sowie daraus zu entwickelnden regionalen Variationen erarbeiten. KVen und Landesverbände werden die jeweiligen regionalen Gebührenordnungen (nach § 87 a SGB V) vereinbaren.

Auf Basis der zu eruiierenden kassen- und morbiditätsbezogenen Kopfpauschalen und den daraus erwachsenden interregionalen Umverteilungen unter den Krankenkassen werden dann die regionalen Punktwertvereinbarungen getroffen. Hinzu kommt die Aufgabe, sich bis zum 30. No-

vember auf die Regelleistungsvolumina je Praxis zu einigen. Auch wenn die dafür erforderlichen Berechnungsgrundlagen bereits Ende August bekannt gegeben werden, können sie erst in den letzten Novemberwochen inhaltlich gefüllt werden.

Zwang zum Preis-Dumping

Das bedeutet viel Arbeit. Es geht um die Umverteilung von Milliarden-Summen. 2006 waren es, so inzwischen vom Statistischen Bundesamt Destatis amtlich bestätigt, insgesamt 139,8 Milliarden Euro, die die gesetzlichen Krankenkassen für ihre über 70 Millionen Versicherten in den Ausgaben transferieren mussten. Der GKV-Anteil an den gesamten Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen lag damit bei 57 Prozent. Nur zum Vergleich: Der Anteil für die rund 8,5 Millionen privat Krankenversicherten machte mit 22,5 Milliarden Euro ganze 9,2 Prozent der Ausgaben aus. Der direkte Weg, diese im Verhältnis hohe Summe ebenfalls in den Fonds einsetzen zu können, war politisches Petitum der SPD, wurde aber nicht umgesetzt.

Was bleibt, ist die Kritik an der Einführung des neuen Fonds, dessen Sinn – abgesehen vom strategischen Offenhalten des politischen Spiels – bis heute so gut wie Niemandem geläufig ist. Allen voran sind diesmal die gewöhnlich im Gefolge des Gesetzge-



bers „politreisenden“ gesetzlichen Krankenkassen. Sie wünschen sich zumindest mehr Zeit und Sicherheit bei der Umsetzung – oder Abschwächung – der neuen Struktur. „Letztlich gefährdet der Fonds die medizinische Versorgung“, meint beispielsweise DAK-Chef Herbert Rebscher. Seine Befürchtung: Das Polit-Konstrukt werde die Kassen zwingen, „Dumping-Preise“ zu zahlen.

Der Vorsitzende von Deutschlands zweitgrößter Krankenkasse mahnt insofern zu extremer Vorsicht. Wie sich der Fonds tatsächlich auswirken wird, sei derzeit überhaupt noch nicht abschätzbar. Es sei „ein Blindflug ohne Autopilot“, klagte Rebscher gegenüber „Bild“. Auch auf einer Euroforum-Veranstaltung zur Zukunft der Krankenkassen im April in Dortmund warnte er die Fachwelt ausdrücklich vor diesem „bevölkerungsweiten Modellversuch mit 150 Milliarden Euro Beitragsvermögen“. Statt wie die Bundesregierung „va banque“



Foto: mauritius

zu spielen, setzt Rebscher auf mehr Sicherheit: Man solle im Jahr 2009 den Kassenbeitrag noch nach herkömmlicher Art laufen lassen und – ähnlich wie bei Einführung der DRG's – den Gesundheitsfonds im Hintergrund als Modell mitfahren. Das Wissen um Ziel und mögliche Effekte der gesetzgeberischen Vorgaben sei weitgehend unbekannt. Bisher hätten, so der DAK-Chef, „90 Prozent der Leute, die über den Gesundheitsfonds berichten, die Zusammenhänge nicht verstanden“. Hier wirke Wettbewerb in einer Einheitsstruktur, die „ökonomisch vollkommen falsch“ gesetzt wurde.

Geld: nicht alles, was zählt

Was Rebschers Kollege Johannes Vöcking, Vorstandsvorsitzender der Barmer Ersatzkasse, zu den neuen „Stellschrauben“ Gesundheitsfonds, Morbi-RSA und Euro-EBM äußert, macht die Ausmaße des neuen Sys-

Voll auf „Rot“ setzt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt – auch in Sachen Gesundheitsfonds. Schaffen es die Sozialdemokraten nach der kommenden Bundestagswahl in die Regierung, könnte die Bürgerversicherung das nächste Reformziel werden.

temzuschnitts – und damit mittelbar auch die Folgen für Ärzte- und Zahnärzteschaft – klar: Ein harter Produkt- und Preiswettbewerb mit der Steuerungsmöglichkeit von Kosten, Leistungen und Vertrieb zwingt einzelne GKV'en schon im kommenden Jahr dazu, eine Prämie zu erheben. Die „Jagd auf gesunde Reiche“, eine laut Vöcking „merkwürdige“ Folge der Reform, habe also bereits begonnen.

Auch wenn sich die Versicherten zurzeit abwartend verhalten, scheinen sie, das hat zumindest der BKK-Bundesverband mittels Umfrage herausgefunden, auf dieser Ebene durchaus sensibel: Gut 35 Prozent der GKV-Versicherten würden im Falle eines ab-

nächstem Jahr erhobenen Zusatzbeitrages die Kasse wechseln.

Aber Geld ist längst nicht alles, was zählt: Mehr noch ziehen Service und Qualität. In dieser Hinsicht verbesserte Angebote der Konkurrenz dürften laut BKK sogar 45 Prozent der angestammten Versicherten ins Lager der Konkurrenz treiben. Und bei Überschüssen? 64 Prozent der Versicherten wünschen das Spargeld in das Leistungsangebot ihrer Kasse reinvestiert, 36 Prozent wünschen hingegen Prämien-Auszahlungen.

Damit sind Weg und potenzielles Ausmaß des Wettbewerbs – vor allem in Kombination mit dem jüngst vom Kabinett verabschiedeten Entwurf des Insolvenzgesetzes – quasi vorbestimmt: Wer es nicht schafft, sich mit attraktiven Angeboten und ohne Prämien über Wasser zu halten, verliert alles.

Also doch ein klarer Fall von Wettbewerb? Zumindest in den Augen der Erfinder im Bundesgesundheitsministerium, die nach wie vor die Zahl der im deutschen GKV-System agierenden Krankenkassen für bei Weitem zu hoch halten. Eingeschränkt bleibt diese Art Wettbewerb allerdings weiterhin. Und das nicht nur, weil der Morbiditäts-Risikostrukturausgleich hier zusätzliche Regulierungen schaffen soll. Schließlich bleibt das System unabhängig davon weiterhin budgetiert und bürokratisiert.

Die Hoffnung der Gesetzgeber bleibt: Fusionen und ein klarer Trend zu größeren Einheiten im GKV-Bereich sollen ökonomisch entlastend wirken und damit Druck aus dem System nehmen. Originalton Ulla Schmidt: „Der Gesundheitsfonds wird ab 2009 den Wettbewerb um eine gute Versorgung der Versicherten weiter voranbringen.“ Soviel zur regierenden Volksvertretung.

Die Bombe am System

Die Bürger selbst sehen diesen Fonds als Mittel zu Wettbewerb, Transparenz und Qualität allerdings mit großer Skepsis. Auch wenn aktuelle Umfragen aufzeigen, dass die Versicherten kostensensibel auf die Umstrukturierungen reagieren werden, bewerten auch sie das Polit-Werk „Gesundheitsfonds“ weitgehend negativ. So befürchten zwei Drittel der über 1 100 befragten BKK-

Versicherten, dass im Zuge des Fonds die Kassen-Leistungen auf eine Grundversorgung reduziert werden. Noch deutlicher reagierten die rund 2000 Befragten, die der Meinungsforscher Forsa interviewte: 74 Prozent erwarten mehr Bürokratie, 69 Prozent neue Rekordbeiträge, 71 Prozent befürchten den Weg Richtung Einheitskasse, 84 Prozent wollen eine Aufschiebung des Fonds „um ein bis zwei Jahre“.

Und die ersehnte Ruhe, wie man sie nach einer durchgesetzten „Jahrhundertreform“ eigentlich vermuten müsste, erwarten die Bundesbürger auch nicht: 95 Prozent der Befragten vermuten, dass die jüngste Gesundheitsreform schon bald nachgebessert wird. Das sind Antworten, die zumindest den Forsa-Auftraggeber Techniker-Krankenkasse zufriedenstellen dürften. Dennoch: Auch diese Einschätzungen passen zur sachkundigen Kritik der Fachleute. Logische Folge dieser Art von „Wettbewerb“ wird laut Barmer-Chef Vöcking sein, dass der Druck auf die Seite der Leistungserbringer zunehmen wird. Zu erwarten seien in anderen Branchen verbotene, hier aber strukturell erlaubte „Beträge zu Lasten von Dritten“.

Im Gegensatz zur heutigen Betrachtungsweise, wonach Geld der Leistung zu folgen habe, sei die künftige Zielmarge anders: Künftig werde „Geld dem Erfolg“ zu folgen haben. Was aber in diesem System als „Erfolg“ zu definieren ist, bestimmen, so die Vorstellung Vöckings, künftig die Krankenkassen. Schon die Möglichkeit, immer mehr Einzelverträge abzuschließen, werde den Druck auf die Versorgung steigen lassen: „Hier ist die Bombe an das System der GKV gelegt“, behauptet der BEK-Chef, der via Prämien einen Kampf um Preise und Leistungen kommen sieht.

Darüber hinaus gehen seine Befürchtungen aber in eine ganz andere Richtung. Vöcking sieht eine zunehmende Privatisierung des Gesundheitswesens „ante portas“. Künftig könnten Oligopole Markt und Menschen bestimmen.



Foto: Dt. Bundestag/Lichtblick/A. Meide

Bundeskanzlerin Angela Merkel (o.) und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (r.).



Foto: Dt. Bundestag/L. Johansen/photothek.net

Gemeinsam kämpfen sie für den Gesundheitsfonds als Plattform – alles für eine spätere Ausrichtung auf Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie:

Auch Vöckings Einschätzung zu den Folgen der Selektivverträge lässt aufhorchen: Bisher seien die KVen „wesentliche Säulen unseres Systems“. Aber Verträge wie beispielsweise der mit Medi in Baden-Württemberg würden schon in vier bis fünf Jahren zeigen, dass die Anforderungen an die Ärzte, was Preise und Leistungen angeht, zwangsläufig steigen werden.



Foto: mauritius

Rien ne va plus? Selbst wenn der Fonds funktionieren sollte, steht schon die nächste Reform ins Haus.

Wer dann noch auf eine Umkehr zu alten Verhältnissen hoffen sollte, wird von Vöcking schon heute desillusioniert: Eine Rückführung der Aufgaben an die KVen sei später angesichts deren zwischenzeitlich geschwundener Substanz nicht mehr ohne Weiteres möglich. Das alles klingt nach „Einbahnstraße“ Richtung Einheitsversicherung – allerdings ohne entsprechende Gegenpole auf Seiten der Leistungserbringer.

... wo viele kranke Menschen sind ...

Norbert Klusen, Vorsitzender der Techniker-Krankenkasse, prägt für den jetzt drohenden Strukturrahmen den abstrusen Begriff einer „bürokratischen Marktwirtschaft“. Die Kritik am Fonds sei – anders als Ulla Schmidt es sieht – eben kein „Lobbyisten-Geschwätz“. Sie komme vielmehr aus ganz unterschiedlichen Richtungen. Beteiligt seien Wissenschaftler, Medien, Ärzte, Patienten, Krankenkassen und – selbstredend – auch die jeweilige Lobby der Betroffenen. Auch Klusen macht aus seiner Einschätzung der bevorstehenden Ereignisse keinen Hehl. Er würde „bald lieber das Honorar bei den Zahnärzten erhöhen, als das Geld in die Bürokratie zu stecken“. Für einen Krankenkassenvertreter heißt das Einiges.

Was die künftigen Versorgungsstrukturen und deren Folgen für die Ärzte- und Zahnärzteschaft angeht, hält Klusen Abschreckendes parat: Zum Beispiel die Strategie des US-amerikanischen Erfolgsmodells „Kaiser Permanente“. Dieser private Gesundheitsversorger biete – bei Abschlüssen mit Kleingruppen von jeweils acht bis zwölf Ärzten – für die Leistungserbringer so gut wie keine Verhandlungsmöglichkeiten mehr. Ist das, auch mit Blick auf Therapiefreiheit und freie Arztwahl, tatsächlich ein Modell für Deutschland?

KBV-Dezernatsleiter Bernhard Rochell befürchtet zumindest, dass ein solches Prozedere die Sicherstellung der Versorgung deutlich erschwert. Die auf der Euroforum-Konferenz kolportierte Vor-

stellung, dass künftig statt der Schildan-gabe „Alle Kassen“ dann vor jeder Praxis ein sich ständig änderndes „LED-Band mit den einzelnen Vertragskassen“ laufen müsse, ist nur eine Variante einer künftig immer komplizierter werdenden medizinischen Versorgung. Lauter an den Haaren herbeigezo-gene Argumente?

Ulla Schmidt lässt das jedenfalls kalt. Sie wiederholt, der Fonds schaffe „mehr Ge-rechtigkeit und Wettbewerb“. Künftig fließe mehr Geld dahin, „wo viele kranke Menschen“ sind. Und die zur rhetorischen Simplifizierung neigende Ministerin klagt, wie kann es anders sein, in gewohnter Ma-nier über das „Geschrei der Lobbyisten“.

Zweifel am Terminplan hat sie nach wie vor keine und setzt auf einen weiteren politi-schen Treffer: „Der Gesundheitsfonds wird in Kraft treten“, konstatierte die Ministerin noch Anfang Mai gegenüber der „Berliner Zeitung“: „Er steht im Gesetz. Und ich kenne niemanden, der eine Gesetzesände-rung beantragt hätte.“

Rückendeckung kommt in dieser Angele-genheit allein von der Kanzlerin. Angela Merkel nutzt die per Gesetz auferlegten und logischerweise angegangenen Vorbe-reitungen der Krankenkassen als Hinweis, dass die Termine eingehalten werden. Die Bundesregierung habe, so stellt die Vorsit-zende des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Doris Pfeiffer fest, „sehr viel Mut, das Thema so anzugehen“.

Weit weniger als „mutig“, eher als Zumu-tung betrachten nicht nur die oppositionel-len Fraktionen das Vorhaben. Bündnis 90/Die Grünen wollen den Gesund-heitsfonds ebenso verhindern wie die FDP, deren Gesundheitsexperte Daniel Bahr von Anfang an vor dem Fonds und dessen Folgen gewarnt hat.

Auf den ersten Blick erstaunlicher ist es da schon, dass selbst in SPD-Kreisen gegen den Fonds gewettert wird. Längst ist es nicht mehr nur der früher als Schmidt-Adlatas agierende, heute als parteiinterner Kritikaster geltende SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach, der Angela Merkel auffordert, den Fonds zu stoppen. Die Meinung, dass diese Baustelle keine Probleme besei-

tigt, sondern zu „steigenden Versiche-rungsbeiträgen“ führt, unterstützen auch andere SPD-Politiker aus dem Kreis der Län-der, die erwartungsgemäß durch den Aus-gleich aus dem Gesundheitsfonds belastet werden – allen voran noch Bayern und Baden-Württemberg. Der vom Zaun gebro-chene Streit um die Konvergenzklausel, die den Abfluss der landesbezogenen Mittel in den Fonds auf 100 Millionen Euro be-schränken soll, hat bisher laut BMG aber zu keinen Eingaben für eine Änderung der Gesetzgebung geführt.

Klar dürfte selbst der bayerischen CSU-Lan-desspitze sein, dass die restlichen Bundes-länder im Gegenzug von den Fondsrege-lungen profitieren. Somit ist auf dieser Ebene nicht mit ungeteilter Unterstützung im Bundesrat zu rechnen. Ergo: Die Kritik der Bayern dient vielleicht den Landtags-wahlen, scheint aber angesichts der jungs-tens weitaus versöhnlicher klingenden Worte seitens der bayerischen Landesregie-rung nicht zu eskalieren. Für die Bundesre-gierung schafft das Raum zum Atmen.

Auf dem Weg zur nächsten Reform

Damit das so bleibt, verspricht die Bundes-gesundheitsministerin lautstark stützende Maßnahmen und beschwichtigende „Ge-schenke“: Den Ärzten will sie 2,5 Milliarden Euro geben, zusätzlich zu den vereinbarten vier Milliarden, die aus Steinbrücks Steuer-säckel ins System transferiert werden sol-len. Rien ne va plus? Immerhin kann auf

diese Weise zumindest Bayerns Politik vorü-bergehend im Zaum gehalten werden.

Die Ärzte selbst haben auf ihrem diesjähri-gen Ärztetag in Ulm jedenfalls nicht 2,5, sondern 4,5 Milliarden Euro zusätzlich zu den steuergenerierten Beiträgen gefordert. Entscheidend sei für die Ärzteschaft gar nicht, dass der Fonds kommt. Entscheidend sei vielmehr, so KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller im Deutschen Ärzteblatt, „ob das Geld im Fonds reicht“ und die „Ausge-staltung des Orientierungspunktwertes“ stimmt. Die Kampagne „Gesundheitsfonds – so nicht!“, die von Ärzten, Zahnärzten und anderen heilberuflichen Organisationen im Süden Deutschlands gestartet wurde, soll Druck gegen die Fonds-Pläne machen.

Eines hat der Streit um den Gesundheits-fonds schon erreicht: Das große „Wettbe-werbssinstrument“ hat dazu geführt, dass die GKV-Versicherten dieses Jahr deutlich seltener die Krankenkasse wechseln. Mehr als 50 Prozent weniger Abgänge als im Vor-jahr zählt die DAK, die Hälfte des Vorjahres die AOK-Rheinland-Pfalz – und das, obwohl sie eine der teuersten Kassen Deutschlands ist. Das ist einerseits Wasser auf die Mühlen der Kritiker, aber auch Bestätigung für die Befürworter der staatlichen Einheitskasse. Das eigentliche Problem – eine nachhal-tige Finanzierung zu entwickeln – wird im Zuge des Gesundheitsfonds jedenfalls nicht mehr angepackt.

Heftige Turbulenzen für die nächste Bun-destagswahl wird der Gesundheitsfonds trotzdem bringen. Zumindest dann, wenn kurz vorher Krankenkassen Insolvenz an-melden sollten, Schmidtsche Zusagen an die Leistungserbringer nicht so aus-fallen, wie bisher angedeutet oder die Versicherten es einfach nicht mehr hin-nehmen, dass trotz Reformen die Bei-tragssätze weiter in ungewisse Höhen steigen. Schon heute ist man über-zeugt, dass die 15-Prozent-Beitragssatz-grenze bald fallen wird. Die Politiker stört das augenscheinlich wenig. Sie wollen die nächste Wahl gewinnen. Wer dann am Drücker ist, der wird – da ist sich die Fachwelt sicher – ziemlich schnell die nächste Gesundheitsreform vorbereiten müssen. Faites vos jeux? ■



Foto: mauritius

Weder rot noch schwarz? Für reformerische Denkmö-delle jenseits von Bürgerversicherung oder Gesundheits-prämie gibt es keine politischen Mehrheiten.

Differenzialdiagnose zervikaler Raumforderungen

Infizierte laterale Halszyste

Peer W. Kämmerer, Marcus Oliver Klein, Wilfried Wagner



Fotos: Kämmerer

Abbildung 1: Klinischer Befund; es zeigt sich eine pralle Raumforderung zervikal rechts, welche anamnestisch schnell gewachsen war.

Ein 47-jähriger Patient wurde notfallmäßig zugewiesen mit einer progredienten Raumforderung rechts zervikal. Die extraorale Untersuchung zeigte eine umschriebene, zirka 5 x 5 cm messende derbe, druckindolente Schwellung kraniozervikal rechts, welche der Unterkieferbasis nicht adhären war (Abbildung 1). Es boten sich keine weiteren klinischen Auffälligkeiten, insbesondere zeigte sich die Haut über dem Befund unverändert und verschieblich. Enoral stützte ein drittgradig gelockerter, parodontal geschädigter Zahn 47 die primäre Einweisungsdiagnose eines dentogenen submandibulären Abszesses.

Die Panoramaschichtaufnahme dokumentierte eine ausgedehnte periradikuläre Aufhellung des Zahnes 47 (Abbildung 2). Allerdings zeigten sich nicht die klassischen Zeichen eines ausgedehnten primären dentogenen Logenabszesses wie angehobener Mundboden, Schluckbeschwerden, kloßige Sprache, eingeschränkte Mundöffnung, Überwärmung und Druckdolenz des zervi-

kalen Befundes. Die weitere intraorale Inspektion war unauffällig. Anamnestisch gab der Patient an, dass sich der Befund innerhalb der letzten 14 Tage entwickelt habe. Eine Tumorgeschichte oder Voroperationen ließen sich im Kopf-Hals-Bereich



Abbildung 2: Orthopantomogramm; ausgedehnte periradikuläre Aufhellung des Zahnes 47



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

nicht eruieren. Des Weiteren lagen weder eine B-Symptomatik noch relevante internistische Vorerkrankungen vor.

Laborchemisch ergab sich eine moderate Entzündungsreaktion (CRP: 10mg/l, Leukozyten: 13,6/nl). Die Schilddrüsenparameter (TSH, ft3 und ft4) lagen im Normalbereich. Eine virale Erkrankung bezüglich EBV, HIV, CMV und Adenoviren konnte ausgeschlossen werden.

In der Sonographie des Befundes zeigte sich eine gut abgrenzbare, zystische Struktur mit soliden Randanteilen ohne direkten Bezug zur Schilddrüse. Die periphere Gewebetextur ähnelte einem Lymphknoten, jedoch ließ sich kein Hiluszeichen erkennen (Abbildung 3).

Da differenzialdiagnostisch eine Neoplasie im Raum stand (Lymphom, Metastase eines unbekanntes Primärtumors), wurde zunächst ein Computertomogramm zum weiteren Staging veranlasst. Auch hierbei prä-



Abbildung 3: Ultraschall Kopf/Hals; zervikal rechts zeigt sich eine homogen gefüllte Struktur mit einer glatten, nicht durchbrochenen Begrenzung und dorsalem Schallschatten.

sentierte sich die vor dem Musculus sternocleidomastoideus lokalisierte Raumforderung als gut abgrenzbarer zystischer Befund mit solider, isodenser Kapsel ohne Kontrastmittelanreicherung (Abbildung 4). Bei Verdacht auf eine infizierte laterale Halszyste stellten wir die Indikation zur operati-

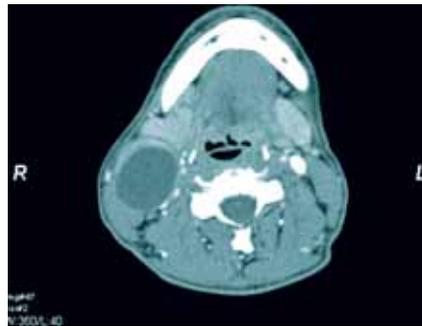


Abbildung 4: Computertomogramm des Halses; der Befund imponiert als runde, bekapselte, hypodense Struktur kraniozervikal rechts.

ven Entfernung und Dignitätsbestimmung des Befundes. Aus dem gut herauslösbaren Tumor (Abbildung 5) entleerte sich nach Inzision eine trübe Flüssigkeit (Abbildung 6). Der Anschnitt offenbarte einen von einer soliden Kapsel umgebenen zystischen Hohlraum.

Die histopathologische Befundung (Abbildung 7) bestätigte letztendlich die Diagnose einer infizierten lateralen Halszyste.

Diskussion

Das oben beschriebene Krankheitsbild ist eine zystische Entwicklungsstörung im Bereich des M. sternocleidomastoideus und zählt zu der Gruppe der kongenitalen Malformationen im Kopf- und Halsbereich. Bezüglich ihrer Entstehung existieren mehrere Erklärungsansätze: So werden ein fehlerhafter Verschluss der embryonalen Kiemenbögen [Hosemann, Wigand, 1988], Residuen der zervicalen Sinus [His, 1886], eine ausbleibende Obliteration des thymopharyngealen Kanals [Wenglowski, 1911] oder auch primär zystisch veränderte zervikale Lymphknoten [King, 1949] diskutiert. Während sich andere Entwicklungsstörungen der embryonalen Kiemenbögen wie Si-

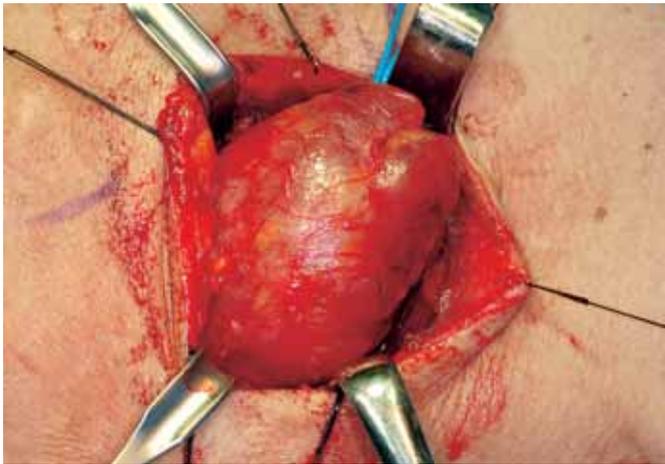


Abbildung 5:
Intraoperativer Situs;
Präparation der
Raumforderung

■ Unklare, rasch progrediente Halschwellungen bedürfen einer sorgfältigen Abklärung. Bei nicht eindeutiger Bildgebung ist die pathohistologische Dignitätsbestimmung obligat.

■ Die laterale Halszyste ist eine kongenitale, oft langjährig asymptomatische Läsion, die oftmals erst im Erwachsenenalter nach Infektionen und Traumata symptomatisch (Schwellung) wird.

■ Auch wegen des nicht immer benignen Charakters ist das Mittel der Wahl die vollständige chirurgische Exzision mit histologischer Abklärung.



Abbildung 6: Resektat;
nach Stichinzision entleert sich eine gelbliche Masse aus der Raumforderung.

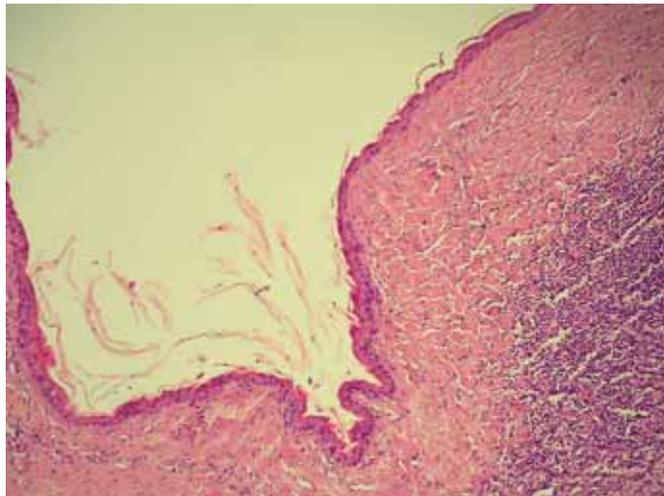


Abbildung 7:
Histologie;
charakteristisches
systemauskleidendes
Platteneithel,
mit lymphatischem
Gewebe durchsetztes
Stroma

nus und Fistelungen meist schon im Kindesalter manifestieren, fällt die Diagnosestellung einer lateralen Halszyste oftmals zwischen die zweite und vierte Lebensdekade. Sie wird in der Regel durch Infektionen oder Traumata, bevorzugt des Respirationstraktes, symptomatisch und präsentiert sich dann häufig als umschrieben bewegliche Raumforderung [Som, Smoker, 2003]. In der vorliegenden Kasuistik ließ sich bis auf die parodontale Erkrankung des Zahnes 47 ein derartiges Ereignis jedoch nicht feststellen. Die Geschlechterverteilung ist ungefähr gleich, in manchen Fällen wird

ein erblicher Zusammenhang beobachtet. Obwohl es sich bei den meisten zervikalen Zysten um gutartige Raumforderungen handelt, sind auch maligne Varianten beschrieben worden. Während primäre Karzinome auf dem Boden einer Halszyste extrem seltene Entitäten darstellen, kommt es häufiger zur Metastasenbildung in den Zysten, was zudem die erste klinische Manifestation eines bis dato unbekanntes Primärtumors darstellen kann [Flanagan, Roland et al, 1994]. Bei rasch progredienten, schmerzlosen zervikalen Raumforderungen müssen neben gutartigen Zystenbildungen vor allem Lymphknotenmetastasen (unbekannter Primärtumore) und maligne Lymphome differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden.

Therapie der Wahl sollte bei unklaren zervikalen Raumforderungen der oben beschriebenen Dimension somit die komplette chir-

urgische Entfernung mit definitiver pathohistologischer Diagnosesicherung sein. Für laterale Halszysten sind Rezidive nach einer solchen Exzision mit null bis sieben Prozent eher selten beschrieben worden [Nicollas, Guelfucci, 2000].

Dr. Peer W. Kämmerer
Dr. Dr. Marcus Oliver Klein
Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2
55131 Mainz
kaemmerer@mkg.klinik.uni-mainz.de



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



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

Beachtenswertes vor der Implantation

Prophylaxe, Diagnostik und Therapiemodule periimplantärer Erkrankungen

Joachim Kowolik

Bis Ende 2004 galten implantologische Versorgung als reine Privatleistungen, an deren Kosten sich die gesetzlichen Krankenkassen nicht beteiligten. Mit der Einführung der Festzuschussrichtlinien zum 1. Januar 2005 bei der Versorgung mit Zahnersatz von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erhalten diese nun auch die Möglichkeit, moderne Therapiekonzepte bei der Versorgung mit Zahnersatz in Anspruch nehmen zu können. Für nicht wenige Patienten bedeutet das auch eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität. Neben der kompromisslosen Evaluierung und Ausschaltung der medizinischen Risikofaktoren verlangt diese Therapieform aber eine perfekte Mitarbeit des Patienten, in deren Mittelpunkt insbesondere die konsequente häusliche Zahnpflege durch Plaqueentfernung steht.

Die Therapiefreiheit der Implantationsmöglichkeit nutzen immer mehr Patienten in Deutschland bei der Versorgung mit ihren „dritten“ Zähnen. Waren es im Jahr 2001 nur rund 200 000 gesetzte Implantate, so hatte sich diese Zahl bis 2006 nahezu auf 600 000 Zahnimplantate bei etwa 180 000 Patienten verdreifacht. Schätzungen zufolge werden weltweit jährlich mehr als 1,5 Millionen Zahnimplantate gesetzt, wobei die Zuwachsrate pro Jahr auf 15 bis 20 Prozent veranschlagt wird.

Innovationsträger der Zahnheilkunde

Der Wunsch, sich auch nach dem Verlust eigener Zähne mit Ersatzzähnen die Lebensqualität zu erhalten, bewegte schon das Volk der Mayas in Mittelamerika um 700 nach Christi. So fand man 1931 in Honduras das Unterkieferfragment einer etwa 20-jährigen Frau, in dem drei verloren gegangene Schneidezähne durch zahnförmige Strukturen aus den Schalen von Schnecken in die Alveolen implantiert waren.

Das moderne Zeitalter der zahnärztlichen Implantologie begann 1948, als die beiden Amerikaner Gershoff und Goldberg als erste das von dem Schweden Dr. Gustav Dahl entwickelte subperiostale Implantat einsetzten, das sich aber wegen einer hohen Misserfolgsrate durch Infektionen nicht

durchsetzen konnte [Ring, 1995]. Den Durchbruch schaffte hingegen 1965 ein anderer Schwede, P. I. Brånemark, der als erster ein Titanium-Implantat entwickelte, dieses in den Kieferknochen implantierte und somit auch den Begriff der „Osseointegration“ prägte [Ring, 1995].

Diese Osseointegration oder auch Osseoinorporation des Implantats machte die zahnärztliche Implantologie zum heutigen Innovationsträger der Zahnheilkunde. Rund 98 Prozent dieser Eingriffe verlaufen erfolgreich. Nach neun bis 14 Jahren geht jedoch eines von sechs Implantaten durch eine Periimplantitis wieder verloren [Roos-Jansaker et al., 2006].

Umfassende Evaluierung minimiert den Misserfolg

Um dem Verlust eines Implantats vorzubeugen, bedarf es vor der eigentlichen Implantatbehandlung einer gründlichen Evaluierung möglicher Kontraindikationen und Risikofaktoren.

Potenzielle Kontraindikationen sind

- nicht eingestellter Diabetes
- Osteoporose
- Alkohol- und Nikotinabusus
- Strahlentherapie nach Tumorbehandlung im Kieferbereich
- Schlechte Mundhygiene [Cochran, 1996]

Eine altersbedingte Kontraindikation gibt es nicht, Voraussetzung für eine mögliche Implantation ist jedoch die Stabilisierung einer vorhandenen systemischen Erkrankung [Babbush, 2001].

Intraorale Voraussetzungen erfolgreicher Implantation

Um das Risiko eines Implantatverlustes zu minimieren, sind bei der Auswahl potenzieller Implantatpatienten strenge Maßstäbe anzulegen. Neben einer ausgezeichneten Oralhygiene sind sowohl der Parodontalstatus als auch die Qualität des Knochens, in welchen das Implantat inseriert werden soll, Kriterien, die über den klinischen Erfolg oder Misserfolg dieser Therapie entscheiden. Patienten mit einer aktiven Parodontalerkrankung haben ein deutlich höheres Risiko, an einer Periimplantitis zu erkranken oder in Folge das Implantat zu verlieren. Rund 35 Prozent aller extrahierten Zähne bei über 40-jährigen Patienten mussten aufgrund einer Parodontalerkrankung entfernt werden [Klinge et al., 2005]. Eine zuvor erfolgte Reduzierung dieser parodontalpathogenen Keime in den infizierten Taschen kann eine Migration dieser auf die Implantate minimieren und somit die Erfolgsaussichten der Implantation verbessern [Qayrinen et al., 2002]. Neben dieser mikrobiologischen Risikominimierung sind



Mangelhafte Mundhygiene und das Fehlen einer professionellen Betreuung können zum Totalverlust des Implantats und Zahnersatzes führen.

auch, vor allem zur Vermeidung einer retrograden Periimplantitis, endodontisch auffällige Zähne in der unmittelbaren Nachbarschaft von dentalen Implantaten vorab zu therapieren. Gleiches gilt für die Entfernung von Wurzelresten oder anderen im Kieferknochen belassenen Fremdkörpern.

Risikofaktor Parodontitis

Bei einem großen Teil der Implantatpatienten wurde der Zahnverlust vorab durch Parodontopathien verursacht. Es stellt sich deshalb die Frage, inwieweit Patienten mit einer parodontalen Vorgeschichte einem erhöhten Risiko einer Periimplantitis unterliegen. In einer Zehn-Jahres-Studie konnte nachgewiesen werden, dass diese Patientengruppe eine fünffach höhere Inzidenz einer Periimplantitis als parodontal Gesunde hatte [Karoussis et al., 2003]. Prof. Elmar Reich stellte zu diesen Fragen auf einem Symposium während der Jahrestagung der DGP 2007 in Bonn die Ergebnisse einer Konsensuskonferenz in Lindau vor. Danach lautet der 1. Implantologische Imperativ: Kein Implantat bei bestehender Parodontitis! Es dürfte deshalb selbstverständlich sein, dass vor einer Implantatbehandlung alle parodontalen Pathogene aus den Taschen natürlicher Zähne entfernt werden,

1. Implantologischer Imperativ:
Kein Implantat bei bestehender Parodontitis!

um so eine mögliche Kolonisation dieser Keime in der periimplantären Bakterienflora zu verhindern [Sumida et al., 2002]. Falsch ist jedoch die Annahme, dass durch eine Entfernung aller Zähne eine Reinfektion der Implantate mit parodontalpathogenen Keimen verhindert werden könne. Diese Keime überleben selbst nach der Eliminierung aller parodontalen Taschen in Nischen, wie der buccalen Mukosa, dem Zungenrücken und den Tonsillen [Lee et al., 1999].

In diesem Zusammenhang ist auch der von den Teilnehmern der oben erwähnten Konsensuskonferenz postulierte 2. Implantologische Imperativ zu sehen: Keimzahl möglichst im ganzen Mundraum senken!

Somit wird gerade der Zahnerhalt bei Patienten mit einer parodontalen Vorschädigung wichtig, da diese ein erhöhtes Risiko haben, auch an einer Periimplantitis zu erkranken [Zitzmann et al., 2006]. In nicht wenigen Fällen verbleiben noch nach dem Einbringen von Implantaten in der Mundhöhle extraktionswürdige Zähne, welche zunächst noch zum Erhalt der Kaufähigkeit oder zur Aufnahme beziehungsweise Befestigung eines Interimsersatzes bis zur abschließenden Behandlung verbleiben.

2. Implantologischer Imperativ:
Keimzahl möglichst im ganzen Mundraum senken!

Weil zur Extraktion vorgesehen, werden diese Zähne aus Kostengründen präoperativ keiner adjuvanten Parodontalbehandlung mehr zugeführt und sind somit in dieser Übergangsphase ein leicht übersehenes und kritisches Reservoir für parodontalpathogene Keime.

Chlorhexidin-Diglukonat zur Keimreduktion

Eine wesentliche Voraussetzung für eine positive Langzeitprognose von dentalen Implantaten ist deren stabile Osseointegration bei entzündungsfreien periimplantären Verhältnissen [Buzello et al., 2005]. Zum Erreichen dieses Ziels darf eine adjuvante mikrobielle Behandlung nicht erst nach Abschluss des kieferchirurgischen Eingriffes einsetzen, sondern sollte bereits vor der Implantation beginnen. Deshalb ist von einem mehrstufigen modularen Konzept, nämlich in der prä- und postoperativen Phase sowie bei der regelmäßig zu erfolgenden Erhaltungstherapie, auszugehen.

Präoperative Betreuung

Wie bereits oben dargelegt, ist während dieses Behandlungsmoduls eine erforderliche Parodontalbehandlung erfolgreich abzuschließen. Raucherpatienten müssen

das Rauchen eingestellt haben. Eine prophylaktische Gabe von Antibiotika ist im Prinzip nur bei Patienten mit Herzerkrankungen oder einem erhöhten Risiko hierfür indiziert. In zahlreichen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass ein frühzeitiger Implantatmisserfolg unabhängig von der Verabreichung von Antibiotika ist, die Einhaltung strenger Mundhygienevorgaben hingegen ist für den Erfolg essenziell [Quyrinen et al., 2002]. Kurz vor dem eigentlichen operativen Eingriff sollte zweimal 60 Sekunden lang mit einer wirksamen Chlorhexidindigluconat-Lösung gespült werden. Dabei sollten für das jeweilige, möglichst arzneiliche Produkt entsprechende Wirksamkeitsnachweise vorliegen, bevor es zu einem Einsatz in der Zahnarztpraxis kommt. Die Frage nach dem Alkohol in der jeweils eingesetzten Mundspül-Lösung sollte der Zahnarzt vor dem Hintergrund des jeweiligen Patienten selbst beantworten. Für Patienten, die Alkohol meiden wollen oder meiden sollen, bieten sich entsprechende CHX-Mundspül-Lösungen mit klinischem Wirksamkeitsnachweis an (wie Chlorhexamed® alkoholfrei). Untersuchungen zeigten, dass dadurch die bakterielle Keimbelastung im Speichel um bis zu 97 Prozent gesenkt werden kann [Veksler et al. 1991]. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen RKI-Richtlinien ist dieser letzte Punkt nicht nur für die implantologisch tätige Zahnarztpraxis relevant.

Postoperative Implantat-Hygiene

Es ist unerheblich, ob das gesetzte Implantat zunächst in der Einheilphase durch die abdeckende orale Mukosa mit einer dichten Naht geschützt wird und damit eine bakterienfreie Osseointegration möglich, oder ob bei einem einphasigen Vorgehen das Implantat bereits die Schleimhaut durchbricht und in der Mundhöhle sichtbar ist. Bei der einphasigen Vorgehensweise ist das Implantat nur früher einer potenziell pathogenen Mikroflora ausgesetzt. Da eine komplexe subgingivale Mikroflora sich schon innerhalb einer Woche an einer bei der Insertion noch sterilen Implantat-

		Diagnostik	Therapie		
Taschentiefe / Sulkusblutung (BOP)	3 mm, Plaque: (-), BOP: (-)		keine Therapie		
	3 mm, Plaque: (+), BOP: (+)		Modul A	Periimplantäre Mukositis	
4-5 mm, Plaque: (+), BOP: (+)		Modul A + Modul B			
	> 5 mm	Röntgen Knochenabbau?	0 mm, BOP: (+)	Modul A + Modul B	Periimplantitis
	> 5 mm		2 mm, BOP: (+)	Modul A + Modul B + Modul C (+?) Modul D	
		> 2 mm, BOP: (+)	Modul A + Modul B + Modul C + Modul D		
			Modul A + Modul B + Modul C + Modul D		

Therapie-Module	
Modul A	Professionelle Zahnreinigung (an Implantaten mit nicht-metallischen Kurettens und nicht-abrasiver Polierpaste); Unterweisung / Korrektur der häuslichen Zahnpflege
Modul B	Spülung oder Gel-Applikation von Chlorhexedin-Digluconat (0,1 bis 0,2-prozentige Lösung für zirka 60 Sekunden oder Gel (0,2-prozentig) zweimal pro Tag, drei bis vier Wochen).
Modul C	Systemische Antibiotika-Therapie (z.B. Kombination von Amoxicillin (375 mg x 3) und Metronidazol (250 mg x 3) über 10 Tage). Erfolgsprüfung mittels mikrobiologischer Diagnostik („Real-Time Polymerase Chain-Reaction“)
Modul D	Mechanische oder Laser-assistierte Implantatdekontamination, operative Maßnahmen durch resektive oder / und augmentative Eingriffe.

Diagnostik- und Therapieschema der periimplantären Mukositis und Periimplantitis (Umzeichnung des „cumulative interceptive supportive therapy (CIST) protocol“, [Lang et al., 2004])

oberfläche im periimplantären Sulcus entwickeln kann, wobei als Quelle dieser „Reinfektion“ neben den Taschen natürlicher Zähne auch die oralen Weichgewebe und die Zunge gelten [Quyrinen et al., 2005], ist der Patient gehalten, mit einer sanften und gründlichen Reinigung, vor allem auch im Operationsbereich, für ausreichende Plaqueentfernung zu sorgen. Es empfiehlt sich hierbei die Fortsetzung der Mundspülungen mit Chlorhexidindigluconat, wobei dieses Arzneimittel auch in Gelform mittels Gazetupfer (oder Wattestäbchen in der häuslichen Anwendung) aufgetragen werden kann. Diese sanfte Reinigung ist jedoch nur in der initialen Heilungsphase angezeigt. Es ist dabei unerheblich, ob mit einer elektrisch betriebenen oder einer Handzahnbürste gereinigt wird [Esposito et al., 2004]. Als Zahnpasta ist eine schwach abrasive in Verbindung mit einer weichen Zahn-

bürste zu empfehlen, um so Oberflächenschäden an dem mit Titanium beschichteten Implantat zu vermeiden [Hossain et al., 2006]. Unabdingbar ist daneben auch der Einsatz von Zahnseide. Da der Patient, anders als bei natürlichen Zähnen, im periimplantären Sulcus unter der Implantatschulter reinigen muss, gibt es hierfür eine spezielle Zahnseide.

Die Implantat-Hygiene in der Erhaltungsphase

In einem individuell festgelegten Recallsystem muss bei diesen Patienten eine regelmäßige Evaluation des Implantatzustandes durchgeführt werden.

Dem Patienten muss vorab anschaulich verdeutlicht werden, dass auch Implantate „erkranken“ können und ein solcher Misserfolg unter Umständen den gesamten,

teuer erkaufte Zahnersatz gefährden kann. Eine für die klinische Anwendung sinnvolle Einteilung der verschiedenen Stadien periimplantärer Erkrankungen orientiert sich am Ausmaß der Osseodestruktion [Strub et al., 1994].

In Anlehnung an die Begriffe „Gingivitis“ und „Parodontitis“ aus der Parodontologie wird in der Pathologie osseointegrierter Implantate zwischen periimplantärer Mukositis und einer je nach Knochenverlust in drei Klassen unterteilten Periimplantitis unterschieden.

Dentale Implantate verzeichnen nur dann einen Langzeiterfolg, wenn die sie umgebende periimplantäre Mukosamanschette aus keratinisiertem Saumeptithel und dem darunter liegenden subepithelialen Bindegewebe dicht abschließt, um den Kieferknochen vor einem bakteriellen Infiltrat aus der Mundhöhle zu schützen. Im Unterschied zum natürlichen Zahn enthält das Bindegewebe lateral der Implantatober-

besonders stabilen Biofilm an und sind in dieser Region geschützt vor mechanischer Zerstörung und nahezu unerreichbar für die Immunabwehr und systemische antibakterielle Therapien [Zitzmann et al., 2006]. Aufgrund der geringeren Vaskularisierung sind die typischen Entzündungszeichen Rötung und Schwellung bei der periimplantären Mukositis geringer ausgeprägt als bei einer Gingivitis. Deshalb kommt der Sondierung als Diagnosemittel eine herausragende Bedeutung zu.

Damit werden bereits frühzeitig Entzündungsprozesse lokalisiert, die sich durch Blutung (BOP), Suppuration und erhöhte Sondierungstiefen manifestieren. Bei dieser Sondierung ist darauf zu achten, dass der Sondierungsdruck zur Vermeidung von Gewebetraumata sich zwischen 0,2 bis 0,25 N bewegt [Lang et al., 2004]. Im Gegensatz zur Periimplantitis ist die periimplantäre Mukositis eine vollständig ausheilbare Erkrankung bei einer adäquaten und konse-



Mit einer Kunststoffsonde werden frühzeitig periimplantäre Erkrankungen lokalisiert.

fläche nur wenige Gefäße. Diese geringere Vaskularisierung und das Fehlen der desmodontalen Gefäße ist eine Erklärung dafür, dass das periimplantäre Weichgewebe eine geringere Abwehrfunktion gegenüber exogenen Noxen hat [Buser et al., 1992].

Periimplantäre Mukositis

Diese Erkrankung erfolgt wie bei einer Gingivitis zunächst durch eine fortbestehende Plaqueakkumulation. Die Kolonien bildenden Bakterien lagern sich dem submukosal

quenzen Therapie. Diese besteht zunächst aus einer vollständigen Entfernung der Plaqueakkumulation mittels mechanischer Instrumentierung und Politur zur Wiederherstellung der Mundhygienefähigkeit sowie dem häuslichen Einsatz geeigneter Zahnbürsten und Hilfsmittel zur speziellen Reinigung der Interdentalräume. Eine vorherige Anfärbung mit Plaquefärbetabletten erleichtert hierbei die gezielte Entfernung der Beläge. Ergänzt wird diese Therapie durch die antiseptische Behandlung mit lokal applizierten Chlorhexidin-Gels (ein-

prozentiges CHX) und / oder Spülungen (0,2-prozentiges CHX) [Lang, 1997]. Patienten, welche Schluckbeschwerden haben oder nicht den Mund spülen können, sollte der Einsatz eines Chlorhexidin-Sprays (0,2-prozentiges CHX) empfohlen werden [Burtner et al., 1991].

Die Überlegenheit des Chlorhexidin-Sprays gegenüber anderen Sprays mit den Wirkstoffen Cetylpyridiniumchlorid (CPC) beziehungsweise Triclosan (TRN) konnte in experimentellen Studien nachgewiesen werden [Pizzo et al., 2006]. Gegenüber dem oft als Spray verwendeten Wirkstoff Hexetidin weist Chlorhexidin eine wesentlich höhere Substantivität auf, so dass der Wirkstoff deutlich länger im Mund haften und wirken kann [Roberts et al., 1981]. In einer weiteren Untersuchung wurde die Effizienz eines 0,2-prozentigen Chlorhexidin-Sprays mit der einer 0,2-prozentigen Chlorhexidinspülung verglichen. Dabei war der therapeutische Effekt von Spülung und Spray gleich groß [Kalaga et al., 1989].

Periimplantitis

Bei einem Fortbestehen der mukosalen Entzündung und anfälligem Wirtsorganismus besteht die Gefahr einer Periimplantitis, die neben der vorhandenen Weichgewebsentzündung durch eine irreversible periimplantäre Knochendestruktion bestimmt wird. Das Fortschreiten der Entzündung in die Tiefe des periimplantären Knochens wird hierbei begünstigt durch das Fehlen der in der Zementoberfläche inserierenden Fasern beim natürlichen Zahn. Als diagnostisches Mittel sollte hierbei ein Einzelzahn-Röntgenbild eingesetzt werden, welches nach der Paralleltechnik achsengerecht das Implantat darstellt [Zitzmann et al., 2006]. Die Bewertung des krestalen Knochens – also der am weitesten koronal beziehungsweise marginal gelegene Anteil des periimplantären Knochens – ist hierbei der wichtigste Parameter [Kirsch et al., 1999].

Bei einer Periimplantitis zeigt sich im Röntgenbild meist ein zirkulärer schüsselförmiger Defekt. Wie bei parodontalen Erkrankungen finden sich bei der Periimplantitis



Ein breites Angebot von Chlorhexidindigluconat-Anwendungen ermöglicht den Patienten eine effiziente antiseptische Behandlung.

eine große Anzahl gramnegativer, anaerober Bakterien. Zur gezielten Therapie dieser Infektion können mikrobiologische Testverfahren Hinweise für ein geeignetes spezifisches Antibiotikum geben oder auch zur Überprüfung des Therapieerfolges eingesetzt werden. Als die wichtigsten parodontalpathogenen Markerkeime gelten in diesem Zusammenhang *A. actinomycescomitans*, *P. gingivalis*, *T. forsythensis*, *P. intermedia* und *T. denticola*. Bei der Initialbehandlung dieser schweren Erkrankungsform sind die gleichen Maßnahmen wie bei der Mukositis zur Bekämpfung der pathogenen Keime zu treffen, bevor durch chirurgische Interventionen der Erhalt des erkrankten Implantats angestrebt wird.

Resümee

Der Einsatz zahnärztlicher Implantate bedeutet für den Patienten bei der Versorgung mit Zahnersatz eine nachhaltige Erweiterung der prothetischen Therapiemöglichkeiten. Verbunden sind damit aber auch eine unter Umständen körperliche und psychische Belastung durch die chirurgische Intervention zur Implantation, welche in nicht wenigen Fällen durch operative Eingriffe wie Sinuslift oder Kieferaugmentationen vorbereitet werden müssen. Der Umfang und Aufwand dieser Behandlung spiegelt sich auch in den daraus folgenden Kosten wider, die bei größeren chirurgischen Wiederherstellungsmaßnahmen einschließlich der prothetischen Suprastruktur in der Regel mehrere tausend Euro betragen.

Neben der kompromisslosen Evaluierung und Ausschaltung der medizinischen Risikofaktoren verlangt diese Therapieform eine perfekte Mitarbeit des Patienten, in deren Mittelpunkt insbesondere die konsequente häusliche Zahnpflege durch Plaqueentfernung steht. Darüber hinaus sind diese Patienten durch ihren Zahnarzt in ein individuelles Recallsystem einzubinden, das den gesunden Erhalt der Implantate sichert und erforderlichenfalls frühzeitig periimplantäre Erkrankungen erkennt und einer adäquaten modularen Therapie zuführt. Der Einsatz von Chlorhexidindigluconat-Anwendungen zur Verminderung der pathogenen Keime im Biofilm und der Störung ihrer Adhäsion an Implantaten und Suprastrukturen wurde in zahlreichen Untersuchungen in den vergangenen Jahrzehnten nachgewiesen. Durch die Anwendung als Gel, Spül-Lösung oder auch Spray können die unterschiedlichsten therapeutischen Anforderungen in allen Phasen einer Implantattherapie erfüllt werden.

Dr. med. dent. Joachim Kowollik
Laufer Str. 8
77833 Ottersweier

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.

Fazit der 50. Westerland-Fortbildung

Die zahnmedizinische Zukunft hat bereits begonnen

Ganz im Zeichen des Jubiläums stand die diesjährige Fortbildungsveranstaltung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, denn sie feierte ihr 50. Jubiläum. Rund 1 300 Zahnärztinnen, Zahnärzte und ihre Teams waren auf die Insel gereist, um sich zu Themen rund um die Zukunft der Zahnmedizin in der Praxis fortzubilden, neue Perspektiven zu diskutieren und Fachkontakte zu pflegen.



Morgens um 7 Uhr ist die Welt noch in Ordnung

Was wäre die Westeländer Fortbildungstagung ohne ihre Lauftreffs. Morgens um sieben Uhr kommen sie aus allen Ecken, teils verschlafene, manchmal schon erschreckend frische Gesichter, und treffen sich vor dem Hotel Miramar am Strand treffen. Anorak, Laufschuhe, kurze oder lange Hose ... Kurzum: motiviert, um Körper und Geist in Schwung zu bringen und sich für die Fortbildung fit zu laufen. Immer mit dabei der Vorsitzende des Freien Verbandes Schleswig-Holstein Dr. Ulrich Rubehn (5. v. re.) sowie Dr. Michael Brand, Vizepräsident und Vorstand für Fortbildung der Kammer, der sich trotz aller Kongressaktivitäten diesen frühen Termin auch in diesem Jahr nicht nehmen ließ (7. v. re.). Weitere Teilnehmer waren auch einige Immereifrige und der eine oder andere Referent, wie Prof. Matthias Kern (2. v. li.)

Knochenanzucht ist aufwendig aber durchaus möglich

„Knochenersatz“ ist das Zauberwort der letzten Jahre. Immer wieder wird es von Firmenvertretern und Forschern präsentiert und hoch gelobt. Professor Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kassel, stellte nun seine eigenen Forschungsergebnisse des stimulierten Knochenwachstums mit BMPs vor und diskutierte die Praxisfähigkeit. Sein Fazit: Das System funktioniert, wenn eine Angiogenese möglich ist. Euphorie ist nicht angebracht, denn es gibt bislang nur klinische Daten. Eine Kontraindikation besteht für Schwangere und Frauen in gebärfähigem Alter sowie für Patienten mit malignen Vorerkrankungen. Der Wissenschaftler sieht den Einsatz in der Orthopädie durchaus für berechtigt an, erwähnt aber den hohen Kostenfaktor, was den Einsatz in der Zahnmedizin sicherlich (derzeit noch) bremsen wird.



Fotos: zm/MEV

Troubleshooting: Wenn beim Implantieren etwas schief geht

Die Implantatinsertion ist heute für viele Zahnärzte ein Routineeingriff. Trotz allem kann immer etwas Unvorhergesehenes eintreten. Genau diesen Fällen widmete sich Prof. Dr. Dr. Franz Härle und ging mit den Teilnehmern alle möglichen Situationen durch und wusste für jede eine Sofortlösung: Bei der plötzlichen, sehr starken Blutung soll nach neuesten Erkenntnissen die Arteria facialis unterbunden werden, Tamponieren und den Notarzt verständigen, wenn nötig intubieren. Eine Verletzung des Nervus mandibularis kann vermieden werden, wenn im Vorfeld eine Röntgenaufnahme mit Kugelschablone oder eine 3D-Aufnahme erfolge. Er rät: Sicherheitsabstand von mindestens einem Millimeter zu allen Seiten einhalten!

Sein Tipp bei Senioren: „Hände weg vom stark atrophierten Kiefer! Frakturgefahr!“

Keine Chance für Versicherungsbetrüger

Patienten, die über eine dauerhafte Sensibilitätsstörung in der Wange klagen und mit Anwalt und Schadensersatz drohen kann schnell auf die Schliche gekommen werden: Härle rät hier, die Sensibilitätsstörung genau extern anzuzeichnen und die Sensibilität im Mundwinkeldrei-

eck zu prüfen. Denn nerval gibt es eine genaue Trennung zwischen Lippenrot und dem Areal des Nervus buccalis.

Kindern intensiver aufs Zahnfleisch schauen

„Jedes zweite Kind mit zwölf Jahren hat heute Zahnfleischprobleme“, diese These stellte Professor Dr. Andrej Kielbassa auf. Er riet daher in seinem Vortrag, die Kinder nicht nur auf Karies zu untersuchen, sondern auch genau das Parodont zu betrachten. Hier seinen auch die diese Altersgruppe behandelnden Kieferorthopäden gefragt. In vielen Fällen reiche schon die regelmäßige Verwendung einer elektrischen Zahnbürste der neuen Generation, um die Zahnhygiene effizienter zu betreiben und damit eine Gingivitis zu therapieren beziehungsweise weiteren parodontalen Schäden entgegenzuwirken.

Von der Bohrinselfür Kundenorientiertheit

Betriebswirtschaftliche Aspekte für die Zahnarztpraxis seien durchaus eine Halitosisprechstunde sowie das Angebot der Raucherentwöhnung, führte Professor Dr. Michael Noack, Köln, aus. Da 87 Prozent der Patienten, die einen schlechten Mundgeruch beklagen, orale Ursachen haben, wies er darauf hin, dass in den meisten Fällen bereits die richtige Anleitung für eine Reinigung der Zunge Erfolg brächte. Tägliches Zungenputzen mit Chorexidingel, das dann nach einer Woche nur noch im siebentägigen Abstand erfolgt, liefere große Erfolge und Patientenzufriedenheit. Cave: Auf mögliche Verfärbungen bei Dauergebrauch hinweisen!

Alle Nachrichten: sp

Heben Sie diese Seite für einen Fall aus Ihrer Praxis auf

Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen

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

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

◀ Graue Felder nicht ausfüllen!
▼

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation):

lebensbedrohlich: ja nein

aufgetreten am: _____ Dauer: _____

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

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

Allgemeinerkrankung: _____

behandelt mit: _____

Anamnestiche Besonderheiten: Nikotin Alkohol Schwangerschaft Kontrazeptiva Arzneim. Abusus

Sonstiges: _____

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen: _____

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung: _____

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

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

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

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

Unterschrift _____

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

Arzneimittelkommission Zahnärzte
 BZÄK/KZBV
 Chausseestraße 13
 10115 Berlin

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

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

Hersteller (Adresse)																																	
Handelsname des Medizinproduktes	Art des Produktes (z.B. Prothesenbasismaterial, Füllungsmaterial, Legierung):																																
Modell-, Katalog- oder Artikelnummer	Serien-/Chargennummer(n)																																
Datum des Vorkommnisses	Ort des Vorkommnisses																																
Patienteninitialen	Geburtsjahr	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w																															
Beschreibung des Vorkommnisses/Folgen für Patienten (bitte ggf. Ergänzungsblatt benutzen)																																	
Zahnbefund:	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">18</td><td style="padding: 0 5px;">17</td><td style="padding: 0 5px;">16</td><td style="padding: 0 5px;">15</td><td style="padding: 0 5px;">14</td><td style="padding: 0 5px;">13</td><td style="padding: 0 5px;">12</td><td style="padding: 0 5px;">11</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21</td><td style="padding: 0 5px;">22</td><td style="padding: 0 5px;">23</td><td style="padding: 0 5px;">24</td><td style="padding: 0 5px;">25</td><td style="padding: 0 5px;">26</td><td style="padding: 0 5px;">27</td><td style="padding: 0 5px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">48</td><td style="padding: 0 5px;">47</td><td style="padding: 0 5px;">46</td><td style="padding: 0 5px;">45</td><td style="padding: 0 5px;">44</td><td style="padding: 0 5px;">43</td><td style="padding: 0 5px;">42</td><td style="padding: 0 5px;">41</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">31</td><td style="padding: 0 5px;">32</td><td style="padding: 0 5px;">33</td><td style="padding: 0 5px;">34</td><td style="padding: 0 5px;">35</td><td style="padding: 0 5px;">36</td><td style="padding: 0 5px;">37</td><td style="padding: 0 5px;">38</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																		
Art und Datum der Behandlungsmaßnahme:																																	
Art des Vorkommnisses (lokal/systemisch, z.B. Rötung, Ulceration, Geschmacksirritation, Ganzkörperbeschwerden)																																	
Lokalisation des Vorkommnisses																																	
Beschreibung des Verlaufes																																	
Behandlungsmaßnahmen																																	
Ergebnis	Beratungsbrief erbeten <input type="checkbox"/>																																

Schlaganfall

Jedes Risiko zählt

Rund 200 000 Deutsche erleiden jedes Jahr einen Schlaganfall. Wichtige Risikofaktoren sind Bluthochdruck, Diabetes, Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht und Fettstoffwechselstörungen. Studien belegen zudem, dass vor allem Frauen, die an einer Migräne mit Aura leiden, besonders gefährdet sind. Gerade für Risikogruppen sind Prävention und schnelle Hilfe im Ernstfall wichtig.



Foto: stockdisc

Eine Migräne mit Aura bedeutet US-Forschern zufolge besonders für Frauen eine erhöhte Gefahr, einen Schlaganfall zu bekommen.

Schlaganfälle sind eine der häufigsten Todesursachen weltweit und eine der wesentlichen Ursachen für dauerhafte Behinderung und reduzierte Lebensqualität, berichtet das Bundesgesundheitsministerium. Auch wenn rund 80 Prozent der Patienten 60 Jahre oder älter sind, kann ein Hirnschlag prinzipiell jeden treffen – junge Erwachsene, Jugendliche und selbst Kinder und Säuglinge. Gleichwohl steigt die Wahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter, weiß die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Rund zwei Drittel der Betroffenen sollen Frauen sein.

Der wichtigste beeinflussbare Risikofaktor für einen Schlaganfall ist der Stenose der Arterien, die durch Bluthochdruck, Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette (Fettstoffwechselstörungen) und Herzrhythmusstörungen wie das Vorhofflimmern. Auch Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, starkes Übergewicht und Bewegungsmangel erhöhten das Risiko eines Hirnschlags.

Zudem addieren sich der negative Einfluss mehrerer Faktoren – und potenzieren sich. Auch das Alter, die ethnische Zugehörigkeit, das Geschlecht und vorangegangene



Fotos: Christoph Pueschner/Zeitenpiegel

Ältere Menschen trifft ein Schlaganfall am häufigsten, aber auch die Jüngsten können betroffen sein.

Gefäßerkrankungen in der Familie spielen eine Rolle.

Risikofaktor Aura-Migräne

Die Migräne mit Aura hat viele Vorzeichen: Blitze im Kopf, ein plötzliches Flimmern vor den Augen, Halbseitenlähmungen, Sensibilitätsstörungen oder spontane Sprachstörungen. Mit dem eigentlichen Kopfschmerz verschwinden diese neurologischen Symptomen zwar, doch vor allem bei Frauen bleibt einer US-Studie zufolge die erhöhte Gefahr eines Hirnschlags.



Sofortmaßnahme bei Warnsymptomen: die Notrufnummer 112 wählen.

Fünf wesentliche Schlaganfallsymptome

Treten ein oder mehrere dieser folgenden Warn-Symptome auf, sollte sofort die Notrufnummer 112 gewählt werden, so die Empfehlung der Deutschen Schlaganfall-Hilfe:

1. Gefühl der Lähmung/Taubheit

Der Betroffene nimmt plötzlich eine Körperseite als gelähmt wahr. Sein Berührungsempfinden ist gestört – wie bei einem eingeschlafenen Fuß. Gesicht, Arm und Hand sind häufig stärker betroffen. Typisch ist ein heruntergezogener Mundwinkel. Einige berichten über ein einseitiges Pelzigkeitsgefühl.

2. Sehstörungen

Das Gesichtsfeld ist schlagartig eingeschränkt, die Person ignoriert etwa Gegenstände und Menschen, die sich auf einer bestimmten Körperseite befinden. Störungen des räumlichen Denkens und Doppelbilder sind möglich. Vielleicht greift der Betroffene bei der Kaffeetasse daneben.

3. Störungen in Sprache oder Verstehen

Die Sprache ist bei leichten Fällen oft stockend, abgehakt. Der Betroffene verdreht Silben oder verwendet falsche Buchstaben. Er kommuniziert im Telegramm-

stil, hat eine verwaschene oder lallende Sprache. Oder: Die Person versteht nicht mehr, was man ihr sagt. In seltenen Fällen kann sie gar nicht mehr sprechen.

4. Schwindel mit Gangunsicherheit

Das plötzliche Empfinden, das Gleichgewicht oder die Koordination zu verlieren, beschreiben Schlaganfall-Patienten als Karussell fahren, mit dem Schiff auf bewegter See sein oder mit dem Fahrstuhl hinabsausen.

5. Extremer Kopfschmerz

Vorher nicht gekannte, äußerst heftige Kopfschmerzen – auch mit Übelkeit und Erbrechen – können durch plötzlich auftretende Durchblutungsstörungen einer bestimmten Hirnregion oder durch Einblutungen in das Hirngewebe bedingt sein und bis zu Bewusstseinsverlust oder Verwirrtheit führen.

Die Schlaganfall-Hilfe rät, den Betroffenen erstmal zu beruhigen. Getränke oder Medikamente seien wegen möglicher Schluckstörungen tabu. Bewusstlose sollten in die stabile Seitenlage gebracht werden. Setzen Atmung und/oder Herzschlag aus, müssten sofort Wiederbelebungsmaßnahmen erfolgen. ■

Bei diesen Patientinnen wurde ein wesentlich erhöhtes Schlaganfallrisiko festgestellt, berichtet Dr. Matthias Maschke. Der Chefarzt der Neurologie und Neurophysiologie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier beruft sich auf eine Bostoner Untersuchung: Demnach führe die weitaus häufigere Migräne ohne Aura jedoch nicht zu einem höheren Schlaganfallrisiko. Eine zweite Studie, die jedoch nicht zwischen Migräne mit und ohne Aura unterschied, habe eine erhöhte Gefährdung von erkrankten Männern ergeben.

Eine Vielzahl von Studien belegt der Stiftung zufolge, dass ein großer Teil der Erkrankungen vermieden werden könnte:

Wichtige Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Rauchen und Bewegungsmangel seien durch einen gesunden Lebensstil zu vermindern. Ernüchternd sei jedoch, dass der Transfer dieses Wissens in die praktische Umsetzung nur unzureichend gelinge.

Volkkrankheit mit Vorsorgepotenzial

Auch bei jungen Menschen müsse verstärkt Aufklärungsarbeit zu den Gefahren geleistet werden, fordert Maschke, der Sprecher des kürzlich gegründeten Schlaganfallverbands Trier-Saarburg ist. „Dabei sind Herzrhythmusstörungen und Störungen der Blutge-

rinnung hauptsächliche Risikofaktoren für sogenannte juvenile Schlaganfälle“, erläutert er.

„Gerade Frauen mit einer Migräne mit Aura sollten daher nicht rauchen, regelmäßig Ausdauersport betreiben und auf ihr Gewicht achten“, sagt Maschke. Neue Risikofaktoren sollten die schon gefährdeten Patientinnen seiner Meinung nach vermeiden, bereits vorhandene – soweit möglich – durch eine Verhaltensänderung ablegen oder optimal behandeln lassen.

Zur Primärprävention von Schlaganfällen bei Frauen hat das Bundesgesundheitsministerium Ende vergangenen Jahres ein Forschungsprojekt vergeben. Gemeinsam mit dem Kompetenznetz Schlaganfall und Kollegen aus der Neurologie sucht das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité Berlin nach neuen Vorsorgeansätzen und -strategien.

Jede Minute zählt

Kommt es zum Schlaganfall, zählt buchstäblich jede Minute: „Time is Brain!“, unterstreicht das Kompetenznetz Schlaganfall. Das Netzwerk, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, will Patienten durch praxisnahe Forschung



„Eine zügige Behandlung ist für das Überleben und die Vermeidung von Langzeitfolgen, wie schweren Behinderungen, enorm wichtig“, betont Liz Mohn, Präsidentin der Deutschen Schlaganfall-Hilfe.

helfen. Die Experten betonen: Bereits unmittelbar nach Einsetzen der Beschwerden beginnen die betroffenen Hirnzellen abzustirben.

Dies bekräftigt die Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Sie startete vergangenen Monat die Aufklärungskampagne „Jede Minute zählt: Jeder Schlaganfall ist ein Notfall! Symptome erkennen und richtig handeln.“ Mit der neuen Aktion will sie die Bevölkerung sensibilisieren, wie wichtig Symptom- und Handlungswissen zu der Volkskrankheit ist. Die Notfall-Versorgung in Deutschland werde zunehmend besser, urteilt Dr. Karl Max Einhäupl, Direktor und Chefarzt der

Klinik für Neurologie an der Berliner Charité. „Ein Problem ist immer noch, dass der Notruf zu spät getätigt wird, weil die Schlaganfall-Symptome nicht erkannt oder nicht ernst genommen werden“, hebt er hervor. In den vergangenen Jahren zeigten der Stiftung zufolge mehrere wissenschaftliche Studien, dass die Symptome sowohl in der Bevölkerung als auch bei den an der Rettungskette Beteiligten nicht ausreichend bekannt sind.

„Eine zügige Behandlung ist für das Überleben und die Vermeidung von Langzeitfolgen wie schweren Behinderungen enorm wichtig“, betont Liz Mohn, Präsidentin der Deutschen Schlaganfall-Hilfe zum 15. Jahrestag der Organisation. Die Stiftung fordert jetzt eine um eine Viertelstunde schnellere Akutversorgung in Deutschland.

„Bislang kommen nur 25 bis 30 Prozent der Betroffenen rechtzeitig innerhalb des wichtigen 'Drei-Stunden-Zeitfensters' in eine geeignete Klinik“, sagt Franca Piepenbrock aus der Geschäftsleitung der Stiftung. Vor allem müsse sich die Zusammenarbeit zwischen den vielen Beteiligten an den Schnittstellen in der Versorgung verbessern. jr

■ Weitere Informationen gibt es unter <http://www.schlaganfall-hilfe.de>

zm Leser service

Zu den Warnzeichen des Schlaganfalls können Sie unter www.zm-online.de den Medizin-Beitrag „Wadenschmerzen beim Laufen“, zm 02/06, abrufen oder in der Redaktion anfordern. Den Kupon steht auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.



Eine schnelle Akutversorgung erfordert eine gute Zusammenarbeit von vielen Beteiligten wie Rettungskräften und Ärzten.

Neues von der Universität

Studenten lernen Implantate setzen

Sebastian Patzelt, Marko Knauß

Im Wintersemester 2007/08 wurde erstmals in der Abteilung für zahnärztliche Prothetik des Universitätsklinikums Freiburg die orale Implantologie in den praktischen Teil der studentischen Kurse integriert. Im Folgenden wird die „Ausbildungsneuheit“ beschrieben.

Die Kooperation der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit der Firma Nobel Biocare (Schweden) ermöglichte es, den Patienten Implantate und die prothetische Versorgung zu einem reduzierten Preis anzubieten. Den Studenten wurde auf diese Weise nicht nur der theoretische Hintergrund der oralen Implantologie in Vorlesungen und Seminaren vermittelt, sondern auch das praktische Vorgehen am Patienten unter Anleitung eines Assistenzarztes durchgeführt. Im Folgenden soll anhand von zwei Patientenfällen (Fall 1: Freundsituation, Abbildung 1; Fall 2: Hybridprothetik, Abbildung 1) die Diagnostik, Planung und das Setzen der Implantate durch die „studentische Hand“ vorgestellt werden.

Behandlungsablauf

Es wurde die Anamnese und Befundaufnahme anhand eines standardisierten Bogens durchgeführt (allgemeine und spezielle Anamnese, extra- und intraorale, dentale und parodontale sowie funktionelle Befunde), Studienmodelle hergestellt, welche mit Gesichtsbogen und zentrischer Bissnahme in einen Mittelwertartikulator montiert wurden. Zusätzlich wurden ein OPG und Zahnfilme angefertigt. Anhand der gewonnenen Befunde wurden daraufhin die Diagnosen und Prognosen der Restzähne erstellt sowie die Therapiemöglichkeiten mit dem Assistenzarzt diskutiert. Die Einbindung der oralen

Fall 1: Freundsituation



Abbildung 1: Intraorale Situation (Freundsituation Regio 45, 46)



Abbildung 2: Wax-up/Set-up

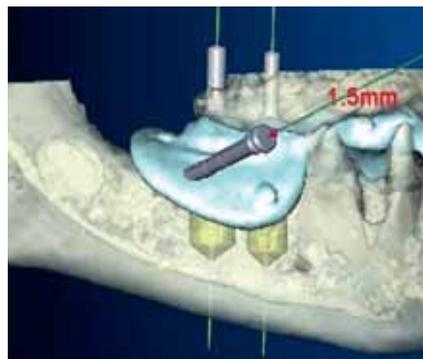


Abbildung 3: Planung (NobelGuide™-Software)



Abbildung 4: OP-Schablone (NobelGuide™) mit Anker-Pins

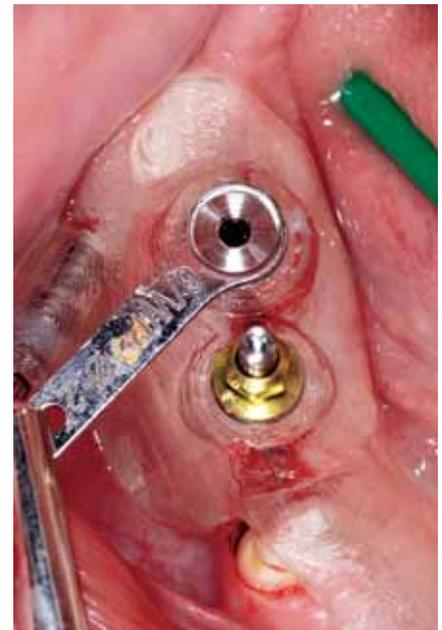


Abbildung 5: Implantation: Regio 45 Implantat inseriert; OP-Schablone für Implantation in Regio 46 aufgesetzt

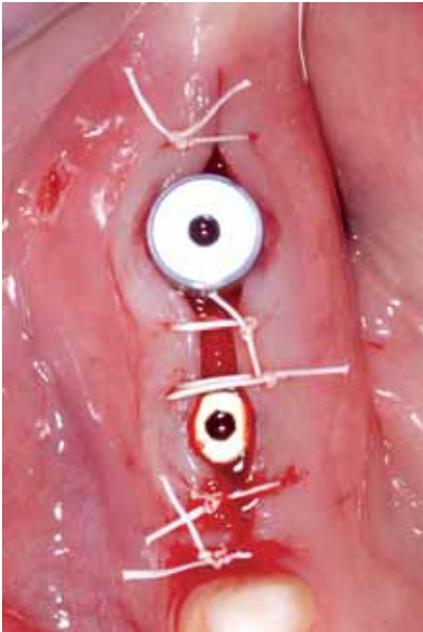


Abbildung 6: Implantation abgeschlossen; Healingcaps aufgeschraubt, Wundränder mit Einzelkopfnähten adaptiert



Abbildung 7: OPG post operativ; Implantatsystem NobelReplace®; Regio 45, 46

Implantologie in die klinischen Studentenkurse ermöglicht die Pfeilerzahnvermehrung zur Einzelzahnversorgung, die Versorgung von Freundsituationen mit feststehendem Zahnersatz bei kariesfreien Nachbarzähnen und die Hybridprothetik.

Mithilfe der montierten Studienmodelle stellt der Student für die geplante protheti-

sche Versorgung ein diagnostisches Wax-up/Set-up (Fall 1, Abbildung 2) her und überprüft es nach prothetischen Gesichtspunkten am Patienten.

Basierend auf dem Wax-up/Set-up wird eine Röntgenschiene aus PMMA-Kunststoff hergestellt und mit Guttaperchamarkern versehen. Die Ausdehnung der Schiene richtet

Fall 2: Hybridprothetik



Abbildung 1: Intraorale Situation (Hybridprothetik)

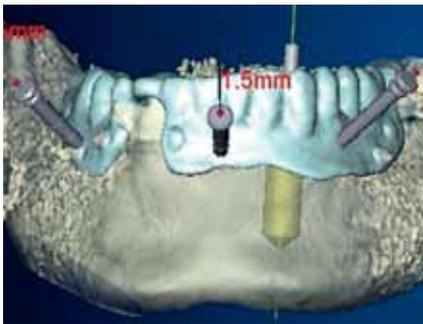


Abbildung 2: Planung (NobelGuide™-Software)



Abbildung 3: OP-Schablone (NobelGuide™) mit Anker-Pins

sich nach dem Restzahnbestand. Nun folgt die radiologische Untersuchung. Es werden zwei DVT- oder CT-Datensätze erstellt; einer mit dem Patient und der Röntgenschiene, ein zweiter mit der Schiene alleine.

Mit den gewonnenen radiologischen Daten kann die Planung mit der NobelGuide™



Abbildung 4: Implantation: Einbringen des Implantats



Abbildung 5. Postoperative intraorale Situation; Vorgehen Flap-less, Healing-Cap aufgeschraubt

Software (Fall 1, Abbildung 3; Fall 2, Abbildung 2) vorgenommen werden. Der Student plant zusammen mit seinem Assistenten Position, Länge und Durchmesser der Implantate. Mit diesen Planungsdaten wird von Nobel Biocare über ein stereolithographisches Verfahren eine Bohrschablone (Fall 1, Abbildung 2; Fall 2, Abbildung 3) erstellt, mit welcher eine geführte Implantation möglich ist.

Die Studenten können unter Anleitung ihres Assistenzarztes die Implantation selbst durchführen (Fall 1, Abbildungen 5 bis 7; Fall 2, Abbildungen 4 bis 6).

Das derzeitige Konzept sieht aufgrund der begrenzten Zeit des Semesters nur die Planung, das chirurgische Vorgehen, die Implantatinsertion und im darauffolgenden Kurs die entsprechende prothetische Versorgung vor.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die orale Implantologie das Spektrum der studentischen Ausbildung erweitert und zu einem umfassenderen Verständnis der praktischen Vorgänge und Verfahren der implantatgetragenen und implantatreinierten Prothetik beiträgt.

cand. med. dent. Sebastian Patzelt
 Dr. Marko Knauf
 Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Abteilung für Zahnärztliche Prothetik
 Hugstetter Straße 55
 79106 Freiburg

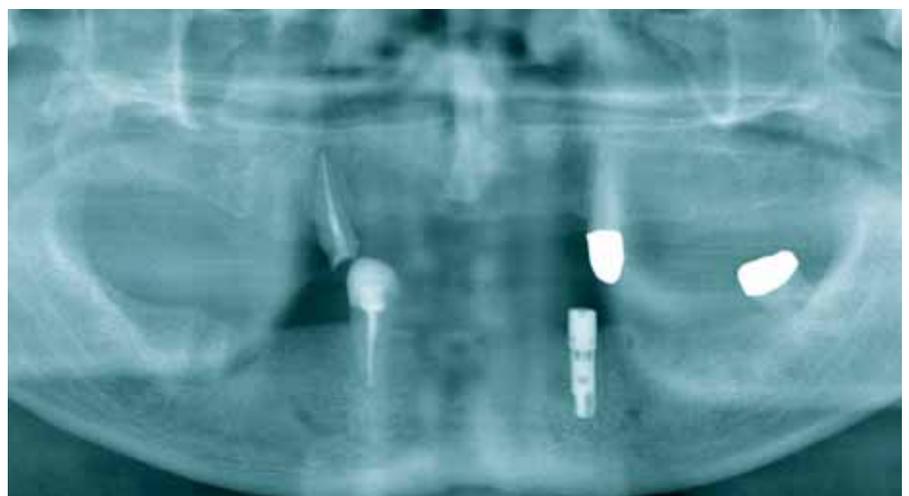


Abbildung 6: OPG post operativ; Implantatsystem NobelReplace®; Regio 33

Forschungsnotiz zur PAR-Behandlung

Medizinische Gründe überwiegen

Eine Detailauswertung der DMS IV-Studie zu PAR-Aspekten brachte ein interessantes Ergebnis zutage: Eine Zahnfleischbehandlung erfolgt hauptsächlich, weil medizinisch-klinische Gründe den Ausschlag geben. Was wie ein Selbstgänger klingt, ist aber noch lange nicht selbstverständlich: Bei anderen medizinischen Krankheitsbildern schwingen oft auch Faktoren aus dem personalen oder sozioökonomischen Umfeld für eine Behandlung mit. Die Auswertung zeigt, dass Zahnärzte hier medizinisch fokussiert arbeiten – versorgungspolitisch ein effektives Ergebnis.

Nicht zuletzt durch die Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV), die die hohe Vorkommenshäufigkeit parodontaler Erkrankungen in Deutschland empirisch bei einer bundesweiten Be-

Nach Selbstauskunft im sozialwissenschaftlichen Befragungsteil der DMS IV hatten 23,5 Prozent der Erwachsenen (35-44 Jahre) und 43,9 Prozent der bezahnten Senioren (65-74 Jahre) jemals in ihrem Le-

ben eine „Zahnfleischbehandlung (Parodontosebehandlung)“ durch einen Zahnarzt erhalten. Hierbei muss allerdings methodisch in Rechnung gestellt werden, dass die entsprechenden Angaben im Fragebogen subjektive Selbstauskünfte waren und dass zweifellos davon ausgegangen werden muss, dass hier ein Laienbegriff zur „Zahnfleischbehandlung“ zum Zuge kam und die Befragten womöglich nicht nur



Foto: ZÄK Nordrhein

Eine Detailauswertung zur DMS IV ergab: Bei Par-Behandlungen arbeiten Zahnärzte – unabhängig von Einflüssen wie Sozialstatus, Versicherung oder Region – mit rein medizinischem Fokus. Das ist versorgungspolitisch ein effektives Ergebnis.

völkerungsstichprobe belegt hatte, ist die Diskussion über neue Möglichkeiten entsprechender Versorgungsangebote einschließlich ihrer Systemgestaltung kräftig in Gang gekommen. Vor diesem Hintergrund erschien es nützlich, im Datenmaterial der DMS IV-Studie einmal genauer nachzuschauen, welche Personengruppen überhaupt schon einmal eine „Zahnfleischbehandlung“ in ihrem Leben erhalten hatten (sog. Lebensprävalenz) und welche möglichen Einflussfaktoren aus dem klinisch-medizinischen Bereich, aus dem Bereich der Verhaltensaspekte oder aus dem sozialen Umfeld ein statistisch signifikantes Gewicht im Hinblick auf die PAR-Inanspruchnahme aufwiesen.

die eigentliche PAR-Behandlung im Kopf hatten, sondern an eine gingivale Behandlung oder auch an die Prozedur einer Zahnsteinentfernung oder auch an Maßnahmen der professionellen Zahnreinigung (PZR) gedacht haben mögen. Insofern sollten die obigen Prävalenzangaben (23,5 Prozent beziehungsweise 43,9 Prozent) eher im Sinne einer Zahlenüberschätzung – jedenfalls in klinischer Hinsicht – interpretiert werden.

Statistische Auswertung

Als statistisches Auswertungsverfahren wurde eine so genannte „Logistische Regressionsanalyse“ gewählt. Bei diesem Ver-

fahren kann der Einfluss mehrerer unabhängiger Variablen (Prädiktoren) auf eine Zielvariable (hier: Zahnfleischbehandlung ja/nein) untersucht werden. Die ermittelten „Odds Ratio (OR)“ stellen dann ein Assoziationsmaß dar, das ergibt, um welches Gewicht sich die Wahrscheinlichkeit für das Eintreffen einer bestimmten Ausprägung der Zielvariablen verändert, wenn sich die Ausprägung einer Einflussvariablen – unter Konstanzhaltung der übrigen in die Analyse einbezogenen Variablen – um eine Einheit verändert.

Folgende zwölf potentielle Einflussvariablen wurden aus der DMS IV für die Analyse abgeprüft:

- Regionalraum (Ost/West)
- Geschlecht
- Sozialstatus (niedrig/mittel/hoch)
- Mundhygieneniveau (gut/schlecht)
- gesundheitsbezogene Kontrollkognitionen
- allgemeines Inanspruchnahmeverhalten bei Zahnarztbesuchen (beschwerdenorientiert/kontrollorientiert)
- Zigarettenrauchen
- monatliches Haushaltseinkommen
- Art der Krankenversicherung (gesetzlich/privat)
- Wurzelkaries (ja/nein)
- Anzahl fehlender Zähne
- Attachmentverluste (Mittelwerte)

Die Auswahl dieser zwölf möglichen Einflussvariablen für eine mögliche Entscheidung auf eine „Zahnfleischbehandlung“ erfolgte sowohl aufgrund allgemeiner Plausibilitätsüberlegungen aus dem DMS IV-Datenbestand als auch aufgrund vorhandener Erkenntnisse aus der parodontalepidemiologischen Literatur.

Die Ergebnisse – jeweils für die Erwachsenen- und Seniorenkohorte – zeigen die beiden Tabellen.

Medizinische Gründe überwiegen

Sowohl in der Erwachsenenengruppe (35-44-jährige) als auch in der Seniorengruppe (65-74-jährige) haben die klinisch-medizinischen Variablen den stärksten Erklärungswert für die Inanspruchnahme einer „Zahn-

Erwachsene

Prädiktor	Kategorien	n	Präv.: ja (%)	Signifikanz	Odds Ratio
Attachmentverlust in mm (Mittelwerte) Quintile	< 1,86	190	11,8		1,00
	1,87–2,41	188	19,7	0,045	1,88
	2,42–2,84	171	26,9	0,001	2,81
	2,85–3,44	181	23,8	0,006	2,33
	3,45–8,81	178	38,2	0,000	3,87
Sozialstatus	niedrig	220	31,4		1,00
	mittel	371	23,9	0,056	0,67
	hoch	317	17,0	0,003	0,51
Ost/West	West	747	21,8		1,00
	Ost	169	30,8	0,026	1,60
Alle		916	23,5		

Tabelle 1: Ist bei Ihnen jemals vom Zahnarzt eine Behandlung des Zahnfleisches (Parodontose-Behandlung) durchgeführt worden?

Senioren (ohne Zahnlose)

Prädiktor	Kategorien	n	Präv.: ja (%)	Signifikanz	Odds Ratio
Sozialstatus	niedrig	473	38,3		1,00
	mittel	165	54,5	0,008	1,69
	hoch	154	50,0	0,639	1,11
Krankenversicherung	gesetzlich	722	42,5		1,00
	privat	74	56,8	0,080	1,65
Attachmentverlust in mm (Mittelwerte) Quintile	1,08–2,97	158	34,2		1,00
	3,0–3,75	159	45,3	0,069	1,58
	3,76–4,46	158	41,3	0,209	1,38
	4,48–5,33	161	50,9	0,010	1,92
	5,34–11,17	157	47,1	0,005	2,07
Alle		793	43,9		

Tabelle 2: Ist bei Ihnen jemals vom Zahnarzt eine Behandlung des Zahnfleisches (Parodontose-Behandlung) durchgeführt worden?

fleischbehandlung“. Das kommt am stärksten bei Einbeziehung der Attachmentverluste (Mittelwerte) zum Ausdruck, würde sich aber auch – allerdings weniger stark – bei Einbeziehung des CPI oder der Sondierungstiefe zeigen. Nimmt man diese Variablen gemeinsam in die Analyse, setzt sich immer der Attachmentverlust (und zwar als Mittelwerte stärker als Maximalwerte) gegenüber den anderen klinisch-medizinischen Variablen durch, so dass diese im statistischen Gesamtergebnis verschwinden.

Als weitere eigenständige Einflussvariablen zeigen sich die ebenfalls einbezogenen Verhaltens- und Sozialvariablen, und zwar der Sozialstatus der befragten und untersuchten Personen und dann – jeweils kohortenabhängig – entweder noch die Regionalraumzugehörigkeit (Erwachsenengruppe) oder die Art der Krankenversicherung (Seniorengruppe). Alle anderen, hier untersuchten Variablen oder Merkmale korrelieren entweder mehr oder weniger stark mit den hier identifizierten Kernvariablen oder sie haben auch unabhängig von den anderen

Variablen keinen signifikanten Einfluss auf die Zielvariable.

Bemerkenswert ist noch die Richtungsänderung des Zusammenhangs mit dem Sozialstatus bei Erwachsenen und Senioren. Während die Inanspruchnahme einer „Zahnfleischbehandlung“ bei den Erwachsenen mit höherem Sozialstatus zurückgeht, ist es bei den Senioren umgekehrt. Damit stimmt überein, dass bei den Erwachsenen relativ mehr „Zahnfleischbehandlungen“ in Ostdeutschland durchgeführt werden beziehungsweise worden sind, während bei den Senioren ein Privatversicherterstatus (allerdings fallzahlbedingt nur schwach signifikant) mit ausschlaggebend für eine höhere Inanspruchnahme ist.

Versorgungspolitisch relevant

Insgesamt ist dieses Gesamtergebnis als bemerkenswert einzustufen. Es ist nach der allgemeinen Erkenntnislage aus der Sozial-epidemiologie keineswegs selbstverständlich, dass sich bei einem behandlungsbedürftigen Erkrankungsbild immer und durchgängig ausschließlich medizinisch-klinische Gegebenheiten bei einer ärztlichen Inanspruchnahme durchsetzen, da Fragen der ökonomischen Lebenslage, soziale Ressourcen und Netzwerke oder auch Persönlichkeitsfaktoren (Gesundheitsbewusstsein, subjektive Krankheitsverarbeitung usw.) mehr oder weniger auf den „Entscheid“ durchschlagen können. Im Falle der „Zahnfleischbehandlung“ stehen jedenfalls bei denjenigen Bevölkerungsteilen, die sich überhaupt einer solchen Behandlung unterzogen haben, die klinisch-medizinischen Faktoren im Vordergrund – aus versorgungspolitischer Sicht ein effektives Ergebnis.

Dr. Dipl.-Sozw. Wolfgang Micheelis,
Leiter des IDZ
Dipl.-Vw., Dipl.-Ing. Ernst Schröder
TNS Healthcare Gesundheitsforschung
München

Korrespondenzadresse:
Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)
Universitätsstr. 73
50931 Köln

Fortbildung im Überblick



Abrechnung	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 64	Praxismanagement	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 64
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62		KZV Baden-Württemberg	S. 64
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 64	Prophylaxe	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 62
	KZV Baden-Württemberg	S. 64		KZV Baden-Württemberg	S. 64
Endodontie	KZV Baden-Württemberg	S. 64		Freie Anbieter	S. 71
Helferinnen-Fortbildung	KZV Baden-Württemberg	S. 64	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 65		ZÄK Nordrhein	S. 65
	BDDH	S. 70		Freie Anbieter	S. 73
Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62	Restaurative ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 62
	DGZH	S. 70	Röntgen	Freie Anbieter	S. 72
Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62			
	ZÄK Niedersachsen	S. 62			
	KZV Baden-Württemberg	S. 64			
	Freie Anbieter	S. 72			
Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 62			
	ZÄK Sachsen-Anhalt	S. 62			
	KZV Baden-Württemberg	S. 64			
	Freie Anbieter	S. 72			
Parodontologie	ZÄK Niedersachsen	S. 62			
	Freie Anbieter	S. 72			

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 62**

Kongresse **Seite 66**

Universitäten **Seite 70**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 70**

Freie Anbieter **Seite 71**

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



Absender:

.....

Veranstalter/Kontaktadresse:

.....



Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Fortbildung der Zahnärztekammern

LZK Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Implantologische Konzepte in der ästhetischen Zone [9 Fp.]

Referent: Dr. Gerhard Iglhaut, - Memmingen

Termin: 12. 07. 2008; 09:00 – 18:00 Uhr

Ort: Berlin
Gebühr: 395,00 EUR
Kurs-Nr.: 2016.0

Thema: Parodontale Vorschädigung: Wann und wie sind Implantate möglich?: Vorgehen bei Hart- und Weichgewebefekten [9 Fp.]

Referenten: Dr. Mehrdad Arjomand – Hamburg
PD Dr. Stefan Hägewald - Berlin
Termin: 06. 09. 2008; 09:00 – 18:00 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 325,00 EUR
Kurs-Nr.: 0414.0

Thema: Strukturierte Fortbildung: Funktionsanalyse und –therapie für die tägliche Praxis [45 Fp.]

Referent: Dr. Uwe Harth – Bad Salzfluten
Erster Termin: 12./13. 09. 2008 (insgesamt 3 Wochenenden)
Ort: Berlin
Gebühr: 1 485,00 EUR (1 340,00 EUR bei Anmeldung bis zum 15. 08. 2008)
Kurs-Nr.: 1001.4

Thema: Strukturierte Fortbildung: Prothetik [70 Fp.]
Moderator: Prof. Dr. Peter Pospiech – Homburg/Saar
Erster Termin: 12./13. 09. 2008 (insgesamt 4 Wochenenden)
Ort: Berlin
Gebühr: 2 725,00 EUR (2 455,00 EUR bei Anmeldung bis zum 15. 08. 2008)
Kurs-Nr.: 0713.0

Thema: Strukturierte Fortbildung: Psychosomatik [60 Fp.]
Moderatoren: Dr. Dietmar Oesterreich - Reuterstadt-Stationshagen; Prof. Dr. Rainer Richter - Hamburg
Erster Termin: 12./13. 09. 2008 (insgesamt 4 Wochenenden)
Ort: Berlin
Kurs-Nr.: 6025.0

Thema: Curriculum für Hypnose und Kommunikation in der ZahnMedizin [96 Fp.]
Referenten: Dr. Horst Freigang, DP Dr. Gerhard Schütz – Berlin, Ute Neumann-Dahm – Magdeburg,
Erster Termin: 26./27. 09. 2008 (insgesamt 6 Wochenenden)
Ort: Cottbus
Gebühr: 2 775,00 EUR (2 495,00 EUR bei Anmeldung bis zum 29. 08. 2008 und Zahlung bis zum 05. 09. 2008)
Kurs-Nr.: 6026.0

Thema: Update Zahnheilkunde: Komplikationen in der zahnärztlichen Chirurgie; Zahnmedizinische Schnarchmedizin, Mundschleimhauterkrankungen [8 Fp.]

Referenten: PD Dr. Dr. Edmund Rose - Freiburg; PD Dr. Dr. Meikel Vesper – Eberswalde; Prof. Dr. Dr. Klaus-Dietrich Woff – München
Termin: 13. 09. 2008; 09:00 – 15:30 Uhr
Ort: Berlin
Gebühr: 65,00 EUR
Kurs-Nr.: 4040.13

Thema: Übung zur okklusalen Füllungsgestaltung [8 Fp.]
Referent: Prof. Dr. Georg Meyer - Greifswald
Termin: 13. 09. 2008; 09:00 – 15:00 Uhr

Ort: Berlin
Gebühr: 255,00 EUR
Kurs-Nr.: 4008.0

Auskunft und Anmeldung: Philipp-Pfaff-Institut Berlin
Aßmannshauerstraße 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: Die ästhetische Komposit-Restauration – Workshop zur Schichtungstechnik nach Dr. Lorenzo Vanini

Referent: Dr. Jörg Weiler
Termin: 18. 06. 2008, 15.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 330,- EUR
Kurs-Nr.: S 0806 (5 Punkte)

Thema: Chronische Kopfschmerzen... nicht unser Problem?
Referent: Dr. André von Peschke
Termin: 20. 06. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 95,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0843 (9 Punkte)

Thema: Sedationsverfahren bei zahnärztlichen Eingriffen
Referent: Dr. Tobias Terpelle
Termin: 21. 06. 2008, 9.00 – 13.00 Uhr
Gebühr: 145,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0844 (5 Punkte)

Thema: Zeitgemäße Parodontologie und ihre Realisation in der Praxis
Referent: PD Dr. Rainer Buchmann
Termin: 28. 06. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 185,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0846 (8 Punkte)

Thema: Implantologie für Einsteiger
Referent: Dr. Jens Riegelmann
Termin: 04. 07. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 380,- EUR
Kurs-Nr.: Z 0847 (9 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 Sachsen-Anhalt



Fortbildungsinstitut „Erwin Reichenbach“

Thema: Craniomandibuläre Dysfunktion I – Workshop Basisuntersuchung – Zweitageskurs
Referent: Prof. Dr. Stefan Kopp, Frankfurt a. M.
Termin: 11. 07. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr; 12. 07. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 400 EUR (inkl. Originalskript)
Kurs-Nr.: Z/2008-033

Thema: Professionelle Zahnreinigung – Arbeitskurs
Referent: Genoveva Schmid, Berlin
Termin: 22. 08. 2008, 15.00 – 19.00 Uhr; 23. 08. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 240 EUR
Kurs-Nr.: H-25-2008

Thema: Ich bin ein Anfang: Wie wir unser Praxisklima erhalten und verbessern

Referent: Petra C. Erdmann, Dresden-Langebrück
Termin: 23. 08. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., im Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstraße 2a
Gebühr: 130 EUR
Kurs-Nr.: H-26-2008

Thema: Fissurenversiegelung und Füllungspolitik
Referent: Ralph Buchholz, Burg
Termin: 27. 08. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Magdeburg, im Reichenbachinstitut der ZÄK, Große Diesdorfer Str. 162
Gebühr: 90 EUR
Kurs-Nr.: H-27-2008

Thema: Curriculum Allgemeine Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – Wochenendkurs Zahnärztliche Chirurgie II
Referent: Prof. Dr. Dr. J. Schubert, OA Dr. Dr. A. Eckert, beide Halle/S.
Termin: 29. 08. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr; 30. 08. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., im Universitätsklinikum Kröllwitz, Ernst-Grube-Str. 40
Gebühr: 250 EUR, Kurspaket: 2 000 EUR
Kurs-Nr.: 2008-072

Thema: Praxisinhaber Abrechnungskurs für Einsteiger und Reaktivierer
Referent: Sandra Abraham, Riesa
Termin: 29. 08. 2008, 14.00 – 20.00 Uhr; 30. 08. 2008, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Halle/S., im Ankerhof Hotel GmbH, Ankerstraße 2a
Gebühr: 200 EUR
Kurs-Nr.: H-28-2008

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

KZV Baden-Württemberg



Fortbildungsveranstaltungen der Bezirksdirektion Freiburg

Thema: Comfortleistungen in der Zahnarztpraxis – Führung überzeugender Patientenberatungsgespräche durch die Praxismitarbeiterin
Referent: Gundi Brockmann, Weiden
Termin: 27. 06. 2008
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: 08/414

Thema: Vermeidung prothetischer und implantologischer Eingriffe durch moderne Methoden der Zahnerhaltung
Referent: Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Heidelberg
Termin: 28. 06. 2008
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 08/121

Thema: Von Anfang an – Ganz ohne Risiko und Nebenwirkungen ... – Patientenorientiertes Verhalten der Auszubildenden in der Zahnarztpraxis
Referent: Gundi Brockmann, Weiden
Termin: 28. 06. 2008
Gebühr: 220 EUR
Kurs-Nr.: 08/415

Thema: Neue Wege beim Aufbau endodontisch behandelter Zähne – Bewertung bestehender und innovativer Aufbautechniken
Referent: Prof. Dr. Daniel Edelhoft, München
Termin: 11. 07. 2008
Gebühr: 195 EUR
Kurs-Nr.: 08/122

Thema: Was der Kieferorthopäde über das Kiefergelenk wissen sollte ...
Referent: Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, Berlin
Termin: 12. 07. 2008
Gebühr: 375 EUR
Kurs-Nr.: 08/123

Thema: Erfolgreiche Behandlungskonzepte unter Einsatz moderner vollkeramischer Systeme
Referent: Prof. Dr. Daniel Edelhoft, München
Termin: 12. 07. 2008
Gebühr: 320 EUR
Kurs-Nr.: 08/124

Thema: Das Team in der Prophylaxe-Praxis
Referent: Prof. Dr. Elmar Reich, Biberach
Termin: 18./19. 07. 2008
Gebühr: 295 EUR (Einzelperson) 495 EUR (1 ZA + 1 ZFA)
Kurs-Nr.: 08/310

Thema: Weisheitszahnentfernung – Kein Problem?
Referent: Prof. Dr. Dr. Jörg-Elard Otten und Dr. Kai Wolfgang Wagner, Freiburg
Termin: 19. 07. 2008
Gebühr: 150 EUR
Kurs-Nr.: 08/125

Thema: CEREC 3D – Ein Hands-on-Kurs für Einsteiger
Referent: PD Dr. Karl-Thomas Wrbas und Dr. Christian Hannig, Freiburg
Termin: 25./26. 07. 2008
Gebühr: 535 EUR
Kurs-Nr.: 08/126

Thema: Ein unschätzbare Talent: Die Mitarbeiterin als Beratungsfachkraft
Referent: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Argenbühl
Termin: 12. 09. 2008
Gebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 08/416

Thema: Kommunikationsseminar Individualprophylaxe – Überzeugend überzeugen: „Professionelle Prophylaxe“
Referent: Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Argenbühl
Termin: 13. 09. 2008
Gebühr: 275 EUR
Kurs-Nr.: 08/312

Thema: Das Internet – Eine uner-schöpfliche Fundgrube für jeden Zahnarzt
Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel
Termin: 19. 09. 2008
Gebühr: 190 EUR
Kurs-Nr.: 08/127

Thema: Dental English für die Praxis – Basic II – Fit in der Betreuung englischsprachender Patienten
Referent: Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sabine Nemeč, Langenselbold
Termin: 20. 09. 2008
Gebühr: 190 EUR (Einzelperson) 340 EUR (1 ZA + 1 ZFA)
Kurs-Nr.: 08/313

Thema: Strukturierte Fortbildung: Implantologie, Teil 1-3
Referent: Prof. Dr. Herbert Deppe, München
Termin: 1. Teil: 25. – 27. 09. 08, 2. Teil: 05. – 08. 11. 2008, 3. Teil: 28. – 29. 11. 2008
Gebühr: 3 800 EUR
Kurs-Nr.: 08/600

Thema: „Kann denn Führen Sünde sein?“ – Führen durch Kommunikation
Referent: Dipl.-Psych. Bernd Sandock, Berlin
Termin: 26./27. 09. 2008
Gebühr: 395 EUR
Kurs-Nr.: 08/128

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 www.ffz-fortbildung.de

LZK Rheinland-Pfalz**Fortbildungsveranstaltungen**

Thema: Fortbildung zur Zahnmed. Prophylaxeassistentin

Termin: 04. 08. 2008 bis 23. 10. 2008

Referenten: diverse

Sonstiges: für Zahnmedizinische Fachhelferinnen mit mindestens 2-jähriger Berufspraxis

Teilnehmergebühr: 2 150 EUR

Thema: Fortbildung zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin

Termin: 27. 10. 2008 bis 12. 02. 2009

Referenten: diverse

Sonstiges: für Zahnmedizinische Fachhelferinnen mit mindestens 2-jähriger Berufspraxis

Teilnehmergebühr: 2 150 EUR

Auskunft und Anmeldung:

LZK Rheinland-Pfalz,
Frau Albrecht, Frau Faltin,
Langenbeckstraße 2,
551 31 Mainz
Tel.: 06131/96 13 660
Fax: 06131/96 13 689

ZÄK Nordrhein**Zahnärztliche Kurse
im Karl-Häupl-Institut**

Kurs-Nr.: 08353

9 Fp

Thema: 3. Quartal 2008
Prothetischer Arbeitskreis

Referent: Prof. Dr. Ulrich Stüttgen, Düsseldorf
Termin: 09. 07., 13. 08. und 10. 09. 2008, Beginn jeweils 15.00 Uhr
Ort: Karl-Häupl-Institut, Fortbildungsinstitut der ZÄK Nordrhein Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf
Teilnehmergebühr: 55 EUR

Auskunft: Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein, Emanuel-Leutze-Str. 8, 40547 Düsseldorf
 Tel.: 0211/526 05-0
 Fax: 0211/526 05-48

Kongresse

■ Juni

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

KFO-Symposium
Veranstalter: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Direktor Univ.-Prof. Dr. Dr. R. Fuhrmann
Thema: Aktuelle Fragen zur KFO-Existenzsicherung
Termin: 20. – 22. 06. 2008
Ort: Halle/Saale, Universitätsplatz
Auskunft: Frau Dr. Scholz, Große Steinstr. 19, 06108 Halle
 Tel.: 0345/557 37 42
 Fax: 0345/557 37 62
 www.kiss-orthodontics.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

22. Oberpfälzer Zahnärztetag
Thema: Lebensqualität beginnt im Mund
Termin: 26. – 28. 06. 2008
Ort: Klinikum der Universität Regensburg
Auskunft: ZBV Oberpfalz Albertstraße 8, 93047 Regensburg
 Tel.: 0941/59 20 40
 Fax: 0941/59 20 470
 www.zbv-opf.de

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

■ Juli

International Dental workshop in combination with the Montreux Jazz Festival
Veranstalter: Carl Zeiss Academy
Termin: 04. – 06. 07. 2008
Ort: Hotel Le Mirador, Kempinski, 1801 Le Mont Pèlerin, Switzerland
Auskunft: Carl Zeiss Academy, Miriam Ladner
 Tel.: 0041 (0) 55 254 7561
 e-mail: m.ladner@zeiss.ch
 www.zeiss.ch/academy

2nd Pan-European Dental Congress
Veranstalter: International Association of Dental Promotion und Turkish Dental Association
Schirmherrschaft: ERO European Regional Organization of FDI
Termin: 04. – 05. 07. 2008
Ort: Istanbul
Auskunft: www.pedc2008.com
 Tel.: +90 (212) 219-66-45

■ August

Zahnärztetag der Kammern Niedersachsen und Bremen in Verbindung mit dem 4. ZMF- u. Prophylaxe-Kongress
Termin: 30.08.2008
Ort: Stadthalle Osnabrück
Auskunft: www.zkn.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: Weimar
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

5. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
Thema: Osseo- und Periointegration – Konzepte zur Optimierung des Langzeiterfolgs von Implantaten
Termin: 05./06. 09. 2008
Ort: The Westin Hotel Leipzig, Gerberstr. 15, 04105 Leipzig
Auskunft: Oemus Media AG, Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

17. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern
59. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Ges. für ZMK-Heilkunde an den Univ. Greifswald und Rostock e.V.
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald
Standespolit. Leitung: Dr. Dietmar Oesterreich,
Termin: 05. – 07. 09. 2008

Ort: Rostock-Warnemünde,
Hotel Neptun
Auskunft: ZÄK Mecklenburg-
Vorpommern,
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Tel.: 0385/59 108-0
Fax: 0385/59 108-20
www.zaekmv.de

43. Bodenseetagung

Veranstalter: Bezirkszahnärztekammer Tübingen
Thema: Mundgesundheit im
Alter – Zukunftsaufgabe für die
Zahnarztpraxis
Termin: 12./13. 09. 2008
Ort: Lindau (Bodensee)
Auskunft: BZK Tübingen
Bismarckstr. 96, 72072 Tübingen
Tel.: 07071/911-0
Fax: 07071/911-209

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

ESTRO 27

Veranstalter: European Society
for Therapeutic Radiology and
Oncology
Termin: 14. – 18. 2008
Ort: Göteborg Convention
Centre, Göteborg, Schweden
Auskunft: www.estro27.org

11. ESH Congress

Thema: Hypnosis and Hypno-
therapy
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

1st Congress of the European Society of Microscope Dentistry

Veranstalter: European Society of
Microscope Dentistry (ESMD)
Thema: To see or not to see
Termin: 18. – 20. 09. 2008
Ort: Amsterdam, Holland,
NH Grand Hotel Krasnapolsky
Auskunft: ESMD Congress
Secretariat, Congress Care,
P.O. Box 440,
5201 AK 's-Hertogenbosch,
the Netherlands
Tel.: +31 73 690 14 15
Fax: +31 73 690 14 17
e-mail: info@congresscare.com
www.congresscare.com
www.esmd2008.org

9th Biennial Congress of the European Association of Oral Medicin EAOM

Termin: 18. – 20. 09. 2008
Ort: Salzburg
Organisation: Österreichische
Gesellschaft für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde Salzburg
Auskunft: www.eaom2008.at

5. Int. Jahreskongress der DGOI



Veranstalter: Deutsche Gesell-
schaft für Orale Implantologie
Termin: 18. – 21. 09. 2008
Ort: Hilton Park Hotel, München

Auskunft: DGOI,
Bruchsalter Straße 8,
76703 Kraichtal
Tel.: 07251/61 89 96-0
Fax: 07251/61 89 96-26
e-mail: dgoi.info
www.dgoi-congress2008.info

16. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt

Thema: Parodontologie und
Mundschleimhautrekrankungen
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. Soren
Jepsen, Bonn
Termin: 19. – 21. 09. 2008
Ort: Wernigerode, Harzer Kultur-
und Kongress-Hotel
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt.,
Postfach 3951
39014 Magdeburg
Tel.: 0391//739 39 14
(Frau Einecke)
e-mail: einecke@zahnaerztekam-
mer-sah.de

2. Zahnärztinnenkongress

Veranstalter: ZÄK Schleswig-
Holstein
Schirmherrin: BZÄK
Thema: Frauen – die Zukunft der
ZahnMedizin
Termin: 19. – 21. 09. 2008
Ort: Travemünde
Auskunft: ZÄK Bremen,
Frau Pamela Behnken,
Universitätsallee 25,
28359 Bremen
Fax: 0421/333 03 23

DDHV-Fortbildungstagung 2008

Veranstalter: Deutscher Dental-
hygienikerInnen Verband e.V.
Termin: 20. 09. 2008
Ort: ArabellaSheraton-Bogen-
hausen, Arabellastraße 5,
81925 München
Auskunft: DDHV-Geschäftsstelle
Obere Bachgasse 20
93047 Regensburg
Fax: 0941/56 38 61
e-mail: apostroph@t-online.de
www.ddhv.de

FDI Annual World Dental Congress



Termin: 24. - 27.09.2008
Ort: Stockholm, Schweden
Auskunft: FDI World Dental Federation
 13, chemin du Levant,
 l'Avant Centre
 021210 Ferney-Voltaire, France
 Tel.: +33 4 50 40 50 50
 Fax: +33 4 50 40 55 55
 e-Mail: info@fdiworldental.org
 www.fdiworldental.org

dgp Jahrestagung 2008

Thema: „Orale Medizin“ – die Mundhöhle als Spiegel der Allgemeingesundheit
Termin: 25. – 27. 09. 2008
Ort: CongressCenter Nürnberg
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@dgparo.de
 www.dgparo.de

Eurosymposium

3. Süddeutsche Implantologietage

Thema: Moderne Implantologie – Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven
Termin: 26./27. 09. 2008
Ort: Konzil Konstanz, Hafensstraße 2, 78462 Konstanz
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

14. Kongress-Schiffsreise

Veranstalter: Verband der Niedergelassenen Zahnärzte Land Brandenburg e.V.
Termin: 26. 09. – 03. 10. 2008
Ort: Kreuzfahrtschiff AIDAdiva, westliches Mittelmeer rund um Mallorca
Auskunft: DER Deutsches Reisebüro GmbH & Co. OHG, Atlasreisen im Kaufhof, August-Bebel-Straße 2, 03046 Cottbus,
 Ansprechpartnerin Frau Noack,
 Tel.: 0355/79 17 18 oder 79 16 12
 Fax: 0355/79 81 17
 e-mail: cottbus.75182@atlasreisen.de

■ Oktober

6. Symposium „Implantologie International – Palma de Mallorca“

Veranstalter: Medical Consult GmbH
Termin: 02. – 04. 10. 2008
Ort: Melia de Mar***** Illetas - Mallorca
Thema: Periimplantäres Gewebemanagement und Perioprotetik – Ästhetik in der Implantologie
Auskunft: office&more Essen
 Schöne Aussicht 27,
 45289 Essen
 Tel.: 0177/76 41 006
 Fax: 0201/47 81 829
 e-mail: info@office-more-essen.de
 www.implantologie-international.com

38. Int. Jahreskongress der DGZI

Thema: Interdisziplinäre Konzepte der implantologischen Rehabilitation
Termin: 10./11. 10. 2008
Ort: Bermen, Maritim Hotel, Hollerallee 99, 28215 Bremen
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

12. LEC Laserzahnheilkunde-Einsteiger-Congress

Termin: 10./11. 10. 2008
Ort: Bermen, Maritim Hotel, Hollerallee 99, 28215 Bremen
Auskunft: Oemus Media AG,
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

32. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odontologie (AKFOS) der DGZMK

Termin: 11. 10. 2008
Ort: Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Auskunft: roetzscher.klaus.dr@t-online.de

49. Bayerischer Zahnärztetag

Thema: Risikomanagement: Behandlung planen – Qualität sichern
Veranstalter: BLZK Bayerische LZK, ÖGP Österreichische Ges. f. Parodontologie, SSRD Schweizerische Ges. f. Rekonstruktive Zahnmedizin
Termin: 16. – 18. 10. 2008
Ort: ArabellaSheraton Grand Hotel in München
Auskunft: Oemus Media AG
 Tel.: 0341/48 474-308
 Fax: 0341/48 474-290
 e-mail: blzk2008@oemus-media.de
 www.blzk.de

32. Jahreshauptversammlung der Studiengruppe für Restaurative Zahnheilkunde

Thema: Funktionsanalytik und Funktionstherapie – State of the Art
Termin: 17./18. 10. 2008
Ort: Berlin, Hotel Maritim
Moderation: PD Dr. Oliver Ahlers
Auskunft: Service Concept, U. Rätzke-Meier, Markt 9, 45657 Recklinghausen
 Tel.: 02361/960 66 44
 Fax: 02361/960 66 45
 www.restaurative.de

4. Tagung der AG für Endodontie der ÖGZMK

Thema: „State of the Art“ Theorie und Praxis
Termin: 17./18. 10. 2008
Ort: Salzburg-Hotel Castellani
Organisation: Dr. Karl Schwaninger, Dr. Peter Brandstätter, Wien
Auskunft: Ärztezentrale med.info Helfferstorferstr. 4, A-1014 Wien
 Tel.: (+43/1) 531 16-48
 Fax: (+43/1) 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

8. Symposium Zahnärztliche Schlafmedizin

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft Zahnärztliche Schlafmedizin e.V.
Hauptthema: Interdisziplinäre Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
Termin: 17./18. 10. 2008
Ort: Kassel
Auskunft: www.dgzs.de

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Orale Medizin – eigenständig und vernetzt
Termin: 18. 10. 2008
Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie der Landes Zahnärztekammer Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
 Tel.: 0351 8066-102
 Fax: 0351 8066-106
 e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

■ November

International Conference on Frontiers of Dental and Craniofacial Research

Termin: 01. – 03. 11. 2008
Ort: Beijing, China
Auskunft: Helen Qu, Secretariat
 Tel.: +86-10-65 66 75 56
 Fax: +86-10-65 66 73 04
 Mobil: 13 52 04 03 441
 e-mail: jun jun0831@163.com/
 helen@icfdr.org

1. Europäischer Kongress für Integrative Medizin (ECIM)**Termin:** 07./08. 11. 2008**Ort:** Berlin**Auskunft:** www.ecim-congress.org**Auskunft:** Sekretariat der DGEndo, Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel: 0341-48474-202
Fax: 0341-48474-290
sekretariat@dgendo.de
www.dgendo.de**25. Jahrestagung des BDO****Veranstalter:** BDO – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen**Termin:** 14./15. 11. 2008**Ort:** Palace Hotel Berlin, Budapester Str. 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

Symposium CMD/Orofazialer Schmerz**Thema:** Interdisziplinäre Behandlung von schmerzhaften kranio- mandibulären Dysfunktionen**Veranstalter:** Saarbrücker Qualitätszirkel CMD/Orofazialer Schmerz / Dr. Horst Kares**Termin:** 22. 11. 2008, 9.00 – 17.30 Uhr**Ort:** Hotel Mercure Süd, Saarbrücken**Auskunft:** Dr. Horst Kares, Zahnärztliche Privatpraxis für Funktionsdiagnostik, Schmerztherapie und Schlafmedizin Grumbachtalweg 9, 66121 Saarbrücken
Tel.: 0681/89 40 18
Fax: 0681/58 47 075**11. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress****Termin:** 14./15. 11. 2008**Ort:** Palace Hotel 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**41. Jahrestagung der DGFD****Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK**Termin:** 28./29. 11. 2008**Ort:** Bad Homburg**Thema:** Funktionstherapie – Schiene und was dann?**Auskunft:** www.dgfdt.de**MEDICA****40. Weltforum der Medizin****Termin:** 19. – 22. 11. 2008**Ort:** Düsseldorf Messe – CCD**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**9. Thüringer Zahnärztetag****9. Thüringer Helferinnentag****8. Thüringer Zahntechnikertag****Dentalausstellung****Thema:** ZahnMedizin – Komplikationen und Notfälle**Wiss. Leitung:** Prof. Dr. Dr. S. Schultze-Mosgau, Prof. Dr. Eike Glockmann, Jena**Termin:** 28./29. 11. 2008**Ort:** Messe Erfurt**Auskunft:** LZK Thüringen
Tel.: 0361/74 32 107 oder
0361/74 32 108
e-mail: fb@lzkth.de**7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Endodontie e.V. (DGEndo)****Termin:** 20. – 22. 11. 2008**Ort:** Hotel Le Meridien Stuttgart Willy-Brandt-Straße 30, 70173 Stuttgart

Dental Istanbul

Termin: 28. – 30. 11. 2008
Ort: Istanbul
Auskunft: Berk Kuscü
 Kervangecmez Cad. 5/1
 Mecidyekoy/Istanbul/Türkiye
 Tel.: +90 (212) 274 96 60
 Fax: +90 (212) 274 99 63
 e-mail: info@dentalistanbul.com
 bilgi@vestiyer.com.tr
 www.dentalistanbul.com
 www.vestiyer.com.tr

8. Keramik-Symposium

Veranstalter: AG Keramik e.V.
Thema: Dentalkeramik – gute Qualität hat sich bewährt; Vollkeramik & Implantologie; Verleihung Forschungspreis
Termin: 29. 11. 2008, 9.00 – 14.00 Uhr
Ort: Frankfurt/Main, Congress Center, Ludwig-Erhard-Anlage 1
Auskunft: AG Keramik, Tel.: 0721/945 29 29
 Fax: 0721/945 29 30
 e-mail: info@ag-keramik.de
 www.ag-keramik.de

■ Dezember**ViennaPerio 2008**

Thema: Rot-weiße Ästhetik
Veranstalter: gem. Tagung der AAPR (Austrian Association of Periodontal Research), DGP (Deutsche Ges. f. Parodontologie) und ÖGP (Österreichische Ges. f. Parodontologie)
Termin: 05./06. 12. 2008
Ort: AKH Wien
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@dgparo.de
 www.dgparo.de

4th Int. Vienna Orthodontic Symposium (IVOS)

Thema: Megatrends in Orthodontics
Termin: 05./06. 12. 2008
Ort: Wien, Österreichische Akademie der Wissenschaften
Auskunft: Austropro Interconvention, Alfred Kerschbauer
 Tel.: (+43/1) 588 00-514
 Fax: (+43/1) 588 00-520
 e-mail: iv@interconvention.at
 www.austropro-interconvention.at/congress/ivos

Universitäten**RWTH Aachen****CEREC 3D-Seminar und CEREC 3D-Update-/Aufbauseminar jeweils parallel**

Thema: Kompetenzorientiertes Training nach stufenweisem AACZ-Qualifizierungskonzept
CEREC-Junior, -Fellow, -Master durch Lernzielabstimmung
Format: Werkstatt, problemorientiert
Organisation: Lehrauftrag Zahnmedizinische Curricularentwicklung und -forschung
Termin: 18./19. 07. 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
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

Wissenschaftliche Gesellschaften**BDDH****Einladung zum neuen DH-Kurs in Münster**

Zeitraum: 13. 10. 08 bis 04. 04. 2009
Thema: 6. Fortbildungskurs zur Dentalhygienikerin mit internationaler Anerkennung
Ort: Akademie für Fortbildung in Münster
Aufnahmeprüfung: auf Anfrage von Mai bis Anfang August
Sonstiges: 2/3 Finanzierung über Meister-Bafög ist ebenso möglich wie steuerliche Berücksichtigung der Begleitkosten, weitere Tipps gibt es auf Anfrage

Kursinformation und Beratung:

Dorothee Neuhoff
 Tel.: 0251/507-620
 e-mail: Dorothee.Neuhoff@zahnaerzte-wl.de

Terminanfrage und Anmeldung:

Tanja Niehues
 Tel.: 0251/507-603

Driburger Kreis**Treffen im Vorfeld der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e.V.**

Rahmenthema: Naturwissenschaft, Medizin und Technik und ihr Verhältnis zur Populärkultur
Termin: 24. – 26. 09. 2008
Ort: Darmstadt
Auskunft: Prof. Dr. Brigitte Lohff
 Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin
 Med. Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 Tel: 0511-532-4278
 Fax: 0511-532-5650
 e-mail: lohff.brigitte@mh-hannover.de

DGZH**Regionalstelle Stuttgart**

Thema: Helferinnen-Curriculum H3: Sinnesschärfe und Flexibilität
Termin: 04. 07. 2008, 14.00 – 20.00 Uhr;
 05. 07. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Stuttgart
Referent/in: R. & W. Hoefl
Kursgebühr: 250 EUR

Auskunft: Michael Ergenzinger, Esslinger Str. 40, 70182 Stuttgart
 Tel.: 0711/236 06 18
 Fax: 0711/24 40 32
 www.dgzh-stuttgart.de
Regionalstelle Berlin/ Brandenburg

Thema: NLP 3: Der psychosomatische Patient
Termin: 11. 07. 2008, 14.00 – 20.00 Uhr;
 12. 07. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr
Ort: Grünau-Hotel, Kabelower Weg 87, 12526 Berlin
Fortbildungspunkte: 12
Referent/in: Anke Handrock
Kursgebühr: 450 EUR

Auskunft: Dr. Horst Freigang, Lindenallee 21, 12587 Berlin
 Tel.: 030/64 19 73 08
 Fax: 030/64 19 73 07

Dental Istanbul**Termin:** 28. – 30. 11. 2008**Ort:** Istanbul**Auskunft:** Berk Kuscü

Kervangecmez Cad. 5/1

Mecidyekoy/Istanbul/Türkiye

Tel.: +90 (212) 274 96 60

Fax: +90 (212) 274 99 63

e-mail: info@dentalistanbul.com

bilgi@vestiyer.com.tr

www.dentalistanbul.com

www.vestiyer.com.tr

8. Keramik-Symposium**Veranstalter:** AG Keramik e.V.**Thema:** Dentalkeramik – gute Qualität hat sich bewährt; Vollkeramik & Implantologie;

Verleihung Forschungspreis

Termin: 29. 11. 2008,

9.00 – 14.00 Uhr

Ort: Frankfurt/Main, Congress

Center, Ludwig-Erhard-Anlage 1

Auskunft: AG Keramik,

Tel.: 0721/945 29 29

Fax: 0721/945 29 30

e-mail: info@ag-keramik.de

www.ag-keramik.de

■ Dezember**ViennaPerio 2008****Thema:** Rot-weiße Ästhetik**Veranstalter:** gem. Tagung der

AAPR (Austrian Association of Peri-

odontal Research), DGP (Deut-

sche Ges. f. Parodontologie) und

ÖGP (Österreichische Ges. f. Par-

odontologie)

Termin: 05./06. 12. 2008**Ort:** AKH Wien**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@dgparo.de

www.dgparo.de

4th Int. Vienna Orthodontic Symposium (IVOS)**Thema:** Megatrends in Orthodontics**Termin:** 05./06. 12. 2008**Ort:** Wien, Österreichische Akademie der Wissenschaften**Auskunft:** Austropro Intercon-

vention, Alfred Kerschenbauer

Tel.: (+43/1) 588 00-514

Fax: (+43/1) 588 00-520

e-mail: iv@interconvention.at

www.austropro-intercon-

vention.at/congress/ivos

Universitäten**RWTH Aachen****CEREC 3D-Seminar und CEREC****3D-Update-/Aufbauseminar****jeweils parallel****Thema:** Kompetenzorientiertes

Training nach stufenweisem

AACZ-Qualifizierungskonzept

CEREC-Junior, -Fellow, -Master

durch Lernzielabstimmung

Format: Werkstatt, problem-

orientiert

Organisation: Lehrauftrag Zahn-

medizinische Curricularentwick-

lung und -forschung

Termin: 25./26. 07. 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

Ort: Klinik für Zahnerhaltung,

Parodontologie und Präventive

Zahnheilkunde des Universitäts-

klinikums 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

Wissenschaftliche Gesellschaften**BDDH****Einladung zum neuen DH-Kurs in Münster****Zeitraum:** 13. 10. 08 bis

04. 04. 2009

Thema: 6. Fortbildungskurs zur

Dentalhygienikerin mit interna-

tionaler Anerkennung

Ort: Akademie für Fortbildung in

Münster

Aufnahmeprüfung: auf Anfrage

von Mai bis Anfang August

Sonstiges: 2/3 Finanzierung über

Meister-Bafög ist ebenso mög-

lich wie steuerliche Berücksichti-

gung der Begleitkosten, weitere

Tipps gibt es auf Anfrage

Kursinformation und Beratung:

Dorothee Neuhoff

Tel.: 0251/507-620

e-mail:

Dorothee.Neuhoff@zahnaerzte-

wl.de

Terminanfrage und Anmeldung:

Tanja Niehues

Tel.: 0251/507-603

Driburger Kreis**Treffen im Vorfeld der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e.V.****Rahmenthema:** Naturwissen-

schaft, Medizin und Technik und

ihr Verhältnis zur Populärkultur

Termin: 24. – 26. 09. 2008**Ort:** Darmstadt**Auskunft:** Prof. Dr. Brigitte Lohff

Abteilung Geschichte, Ethik und

Philosophie der Medizin

Med. Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Tel: 0511-532-4278

Fax: 0511-532-5650

e-mail: lohff.brigitte@mh-hanno-

ver.de

DGZH**Regionalstelle Stuttgart****Thema:** Helferinnen-Curriculum

H3: Sinnesschärfe und Flexibilität

Termin: 04. 07. 2008,

14.00 – 20.00 Uhr;

05. 07. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Stuttgart**Referent/in:** R. & W. Hoefl**Kursgebühr:** 250 EUR**Auskunft:** Michael Ergenzinger,

Esslinger Str. 40,

70182 Stuttgart

Tel.: 0711/236 06 18

Fax: 0711/24 40 32

www.dgzh-stuttgart.de

Regionalstelle Berlin/**Brandenburg****Thema:** NLP 3: Der psychosoma-

tische Patient

Termin: 11. 07. 2008,

14.00 – 20.00 Uhr;

12. 07. 2008, 9.00 – 18.00 Uhr

Ort: Grünau-Hotel, Kabelower

Weg 87, 12526 Berlin

Fortbildungspunkte: 12**Referent/in:** Anke Handrock**Kursgebühr:** 450 EUR**Auskunft:** Dr. Horst Freigang,

Lindenallee 21, 12587 Berlin

Tel.: 030/64 19 73 08

Fax: 030/64 19 73 07

Thema: Einführung Lava™ Scan ST
Veranstalter: Corona Lava™ Fräszentrum Starnberg
Termin: 18. 07. 2008, 15.00 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: ZTM Rupprecht Semrau
Kursgebühr: kostenfrei
Auskunft: Corona Lava™ Fräszentrum
 Münchner Str. 33, 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/55 53 88
 Fax: 08151/73 93 38
 info@lavazentrum.de
 www.lavazentrum.com

Thema: Tageskurs Prophylaxe bei KFO-Patienten
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin: 18. 07. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Würzburg
Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Mitarbeiter/-innen von kieferorthopädischen Praxen und Zahnarztpraxen, die KFO-Patienten betreuen
Kursgebühr: 298 / 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: Parodontologie & Implantatzahnheilkunde 2
Veranstalter: Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München IPI GmbH
Termin: 18./19. 07. 2008
Ort: Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München IPI GmbH
Sonstiges: Der Kurs behandelt komplexe Situationen in der oralen Implantologie
Kursgebühr: 1 405 EUR
Auskunft: Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München IPI GmbH, Rosenkavalierplatz 18, 81925 München
 Tel.: 089/92 87 84 22
 Fax: 089/92 87 84 11

Thema: Professionelle Zahnreinigung für Erwachsene (PZR 1)
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 18./19. 07. 2008, jeweils 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: 95679 Waldershof (Nordbayern)
Sonstiges: Intensivkurs für die Grundlagen der PZR (Einsteiger und Fortgeschrittene); Zielgruppe: Zahnärzte/Zahnärztinnen, Helferinnen; Ref.: Regina Regensburger, Dentalhygienikerin; 17 Fortbildungspunkte
Gebühr: 350 EUR + MwSt. inkl. Verpflegung
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: Schlüssel zum Patienten / Kunden II
Veranstalter: Feldmann Consulting®
Termin: 19. 07. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Wilhelmstr. 1, 76275 Ettlingen
Sonstiges: Ref.: Reinhard Homma, MediGram; Fortbildungspunkte: 11
Kursgebühr: 365 EUR
Auskunft: Frau Nicole Feldmann, Kronenstraße 11, Feldmann Consulting®, MediGram Fortbildungsakademie Ettlingen
 Tel.: 07243/72 54-0
 Fax: 07243/72 54-20
 e-mail: info@feldmannconsulting.de

Thema: Intensivtraining „Richtig beraten – Erfolgreich verkaufen“
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin: 19. 07. 2008, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Würzburg

Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Prophylaxe-Spezialisten, Zahnärzte/-innen, DHs, ZMPs und ZMFs sowie Mitarbeiter/-innen aus Praxismanagement und Verwaltung. „Richtig beraten – Erfolgreich verkaufen“ ist Teamsache!
Kursgebühr: 298 / 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: PZR für Profis
Veranstalter: Dental-Depot R. Spörrer
Termin: 23. 07. 2008, jeweils 9.00 – 17.30 Uhr
Ort: 95679 Waldershof (Nordbayern)
Sonstiges: Intensiver Arbeitskurs für Prophylaxeprofis; Zielgruppe: Zahnärzte/Zahnärztinnen, Helferinnen; Ref.: Regina Regensburger, Dentalhygienikerin
Gebühr: 240 EUR + MwSt. inkl. Verpflegung
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: Schienentherapie + FAL
Veranstalter: ZAD – Jutta Weiglein
Termin: 23. 07. 2008, 14.00 – 18.30 Uhr
Ort: 97753 Karlstadt, Hotel Mainpromenade
Sonstiges: begrenzte Teilnehmerzahl, max. 20 Personen
Kursgebühr: 165 EUR + MwSt. inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung
Auskunft: ZAD – Jutta Weiglein, Siligsmüllerstr. 4, 97753 Karlstadt
 Tel.: 09353/90 98 649
 Fax: 09353/90 98 623

Thema: Dentalfotografie – Einblick in die digitale Dentalfotografie
Veranstalter: Corona Lava™ Fräszentrum Starnberg
Termin: 23. 07. 2008, 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: Wolfgang Weisser
Kursgebühr: 50 EUR
Auskunft: Corona Lava™ Fräszentrum
 Münchner Str. 33, 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/55 53 88
 Fax: 08151/73 93 38
 info@lavazentrum.de
 www.lavazentrum.com

Thema: Der Raucher in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH
Termin: 23. 07. 2008, 14.00 – 19.00 Uhr
Ort: München
Sonstiges: Das Seminar richtet sich an Prophylaxe-Interessierte (ZÄ, ZFA), die bereits über Prophylaxe-Erfahrung verfügen
Kursgebühr: 248 / 198 / 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: Röntgenkurs für Zahnarztshelferinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie
Termin: 25. 07. 2008, 14.00 – 18.00 Uhr
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dirk Schulze
Kursgebühr: 75 EUR + MwSt. pro Person; 65 EUR + MwSt. pro Person aus Überweiserpraxen
Auskunft: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B. Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt, Prof. Dr. Dr. U. Fritzscheier
 Tel.: 0211/32 43 13
 Fax: 0211/32 73 97
 e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: Advanced Kurs Implantologie

Veranstalter: Astra Tech

Termin: 25./26. 07. 2008

Ort: Regensburg

Sonstiges: Ref.: Prof. Thorsten Reichert; 15 Punkte

Auskunft: Astra Tech

Tel.: 06431/98 69 213

Fax: 06431/98 69 700

Thema: Voll im Trend – Hoch-ästhetische Kronen und Brücken aus Zirkonoxid

Veranstalter: Corona Lava™

Fräszentrum Starnberg

Termin: 25. 07. 2008, 14.00 Uhr

Ort: Starnberg

Sonstiges: Ref.: ZTM Rupprecht Semrau

Kursgebühr: 30 EUR

Auskunft: Corona Lava™

Fräszentrum

Münchner Str. 33,

82319 Starnberg

Tel.: 08151/55 53 88

Fax: 08151/73 93 88

info@lavazentrum.de

www.lavazentrum.com

Thema: Zahntechniker-Kurs:

Orale Rehabilitation mit Implantaten

Veranstalter: Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München IPI GmbH

Termin: 25./26. 07. 2008

Ort: München

Sonstiges: Verstehen und Erlernen der Grundlagen zur Planung und Durchführung oraler Rehabilitationen mit implantatgetragenen Rekonstruktionen

Kursgebühr: 872 EUR

Auskunft: Privatinstitut für Parodontologie und Implantologie München IPI GmbH,

Rosenkavaliertplatz 18,

81925 München

Tel.: 089/92 87 84 22

Fax: 089/92 87 84 11

Thema: Röntgenkurs für Zahnärzte

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie

Termin: 26. 07. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dirk Schulze

Kursgebühr: 130 EUR + MwSt.

pro Person; 110 EUR + MwSt. pro Person aus Überweiserpraxen

Auskunft: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B. Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt, Prof. Dr. Dr. U. Fritzemeier

Tel.: 0211/32 43 13

Fax: 0211/32 73 97

e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: Mit reproduzierbaren Arbeitsschritten zur Top-Fräsung

Veranstalter: BEGO Training

Center

Termin: 29. – 31. 07. 2008

Ort: Bremen

Sonstiges: Kurssprache:

Deutsch/Englisch

Auskunft: BEGO Bremer Goldschlägerei,

Wilh. Herbst GmbH & Co. KG,

Wilhelm-Herbst-Str. 1,

28359 Bremen

Tel.: 0421/20 28 372

Fax: 0421/20 28-395

Thema: academia dental II –

fixed – Ästhetische Lösungen auf Implantaten

Veranstalter: BEGO Training

Center

Termin: 04. – 29. 08. 2008

Ort: Bremen

Sonstiges: Kurssprache: Englisch

Auskunft: BEGO Bremer Goldschlägerei,

Wilh. Herbst GmbH & Co. KG,

Wilhelm-Herbst-Str. 1,

28359 Bremen

Tel.: 0421/20 28 372

Fax: 0421/20 28-395

Thema: Tageskurs für Einsteiger

Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH

Termin: 12. 08. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Essen

Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Prophylaxe-Interessierten (ZÄ und ZFA), die über keine oder wenig Prophylaxe-Erfahrung verfügen und sich Basiskenntnisse in Theorie und Praxis aneignen wollen.

Kursgebühr: 298 / 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: Tageskurs für Fortgeschrittene

Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH

Termin: 13. 08. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Essen

Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Prophylaxe-Interessierten (ZÄ und ZFA), die bereits über Prophylaxe-Erfahrung verfügen und ihre Kenntnisse theoretisch und praktisch vertiefen wollen

Kursgebühr: 298 / 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: Tageskurs für Fortgeschrittene

Veranstalter: pdv praxisDienste + Verlags GmbH

Termin: 14. 08. 2008,

9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Essen

Sonstiges: Das Seminar richtet sich an alle Prophylaxe-Spezialisten (ZÄ, DHs, ZMPs und ZMFs), die über umfangreiche Prophylaxe-Erfahrung verfügen und ihre spezifischen Kenntnisse theoretisch und praktisch vertiefen wollen.

Kursgebühr: 298 / 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

Tipps zur Abgeltungssteuer

Schlupflöcher mit Risiko

Noch ein gutes halbes Jahr, dann wird die Abgeltungssteuer Wirklichkeit. Noch immer beschäftigen sich die Experten auf Anleger- und Fiskusseite mit diesem Thema. Die einen suchen nach Schlupflöchern, die anderen versuchen, sie zu stopfen. Da muss der Anleger aufpassen, dass er nicht das Nachsehen hat.



Foto: Mauritius

So sehr sich die Experten im Berliner Finanzministerium auch bemühen, bis jetzt haben sie noch nicht alle Möglichkeiten gestrichen, die ein – zumindest vorübergehendes – Entkommen vor der Abgeltungssteuer erlauben. Zwar drohen sie im Referentenentwurf zum Jahressteuergesetz 2009 damit, auch auf die bislang verschonten Zertifikatefonds die neue Steuer zu erheben. Dafür wollen sie – bis jetzt jedenfalls – die Dachfonds entgegen den Gerüchten verschonen.

Wenig tröstlich für Aktienfreunde

Diese Meldung tröstet allerdings Aktienfans und die Freunde der Fondssparpläne nur wenig. Sie schwören auf die Anteilsscheine und sehen ihre Erträge von der Abgeltungssteuer ab Januar 2009 bedroht. Gerne be-

folgen sie den Rat der Experten und decken sich noch in diesem Jahr so gut wie möglich mit Aktien ein.

Auf diese Weise sichern sie sich zumindest für diesen Teil ihres Depots die alten Steuerregeln. Danach bleiben Kursgewinne nach einem Jahr steuerfrei.

Unter die Abgeltungssteuer fallen nur Aktien, die nach dem 31. Dezember 2008 gekauft werden. Doch irgendwann nach dem Stichtag kann es nötig sein, einen Teil der Anlage zu verkaufen, weil das Geld benötigt wird.

Fifo begegnen – mit dem zweiten Depot

Dann gibt es ein böses Erwachen. Denn es kommt eine Bestimmung zum Zuge, die die gute Vorbereitung wieder zunichtemacht. Fifo heißt das Kürzel für die Steuerregel.

First in – first out. Das heißt, dass immer die Werte als zuerst verkauft gelten, die auch zuerst gekauft worden sind. Für den Anleger bedeutet das, dass er genau die Aktien zuerst verkaufen muss, die einen steuerfreien Kursgewinn garantieren. Selbstverständlich möchte er aber gerade die möglichst lange in seinem Depot bewahren.

Dazu kann er einen Trick anwenden: Er eröffnet ein zweites Depot. Werden die Aktien, die vor dem 1. Januar 2009 gekauft worden sind, getrennt von den später erworbenen aufbewahrt, bestimmt der Anleger nämlich selbst, wann er sich von welchen Papieren trennt. Dazu muss er noch nicht einmal die Bank wechseln. Es reicht aus, ein Depot mit einer eigenen Stammmnummer einzurichten. Allerdings sollten Anleger mit ihrem Berater zuvor über die Kosten für das Zusatzdepot sprechen; die meisten Institute zeigen sich entgegenkommend.

Des Fiskus Freude an Fondssparplänen

Das Fifo-Problem besteht aber nicht nur bei Aktiendepots, es trifft auch Fondssparpläne. Wer seinen Aktienfondssparplan über 2008 hinaus weiterführt, bekommt ebenfalls steuerliche Probleme. Alle Ausschüttungen aus diesem Fonds unterliegen ab 2009 der Abgeltungssteuer. Werden Anteile verkauft, erhebt der Fiskus nur Abgeltungssteuer für die Anteile, die ab 2009 gekauft und dann später wieder veräußert werden.

Beim Verkauf der Anteile tritt wieder die Fifo-Regel in Kraft. Aber Glück gehabt: auch hierbei sticht das Zwei-Konten-Modell mit der Trennung von alt und neu. Viele Fondsgesellschaften stellen den alten Bestand von sich aus in ein separates Konto, und nur die in 2009 erworbenen Anteile bleiben im Sparplan-Depot. „Die Fondsgesellschaften kennen das Problem und unterstützen ihre Kunden“, beruhigt Frank Bock vom Bundesverband Investment und Asset-Management (BVI). Die Fifo-Regel bezieht sich auf das jeweilige Depot. Viele Online-Broker stellen sich schon auf die Wünsche ihrer Kunden nach günstigen oder manchmal sogar kostenlosen Zweitdepots ein.

Gezielt fürs Alter dazu geriestert

Wer schon weiß, dass er das Geld, das er in einen Fondssparplan stecken will, für seine Altersvorsorge zurücklegen will, für den eignet sich der Abschluss eines Riester-Vertrages ohne Förderung. Mit dieser Konstruktion lässt sich ebenfalls die Abgeltungssteuer umgehen. Das funktioniert auch, wenn der Anleger keinen Anspruch auf eine Riester-Förderung hat, wie Selbständige und Freiberufler – also auch selbständige Zahnärzte. Ein solcher Riester-Vertrag ist nicht an die strengen Vorschriften für die Förderung gebunden, profitiert aber von den steuerlichen Regelungen für Versicherungen.

schied zu einem geförderten Riester-Vertrag, bei dem maximal 30 Prozent des Kapitals ausgezahlt werden, hat der Sparer der nicht geförderten Variante Anspruch auf den ganzen Betrag. Die Summe wird ausgezahlt, dann gelten die gleichen Voraussetzungen wie bei Lebensversicherungen. Der Sparer ist mindestens 60 Jahre alt und der Vertrag hat mindestens zwölf Jahre bestanden. Steuerpflichtig ist dann die Hälfte des Gewinns. Entscheidet der Anleger sich für eine Verrentung des angesparten Betrags, will der Fiskus nur seinen Teil von dem jeweiligen Ertragsanteil haben.

Auch Vorsorger, die schon einen guten Riester-Fondssparplan inklusive Förderung abgeschlossen haben, können von der Regelung profitieren. Sie stocken einfach auf



Foto: CC

Obwohl die Lücken im Abgeltungssteuergesetz rechtlich zulässig sind, droht Gefahr (aus dem Finanzministerium in Berlin) all jenen, die sich zu früh tatsächlich hineinbegeben. Denn die Experten für Steuern wollen bis Jahresende noch möglichst viele Schlupflöcher schließen.

Der Sparer schließt also einen ungeförderten Riester-Fondssparplan ab und zahlt regelmäßig seine Beiträge. Die fließen in einen möglichst renditestarken Fonds.

Im Gegensatz zu einem normalen Fondssparplan werden die Zinsen und Dividenden, die während der Laufzeit anfallen, wieder angelegt statt versteuert. Auf diese Weise steigert der Zinseszinsseffekt die Rendite des Sparplans erheblich im Vergleich zu einem herkömmlichen Fondssparplan, bei dem die Erträge regulär versteuert werden müssen. Ausgezahlt und versteuert wird das Kapital am Ende der Laufzeit. Und im Unter-

und überzahlen den Vertrag oder schließen einen zweiten ungeförderten Vertrag ab. Allerdings empfehlen die Experten der Stiftung Warentest, genau zu prüfen, ob das Kapital bei einem überzahlten Vertrag auch zu 100 Prozent ausgezahlt wird.

Auf jeden Fall profitieren die „unechten“ Riester-Sparer von den gesetzlich verbürgten Sicherheiten, die für diese Verträge gelten. Sie garantieren immer den Erhalt des eingezahlten Kapitals. Das trifft auch dann zu, wenn der Fonds beziehungsweise die darin enthaltenen Wertpapiere an Wert verlieren.



Foto: Mauritius

Anschauen, prüfen und abwarten, bis die Gesetzeslage definitiv geklärt ist, muss die Devise in Sachen Anlegesteuer lauten.

Berliner Experten um Feinschliff bemüht

Zurzeit bemühen sich die Experten im Berliner Finanzministerium eifrig darum, der Abgeltungssteuer den Feinschliff zu geben. Sie spähen Schlupflöcher aus und drohen mit deren Schließung. Als Instrument dient ihnen das Jahressteuergesetz 2009. Dazu

zm-Info

Steuerinfos im Internet

■ Auf der Internetseite des Bundesfinanzministeriums gibt es ausführliche Informationen zur Abgeltungssteuer und zum Entwurf des Jahressteuergesetzes 2009:

<http://www.bundesfinanzministerium.de>
Einfach auf der Startseite das gewünschte Stichwort anklicken.

■ Anleger finden auf den Seiten des Bundesverbandes BVI Investment und Asset-Management viele Details zum Thema Steuern und weitere interessante Informationen rund um Investmentfonds:

<http://www.bvi.de>

liegt nun ein Referentenentwurf vor. Die Riester-Regelung ist derzeit nicht Bestandteil des Entwurfs. Steuerberaterin Anita Marini aus Bergisch-Gladbach bei Köln fürchtet dennoch Schlimmes: „Ich würde mit dem Abschluss eines ungefördernten Riester-Vertrages noch zwei bis drei Monate warten. Vielleicht wird diese Möglichkeit auch gestrichen. Wenn der Entwurf des Jahressteuergesetzes so umgesetzt wird, wie er jetzt ist, dann zahlen wir demnächst noch Steuern auf den Kamin am Haus.“ Frank Bock vom Bundesverband für Investment und Asset-Management hält dagegen: „Bei Riester – auch beim übersparten Riester – wird es keine Änderung geben.“ Zum Ende des Sommers wissen wir die Antwort.

Dachfonds aus dem Schneider

Keine Änderung zum Nachteil der Anleger wird es laut Entwurf des Jahressteuergesetzes bei Dachfonds geben. Vor einigen Wochen geisterte das Gerücht durch die Gazetten, dass die Steuervorteile bei diesen Fonds gestrichen werden sollten. Doch in diesem Punkt hält sich Bundesfinanzminister Peer Steinbrück wohl zurück. Der Witz bei Dachfonds ist: Sie investieren selbst in

andere Aktien- und Rentenfonds, der Fiskus geht dabei leer aus, weil der Fondswechsel innerhalb eines Fonds steuerlich nicht erfasst wird.

Trotzdem warnen Verbraucherschützer vor dieser Anlageform. Der Grund: Bei diesen Fonds fallen gleich auf mehreren Ebenen Gebühren an. Zum einen beim Kauf und Verkauf der im Fonds enthaltenen Fonds und zum anderen fallen die gleichen Kosten in den jeweiligen Unterfonds an. In ungünstigen Fällen können sich diese Abzüge auf bis zu drei Prozent im Jahr summieren.

Kaum Aussicht auf Schonung

Kaum Aussicht auf Schonung durch den Fiskus hält der Referentenentwurf für Zertifikatefonds bereit. Dem jetzigen Stand nach zu urteilen, sollen Anleger selbst dann Abgeltungssteuer auf im Fonds realisierte Gewinne zahlen, wenn sie die Anteile noch in diesem Jahr erwerben.

Bislang gilt für Fonds Bestandsschutz: Wer Anteile in diesem Jahr kauft, kann die Kursgewinne daraus auch nach Jahren noch steuerfrei kassieren. Bekannt ist bis jetzt, dass für Zertifikate ohne Fondsmantel, die nach dem 14. März 2007 gekauft worden sind, Anleger ab Juli 2009 die Abgeltungssteuer in Höhe von 25 Prozent zahlen müssen. Nun sollen also auch die Zertifikatefonds der Abgabe unterliegen – vorausgesetzt, der Entwurf des Jahressteuergesetzes passiert Bundestag und Bundesrat.

Mehr Zeit für Fahndung geplant

Dann wird auch noch eine weitere geplante Maßnahme wirksam: Die Frist für die Verjährung der Steuerhinterziehung wird verlängert. Bislang betrug die Frist fünf Jahre. Nach dem Wunsch von Peer Steinbrück und seinen Steuerfahndern, die sich mehr Zeit für die Bearbeitung wünschen, soll sie sich auf zehn Jahre verdoppeln. Das Delikt gehört dann in die Rubrik der schweren Straftaten.

Marlene Endrueit
m.endrueit@netcologne.de

Revolving Credit Cards

Dieser Schuss kann nach hinten losgehen

Als besonders flexibel preisen die Banken eine bislang wenig bekannte Variante der Kreditkarte an. Der Witz bei der Revolving Credit Card ist, dass das Kreditkonto nicht wie bisher am Monatsende ausgeglichen wird. Vielmehr dürfen die Kunden wahlweise den ganzen Betrag oder auch nur Teile davon zurückzahlen. Die Banken freut besonders Letzteres. Denn für den Revolving Kredit kassieren sie besonders hohe Zinsen und der Kunde bleibt ihnen erhalten.



Foto: CC

Alles was in den USA erfolgreich ist, findet über kurz oder lang auch seinen Weg nach Deutschland. Doch nicht immer erweisen sich die Importe als besonders segensreich. Das gilt auch für die Revolving Credit Card. Dieses bei den US-Bürgern äußerst beliebte Kreditkarten-Modell bescherte den Nutzern einen Schuldenstand von derzeit 952,7 Milliarden Dollar – mit steigender Tendenz hin zur Kreditblase, die bald zu platzen droht. Kein Wunder, das System verlockt geradezu zum Aufbau von Schulden.

Ein Kredit kann knebeln

Bislang setzen die Deutschen ihre herkömmlichen Kreditkarten nur zögerlich an der Ladenkasse oder im Restaurant als Zahlungsmittel ein. Ihr Konto strapazieren sie damit kaum. Sie sind geradezu als Barzahler verschrien. Genau aus diesem Grund bieten die deutschen Banken dieses Kreditkarten-Modell jetzt verstärkt an. So offeriert zum Beispiel die Deutsche Bank ihre WorldFlex Card. Dabei räumt sie dem Kunden einen

Kreditrahmen ein, den er beliebig ausnutzen kann.

Wie groß der Spielraum ist, hängt von der Bonität des Kunden ab. Er kann also solange mit seiner Karte bezahlen, bis er die vereinbarte Kreditsumme ausgeschöpft hat. Die Rückzahlung bestimmt er ebenfalls selbst. Bei der Deutschen Bank beträgt sie wahlweise fünf oder zehn Prozent im Monat, mindestens aber 25 Euro. Anders als bei der üblichen Karten-Methode, bei der am Ende des Monats der fällige Betrag automatisch vom Girokonto abgebucht wird, ist hierbei die Disziplin des Karteninhabers gefragt. So sieht das auch Rechtsanwalt Hartmut Strube von der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf: „Beim Revolving-Kredit muss der Kunde sein Konto sehr aktiv managen und steuern.“

Tut er das nicht, gerät er schnell in eine Schuldenfalle. Konten für Revolving-Kreditkarten liegen eigentlich vom ersten Cent, den der Karteninhaber mit dem Plastikstück bezahlt oder abhebt, immer im Minus. Und mit jedem Einkauf, der über dieses Konto läuft, steigt die Kreditsumme. Für die Rückzahlung der Schulden räumen die Banken unterschiedlich lange Fristen ein, innerhalb derer sie keine Zinsen verlangen; bei der Deutschen Bank entscheidet auch hier die Bonität.

Zur Kasse bitte

Wer die eingeräumte Frist überschreitet, berappt Zinsen zwischen 13,6 und 14,48 Prozent. Für diesen Service kassiert das Institut noch eine Jahresgebühr von zehn Euro. Sogar 18 Euro verlangt die ING-DiBa für eine Master- oder Visa-Card mit dem Revolving-System, dafür kostet der Kredit 10,9 Prozent effektiv. Billiger wird es mit einem Dispo für 9,38 Prozent. 15 Euro kostet die Student Card der Citibank, der Kreditrahmen beläuft sich auf zunächst 500 Euro. Um diesen Kredit zurückzuzahlen, hat der Student immerhin sieben Wochen Zeit. Schafft er den Ausgleich innerhalb dieser

Frist nicht, kassiert die Bank Zinsen. Wie hoch die ausfallen, hängt von der jeweiligen Karte ab. Denn die Revolving Funktion gibt es auf Wunsch der Kunden für jede Citibank-Karte. Und je nach Modell rangieren die Zinsen zwischen 7,73 und 18,39 Prozent effektiv pro Jahr.

Noch mehr zahlen die Nutzer der Mastercard Gold der luxemburgischen Advanzia Bank. Sie verlangt Teilzahlungszinsen von 19,9 Prozent pro Jahr, wenn der Kunde mit der Karte eingekauft hat. Beschafft er sich mit dem Plastikstück Bargeld am Automaten und zahlt er den Kredit nicht rechtzeitig zurück, kassiert das Institut stolze 25,9 Prozent pro Jahr. Dafür hat der Kunde auch hier sieben Wochen Zeit für den Kontoausgleich. Außerdem zahlt er keine Kartengebühren und kann weltweit kostenfrei Geld abheben sowie im Laden bezahlen.



Foto: MEV

Das „As“ im Ärmel der Banken sind die laxen Rückzahltermine für Kredite.

Kettenkarussell für Kredite

Für alle Revolving-Kredite gilt: Tilgt der Kunde den Betrag auch nur zu einem Teil, wird ihm sofort wieder Kredit gewährt. Dieses System verführt permanent zum Schulden machen. Was wiederum zu permanenten Schulden führt.

Was als vorübergehende Zahlungserleichterung gedacht war, wächst sich schnell zum teuren Dauerkredit aus. Der Karteninhaber glaubt, sich Dinge leisten zu können, für die das normale Einkommen nicht reicht. Auf diese Weise rutscht er in die Schuldenfalle. Denn viele Bankkunden, die

eine Revolving Kreditkarte beantragen, haben bereits ihren Dispokredit ausgereizt.

Den Banken kommt die Gedankenlosigkeit ihrer Kunden gerade recht. Mit Freude kassieren sie die üppigen Zinsen. Und für Karteninhaber, die sich selber nicht zutrauen, ihre Schulden rechtzeitig zu tilgen, halten die Citibank und andere noch die Restschuldversicherung bereit. Sie tritt in Kraft, wenn der Kunde zahlungsunfähig wird. Die teuer erkaufte Sicherheit kommentiert Verbraucherschützer Strube so: „Wenn die Versicherungskosten in den Kreditzins eingerechnet würden, kämen Effektivzinsen von 20 bis 30 Prozent heraus.“

Alternativen für Pfiffige

Pfiffige Kunden aber, die für eine größere Anschaffung einen Kredit benötigen, entscheiden sich für einen Kleinkredit. Den gibt es schon für weniger als fünf Prozent effektiv pro Jahr.

Wer für den Urlaub eine Kreditkarte braucht oder Sohn beziehungsweise Tochter mit Plastikgeld für den Auslandsaufenthalt ausstatten will ohne ein Kreditrisiko einzugehen, kann sich eine Prepaid-Card besorgen. Wie fürs Handy gibt es auch Karten, die mit einem Guthaben ausgestattet sind. Allerdings bieten bis jetzt nur wenige Banken dieses Modell an. Dazu gehören die Landesbank Berlin und die Schwäbische Bank.

Die Berliner verlangen für ihre Visa-Card 39 Euro Grundgebühr pro Jahr. Der Kunde zahlt einen Betrag auf ein Konto, für das er Guthabenzinsen von bis zu 3,35 Prozent kassiert. Die Karte lädt er über dieses Konto in beliebiger Höhe auf. Mit dem so präparierten Plastikstück kann er an allen Visa-Akzeptanzstellen bezahlen und weltweit kostenlos Bargeld abheben.

Die MyPrepaid-Card der Schwäbischen Bank ist speziell für Kinder und Jugendliche gedacht. Sie kostet 28 Euro pro Jahr und kann mit maximal 300 Euro geladen werden. Das Erwachsenen-Modell hat ein Ladelimit von 500 Euro. Bis auf die Jahresgebühr von 45 Euro fallen keine weiteren Kosten an.

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de

Mikroben im Büro**Die Kolonie auf der Tastatur**

Einer neuen Untersuchung zufolge sind viele Computer-Tastaturen bakteriell verseuchter als eine Klobrille.

Die britische Verbraucherorganisation Which hat laut einer Meldung der Ärzte Zeitung in Londoner Büros 33 Tastaturen untersucht, vier davon als potenzielle Gesundheitsgefahren eingeordnet; auf einer Tastatur entdeckte der beauftragte Mikrobiologe fünf Mal so viele Keime wie auf einem herkömmlichen Toilettensitz, so die Online-Agentur Ananova. Der Experte vom University Col-



Foto: EyeWire

lege London Hospital warnte davor, dass durch die Arbeit mehrerer Angestellter an ein und derselben Tastatur Keime weitergetragen werden können. Wenn beispielsweise ein Büro-

mitarbeiter an einer Erkältung oder Gastroenteritis leide, könne man ziemlich sicher sein, dass die Krankheitserreger über die Tastatur an den nächsten Kollegen übertragen würden. pit/ÄZ

■ **Tipp der Biologen:** Tastaturen sollten regelmäßig gereinigt werden.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung prognostiziert**Konjunktur bleibt 2008 in Schwung**

Nach dem Wachstumssprung zum Start ins Jahr bleibt die deutsche Konjunktur nach Einschätzung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) in Schwung.

Die überraschend hohe Dynamik des ersten Quartals werde sich im weiteren Jahresverlauf zwar nicht mehr fortsetzen, teilen die Berliner Forscher mit. Trotz niedrigerer Zuwächse dürften 2008 aber sogar Wachstumsraten von mehr als zwei Prozent „nicht unrealistisch sein“. Die deutsche Wirtschaft

befinde sich weiter im Aufschwung, erläuterte das DIW. Getragen werde er vom Produzierenden Gewerbe, unternehmensnahen Dienstleistungen und dem Handel. Vom Bau dürften dagegen bremsende Effekte ausgehen. jr/dpa



Foto: PhotoDisc

Die Inflation lebt**Höchstwerte**

Öl, Benzin und Nahrungsmittel treiben die Inflationsrate auf 3,5 Prozent.

Kräftige Preisaufschläge für Öl, Kraftstoffe und Nahrungsmittel haben die Jahresinflation in Hessen im Mai auf den höchsten Wert seit November 2007 getrieben, wie das Statistische Landesamt in Wiesbaden mitteilte. Allein die Preise für Heizöl lagen um 56,1 Prozent über dem Wert des Vorjahresmonats. Benzin und Diesel verteuerten sich binnen Jahresfrist um 12,7 Prozent, für Nahrungsmittel mussten



Foto: MIEV

Verbraucher 9,2 Prozent mehr bezahlen.

Im April 2008 hatte die Jahressteuerung 2,9 Prozent betragen, im März 3,4 Prozent. Im Vergleich zum Vormonat stiegen die Verbraucherpreise im Mai um durchschnittlich 0,7 Prozent. pit/dpa

Rente erklärt sich Gehörlosen**Gebärdensprachfilme**

Die Deutsche Rentenversicherung hat für Gehörlose einen Film konzipiert, der das Wichtigste aus dem Rentenrecht in Gebärdensprache erklärt. Die Filme sind über das Internetangebot <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> abrufbar.

Da für Gehörlose die Gebärdensprache quasi ihre Muttersprache sei, falle es ihnen schwer, Sprechen und Lesen zu erlernen, weil dazu das Hören eine grundlegende Voraussetzung sei. Dadurch hätten viele Betroffene Schwierigkeiten, komplexe schriftliche Texte zu

erfassen und seien deshalb darauf angewiesen, dass ihnen Informationen in Gebärdensprache zugänglich gemacht würden, erklärt die Deutsche Rente Bund. Sie hat gemeinsam mit dem Gebärdensprachwerk in Hamburg

die Themen für die Videos zusammengestellt.

Über einen Klick auf das Symbol für „Deutsche Gebärdensprache“ (DGS) auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung wird dem Besucher das Angebot an Gebärdensprachfilmen in einer Übersicht angezeigt.



Foto: Deutsche Rentenversicherung

Für die Darstellung der Videos benötigen User den Adobe Flash Player, dieser ist kostenlos beim Hersteller herunterladbar.

pit/pm

■ **Infos unter <http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>**

Von der Manufaktur zur Dentalklinik

Robert Uhde

Die Auswahl einer attraktiven Immobilie bietet dem Zahnarzt nicht nur die Möglichkeit zur optimalen Positionierung seiner Praxis, sondern auch die Basis für ein harmonisches Gestaltungskonzept. Wer bewusst auf Individualität setzt, für den kann die moderne Praxis im denkmalgeschützten Altbau eine interessante Option sein. Mit reizvollen Kontrasten zwischen Alt und Neu und einem Ambiente, das wenig Raum für optische Sterilität lässt und auf den ersten Blick Vertrauen schafft.



Foto: S. Blünstorf

Wer seine Praxis in einem stilvollen Altbau einrichtet, der vermittelt ein ganz anderes Bild von sich und seiner Tätigkeit als jemand, dessen Räumlichkeiten in einem reinen Zweckbau untergebracht sind. Und er wird dementsprechend auch ganz andere Patienten ansprechen. Die Suche nach einem geeigneten Altbau-Objekt muss nicht auf das repräsentative Stadthaus aus der Gründerzeit hinauslaufen.

Das zeigt das Beispiel der Praxis für Kieferorthopädie in einer ehemaligen Seidenweberei in Willich-Schiefbahn bei Krefeld. In enger Zusammenarbeit mit dem Planungsbüro Hopp, Klebach Architekten aus Neuss gelang es der Zahnärztin Theodora Assimakopoulou, die Atmosphäre eines denkmalgeschützten Altbaus erlebbar zu machen und mit modernen Elementen zu verbinden.

Der Kontrast zwischen „Alt“ und „Neu“ fällt ins Auge. Auch im Innenbereich der Praxis bei Krefeld, die in die Räume einer Seidenweberei einzog.



Von der Seidenweberei zur Praxis

Nachdem der Komplex der ehemaligen Seidenweberei nach der Einstellung der Produktion 1998 in die Denkmalliste aufgenommen worden war, gab es verschiedene Überlegungen darüber, was auf dem Areal weiter geschehen sollte. Nach und nach entstand schließlich das Konzept, die Fläche für einen Mix aus Wohnungen und Gewerbeeinheiten zu nutzen. Theodora Assimakopoulou fuhr damals zufällig vorbei und war von der Atmosphäre sofort begeistert: „Ein richtiger Glücksfall“, erzählt sie rückblickend. „Ich plante damals gerade meine Praxis und war auf der Suche nach einem attraktiven, individuellen Objekt. Die Räume hier in der alten Seidenweberei entsprechen genau meinen Vorstellungen!“ Besonders angetan war die Zahnärztin von dem beeindruckenden industriellen Ambiente mit den hohen, durch Oberlichter belichteten Räumen. Gemeinsam mit dem teilweise erhaltenen historischen Eisenträgerwerk boten sie den idealen Rahmen für eine

Praxisgestaltung mit individuellem Loftcharakter. „Ganz bewusst haben wir dabei auf moderne und kühle Materialien wie Glas, Stahl oder weiße Putzflächen gesetzt, um einen interessanten Kontrast zwischen Alt und Neu zu schaffen“, beschreibt der mit der Planung beauftragte Architekt Jörg Klebach das gestalterische Konzept. Die über 160 Quadratmeter große Praxis entstand im ehemaligen Verwaltungsgebäude der 1889 errichteten Seidenweberei.

Um festzustellen, ob ein Objekt für einen Umbau geeignet ist, sollte ein interessierter Zahnarzt schon im Vorfeld der Planungen einen Experten hinzuziehen. Nur der kann entscheiden, ob das ausgesuchte Gebäude überhaupt sanierungsfähig ist, welche Denkmalschutzauflagen es eventuell gibt und welche Kosten einkalkuliert werden müssen. Assimakopoulou hatte zunächst vor, die Praxis in einem anderen Gebäudeteil einzurichten und orientierte sich nach dem Gespräch mit dem Architekten um. „Gott sei Dank“, wie sie heute sagt. „Denn das jetzt realisierte Konzept hätten wir sonst in dieser Form gar nicht umsetzen können.“



Fotos: Hopp, Kleebach Architekten

schließlich an einen etablierten Praxis-einrichter in der Nähe. In enger Zusammenarbeit entwickelten alle Beteiligten ein ergonomisch optimiertes, qualitativ hochwertiges und optisch ansprechendes Praxisambiente, in dem sich die Patienten auf den ersten Blick wohl fühlen und in dem die Mitarbeiter konzentriert und effektiv arbeiten können.

Das Gestaltungskonzept aus Einrichtung, Farbgebung und Beleuchtung zeichnet sich durch einen gelungenen Kompromiss von alter Industriekultur und den Ansprüchen einer modernen kieferorthopädischen Praxis aus. Die faszinierende Atmosphäre der großzügigen Räume mit den Oberlichtern der alten Sheddach-Konstruktion wurde dabei geschickt mit raumhohen Trennwänden aus Glas, edel wirkenden Fußböden, eleganten Funktionsmöbeln sowie einer zurückhaltenden künstlichen Beleuchtung mittels schlanker Pendelleuchten kombiniert.

„Solch eine individuell maßgeschneiderte Praxisplanung entsteht immer im Dialog zwischen Arzt und Architekt“, so Göke. „Denn um die Effizienz der Praxis zu optimieren, erfordert jede Bauaufgabe ein speziell angepasstes Konzept für eine schlüssige Raumordnung. Dafür kann es keine Standard-Lösung von der Stange geben.“

Neben den Architekten hatte Assimakopoulou auch den Lichtplaner Klaus Mager aus Köln sowie den Innenarchitekten Hartwig Göke aus Düsseldorf hinzugezogen. Für das Praxis-Interieur wandte sie sich



Die Oberlichter blieben als Elemente des industriellen Ambientes erhalten. Kühle Materialien, wie Glas, Stahl und weißer Putz, betonen die sachliche Ausrichtung.

Dentalklinik in alter Zehntscheuer

Eine ähnlich charaktervolle Praxisgestaltung in alten Gemäuern gelang beim Umbau einer ehemaligen Zehntscheuer aus dem 15. Jahrhundert in Sulzfeld bei Karlsruhe. Im Mittelalter dienten diese Lagerhäuser zur Aufbewahrung des vor Ort als Steuer eingezogenen Getreides. Nachdem der Bau in Sulzfeld über Jahrzehnte leer stand, wurde er jetzt zu einer modernen Dentalklinik umfunktioniert. „Damals war der historisch interessante Bau in einem ziemlich schlechten Zustand“, beschreiben die Zahnklinikbetreiber, das Ehepaar Köhler, ihren ersten Eindruck von der Zehntscheuer. „Dennoch hatten wir sofort das Gefühl, dass die alten Gemäuer genau das richtige Ambiente bieten würden, um hier unsere geplante Klinik einzurichten.“ Um seine Vision in die Tat umzusetzen, wandte sich der Zahnarzt schon zu Beginn seiner Planungen an eine nur wenige Meter weiter ansässige Möbelmanufaktur, die in-



Fotos: Mayer Möbelmanufaktur

Schlicht großzügig gestalteten Zahnärzte und Architekten die Dentalklinik in einer ehemaligen Zehntscheuer bei Karlsruhe.

dividuelle und bedarfsorientierte Lösungen unter anderem für Praxen entwickelt. Mit dem hinzugezogenen Architekten Wolfram Pfaus aus Sulzfeld wurde das baufällige Gebäude in seiner Substanz gesichert, saniert und anschließend eine funktionale und atmosphärische Inneneinrichtung realisiert – in einer fünfmonatigen Umbauphase.

Um für das Objekt eine optimale Funktionalität und einen reibungsfreien Arbeitsablauf zu ermöglichen, basiert die gesamte Innenraumplanung des zweigeschossigen Gebäudes auf der genauen Analyse der internen Praxisabläufe. „Gleichzeitig wollten wir ganz bewusst eine Wohlfühlatmosphäre schaffen, um so die Ängste der Patienten zu verringern“, so Manufakturleiter Mayer. Ausgehend von diesen Vorgaben entwickelten die Planer in genauer Absprache mit dem Behandlerenteam ein harmonisches Ambiente mit fünf großzügigen Behandlungszimmern, mit OP-Bereich, mit verschiedenen Aufwach-, Labor- und Sozialräumen sowie mit zwei Wartebereichen.

Das ganzheitliche Einrichtungskonzept, das die Gestaltung von Wand, Boden, Licht und Raumdekoration mit einschließt, überzeugt durch seine zurückhaltende Eleganz und den gelungenen Materialmix aus Aluminium, Glas und verschiedenen Hölzern mit abgestimmten mediterranen Farben.

Zentrale Blickpunkte beim Betreten der Zahnklinik sind zunächst das hohe flutende Glaselement und die alte Sandsteinfassade, die den spannungsreichen Kontrast von Tradition und Moderne beeindruckend erlebbar machen. Im Innenraum angelangt treffen die Patienten auf eine rund gebo-



gene Rezeptionstheke, die in Hochglanz lackiert mit einem Ahornrand ausgebildet wurde. Das unmittelbar anschließende Wartezimmer im Erdgeschoss wurde durch ein rotes Wandpaneel und dazu passende Ledersessel elegant in Szene gesetzt. Das Sprechzimmer wurde dagegen mit hellen Möbeln gestaltet, um so eine angenehme und entspannte Gesprächsatmosphäre zu schaffen. Und das Behandlungszimmer bietet durch eine freundliche, pastellige Wandfarbe einen warmen und beruhigenden Charakter, der als angenehmer Kontrast zur kühlen, in Aluminium gestalteten Arbeitszeile wirkt.

und den Mitarbeitern erhalten wir darauf durchweg positive Rückmeldungen“, berichten die Zahnärzte. „Die aufwendige Sanierung und die Umnutzung haben sich also vollauf gelohnt.“ Ganz wichtig dabei war ihnen das direkte Gespräch mit der Möbelmanufaktur – vom ersten Grundrissentwurf über den individuellen Einrichtungsplan bis hin zur Produktion und Montage aller Möbel. Ebenso wichtig für die durchgängige Harmonie des Konzepts war die integrierte Planung und Steuerung durch den Architekten. Sie habe nicht nur ein einheitliches Gestaltungskonzept und die Vermeidung von Übertragungsfehlern ermöglicht,



Der Empfang (links) wie auch die Behandlungsräume zeichnen sich durch schnörkellose Nüchternheit aus.

In der oberen Ebene des Gebäudes wurde ein oralchirurgischer Bereich eingerichtet. Zentrale Raumelemente sind hier eine wellenförmig ausgebildete Rezeptionstheke in Ahorn sowie eine Dachgalerie, von der aus durch großzügige Oberlichtelemente viel Licht in das Gebäudeinnere fällt. Im OP-Bereich herrscht eine zurückhaltend-nüchterne Atmosphäre vor, die der edle Charakter des Steinbodens zusätzlich aufwertet. Durch die individuelle Farbgestaltung und Materialauswahl sowie die intelligente Anordnung der verschiedenen Räumlichkeiten gelang eine funktional und ästhetisch überzeugende Lösung. „Von unseren Patienten

sondern auch die exakte Abstimmung und Einhaltung sämtlicher Kosten und Zeitpläne.

Adieu Büro

Zugegeben – um einen geeigneten Altbau zu finden, braucht es schon etwas Glück. Doch es muss ja gar nicht ein Jahrhundertaltes historisches Gebäude sein.

Die beiden Zahnärzte Dietrich Fischer-Brocks und Robert Weinreich entschieden sich bei der Suche nach einem geeigneten Objekt für ihre Gemeinschaftspraxis bewusst für eine ehemalige Büroetage in ei-



Design darf auch auffällig unauffällig sein – wie bei dieser Praxis in einem Verwaltungsgebäude aus den Fünfzigerjahren mitten in Frankfurt.

nem außen unauffälligen Verwaltungsgebäude aus den Fünfzigerjahren. Im Zentrum von Frankfurt am Main.

Die exponierte Lage in unmittelbarer Nähe zur Alten Oper und das anspruchsvolle Klientel erforderten eine Raumkonzeption auf höchstem Niveau. Um diesen Anspruch zu erfüllen, beauftragten die Zahnärzte das Kölner Büro pd raumplan, das vornehmlich Konzepte für die Um- und Neugestaltung von Arztpraxen realisiert.

Die Gemeinschaftspraxis setzt sich aus zwei räumlich getrennten Bereichen zusammen – der „A1 Lounge“ im Erdgeschoss und der „A1 Zahnarztpraxis“ im ersten Obergeschoss des Gebäudes. Bei der A1 Lounge verwandelten die Planer ein ehemaliges Antiquitätengeschäft in ein modernes Bleaching-Institut. Direkt darüber wurde eine 360 Quadratmeter große Büroetage zu einer Praxis für ästhetische Zahnmedizin umgenutzt. Bei beiden Einheiten war zunächst eine komplette Entkernung der jeweiligen Räumlichkeiten nötig: „Die ganze Etage war damals in 20 winzig kleine Büroeinheiten unterteilt“, berichtet Fischer-Brocks rückblickend. „Erst nachdem die Fläche komplett entkernt war, haben wir



Fotos: Martin Joppen

überhaupt eine Vorstellung der Räumlichkeiten bekommen.“

Nach dem Umbau erinnert nichts mehr an die ehemalige Nutzung. Statt enger Bürozellen wurde eine offene und helle Raumsituation mit fließenden Übergängen zwischen den unterschiedlichen Bereichen Empfang, Warten und Behandlung geschaffen. „Aufgrund der ästhetischen Ausrichtung legen die Patienten der Praxis großen Wert auf eine besondere Gestaltung, in der sie sich wohlfühlen“, erklärt Interior Designer Hubert Günther. „Um diese hohe Erwartung zu erfüllen, haben wir be-

wusst eine moderne und eindeutige Architektursprache mit hochwertigen Materialien und harmonischen Proportionen verfolgt.“ Markante Blickpunkte sind dabei die dunklen Fußböden aus geräuchertem Eichenparkett, die schon beim Betreten der Praxis eine großzügige und edle Atmosphäre schaffen, die transparenten Fadenvorhänge zwischen Empfang und Wartebereich sowie die geschwungene, hinterleuchtete Empfangstheke aus Aluminium, die mit ihrer veränderbaren Lichtsteuerung unterschiedliche Raumstimmungen erzeugt. Ein weiteres wichtiges Gestaltungselement ist die intelligente Lichtführung, die die Patienten vom Empfang bis in die jeweiligen Behandlungsbereiche leitet. Das räumlich von der Praxis getrennte Bleaching-Institut im Erdgeschoss wurde im

Kontrast dazu mit einer ausschließlich in Weiß gehaltenen Inneneinrichtung gestaltet.

Wie die Auftraggeber sind auch deren Patienten von dem Konzept durchweg begeistert. Kein Wunder: Die großzügige Aufteilung der komplett umgestalteten ehemaligen Büroetage lässt jeden auf den ersten Blick eher an eine Hotellounge als an eine Zahnarztpraxis denken. Für Angst bleibt da nur wenig Raum.

Robert Uhde
Grenadierweg 39
26129 Oldenburg

Mit Architekturpsychologie auf den Patienten zu

Gesteuerter Mehr-Wert

Wer hat nicht schon einmal die Praxis eines Kollegen betreten, war beeindruckt und wusste am Ende nicht, warum? Wer die Möglichkeiten kennt, darf zum Nachahmer werden.



Foto: CC

Um auch der eigenen Praxis ein besonderes Flair zu verleihen, eruiert der Zahnarzt am besten erst den Ist-Zustand. Dazu schlüpft er in die Rolle des Patienten und inszeniert eine Zeitreise der Wahrnehmungen: Ein Wechsel der Perspektive kann ein erster Schritt sein, das Geheimnis zu lüften. erinnert er sich an den Geruch, an die Farben? Wie hat er die Praxis „erlebt“, wie empfand er die Zeit im Wartezimmer? Man sollte sich in der Erinnerung dem Wechselspiel von Wahrnehmen und Erleben, von Erwartung und Enttäuschung hingeben.

Ist die Inszenierung gelungen, lässt sie erahnen, was eine patientenorientierte Praxis bewirken kann.

Mit dem Thema „Praxisgestaltung“ setzt sich wohl jeder Zahnarzt früher oder später auseinander. Er kann auf die Hilfe zahlreicher Experten zurückgreifen, sei es ein De-

signer oder (Innen-)Architekt oder – weniger geläufig – ein Architekturpsychologe. In den USA längst etabliert, ist dieser Beruf hierzulande nur Insidern bekannt. Er geht der Frage nach, wie Gebäude und Räume auf die Menschen wirken. Als anwendungsorientierte Disziplin macht sie sich vor allem die Erkenntnisse der Alltagspsychologie, der Sozialpsychologie und der klinischen Psychologie zunutze.

Der psychologische Blickwinkel

So kann etwa die Wahrnehmungspsychologie Aussagen zur optimalen Farbgestaltung machen. Die Gesundheitspsychologie stellt Stressbewältigungsmechanismen zur Verfügung. Mit psychologischem Know-how eröffnen sich für die Praxisgestaltung bis-

lang ungeahnte Möglichkeiten. Patienten haben unterschiedlichste Emotionen, Erwartungen und Wahrnehmungen. Diese betreffen den Zahnarzt, sein Team und die Praxisräume. Etwa 75 bis 80 Prozent der Eindrücke, die ein Patient beim Betreten der Praxis gewinnt, sind visueller Natur. Dafür nimmt er sich durchschnittlich sieben bis zehn Sekunden Zeit, für den Rest der Praxis weit mehr. Entsprechend sollte der Eingangsbereich als Visitenkarte der Praxis betrachtet werden: Er vermittelt den ersten und den letzten Eindruck.

Auswirkung

Primär kompensieren Patienten negative Wahrnehmungen durch entsprechendes Verhalten (wie Angst, mitunter Ärger oder Wut). Dies führt kurzfristig zu mehr Stress – auch beim Praxisteam – langfristig bedroht es die Reputation der Praxis. Patienten kommen schließlich nur noch zur Grundversorgung in die Praxis oder wandern ab (Sekundärfolgen).

Die primären Folgen bemerkt der Zahnarzt bereits während seiner Behandlung. Der Patient benötigt unter Umständen eine höhere Dosis Lokalanästhetika, reagiert gereizt auf seine Fragen, negiert seine Behandlungsvorschläge und ist wenig geneigt, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch zu nehmen. Eine stachelige Angelegenheit. Das Übel nimmt seinen Lauf, denn ein verärgerter Patient beansprucht das Praxisteam. Die Folge: das Betriebsklima leidet. Der Zahnarzt kann seine Praxis entsprechend optimieren, Richtung „Wohlfühl-Praxis“ entwickeln, und zwar mit dem Patienten im Mittelpunkt der Betrachtung. Devise: Was dem Patienten nutzt, kommt auch dem Praxisteam und dem Zahnarzt zugute.

Beispielhaft einige Faktoren, die bei einer patientenorientierten Praxisgestaltung eine Rolle spielen:

■ „Erlebnispark“ Wartezimmer

Behandlungsgeräusche gehören zu der typisch Angst-evozierenden Kulisse einer Zahnarztpraxis. Daher sollte das Wartezimmer nicht in unmittelbarer Nähe zu einem

Architekturpsychologie:

Bereits die alten Chinesen machten sich die Erkenntnis zunutze, dass sich durch die Gestaltung von Räumen die Psyche der Menschen beeinflussen lässt: Feng-Shui. Doch die Architekturpsychologie ist keine Form des Feng Shui. Losgelöst von aller Spiritualität bezieht sie ihr Know-how aus empirischen Studien mit wissenschaftlichem Hintergrund. Das Ziel: Räume nutzerorientiert zu gestalten. ■

Behandlungsraum liegen. Noch ein Tipp: mancher Patient hat sich schon einmal verlaufen und ist statt im Wartezimmer versehentlich vorzeitig im Behandlungsraum erschienen. Die Praxisgestaltung sollte den Patienten die Orientierung erleichtern.

■ **„Betörende“ Düfte**

Mit allergiefreien Duftspendern kann der von Patienten häufig angesprochene „Zahnarztgeruch“ aufgefangen werden. Geeignet wäre beispielsweise ein Lavendelduft. So kann der Zahnarzt der negativen Erwartungshaltung der Patienten begegnen (siehe zm 21/2006, Seiten 92 bis 96).

■ **Kunst und Kitsch**

Eine Künstlerin hatte einmal die Idee, Patienten Herzen aus speziell gefertigtem Holz zur Verfügung zu stellen. Sie hatte sie derart bearbeitet, dass deren Berührung zum haptischen Erlebnis wurde: unweigerlich stellte sich bei den Probanden ein Gefühl der Wärme und Beruhigung ein. Bleibt die Frage, wie werden die keimfrei gemacht?



Foto: MEV

Je angenehmer der Patient das Betreten und den Aufenthalt in der Zahnarztpraxis empfindet, desto kooperativer reagiert er. Auch die Architektur kann dieses Verhalten begünstigen.

■ **Sonnenlicht weckt die Lebensgeister**

Bei der Praxisgestaltung sollte, wo immer möglich, auf Tageslicht gesetzt werden. Durch regulierbare Beschattungselemente lässt sich die Lichtintensität bedarfsgerecht steuern. Ein Vorteil für den Praxisinhaber: Das Spektrum des Tageslichts wirkt sich positiv auf das Befinden des gesamten Teams aus. Die Motivation steigt.

■ **Warme Farben**

Bestimmte Farben, wie Grüntöne, können – bei überlegtem Einsatz – eine anxiolytische Wirkung entfalten. Dabei spielt die vorgegebene Raumnutzung eine wesentliche Rolle. Im Wartezimmer sind helle und warme Farben (zum Beispiel Apricot-Töne) eine gute Wahl.

Kunst nimmt den Menschen ein. Der Zahnarzt kann dies nutzen (siehe auch „Galerie“ unter <http://www.zm-online.de>). Weitere wichtige Themen der Architekturpsychologie im Praxisumfeld betreffen das Erleben von Dichte und Enge, die Symbolik von Räumen, den Aufforderungscharakter von gestalterischen Elementen, Raumeignung und kognitive Kartierung. Es lohnt sich, sich mit dem Gedanken dieser Patientenorientierung zu befassen, jedoch lässt sich Architekturpsychologie nur individuell realisieren. Die Möglichkeiten ausreizen und der Praxis die richtige Richtung geben, das liegt ganz im Handlungsspielraum des Zahnarztes.

*Dipl.-Psych. Ralf Zeuge, Architekturpsychologe
Hinrichsenstr. 37, 04105 Leipzig
zeuge@psysolution.de*

Die Angst vor dem Haftungsprozess

Das Damoklesschwert abwenden

Unter Zahnärzten wächst die Angst vor Haftungsprozessen. Zwar haben wir noch keine amerikanischen Verhältnisse, aber auch bei uns nimmt die Bereitschaft der Patienten ab, einen Behandlungsmisserfolg als schicksalhaft hinzunehmen. In vielen Fällen kann mit gutem Konfliktmanagement ein drohender Haftungsprozess abwendet werden.



Foto: Corbis/zm (V)

So gering die Zahl der Vorwürfe gegenüber Ärzten nach Behandlungen auch ist, die Bereitschaft der Patienten zur Klage nimmt zu.

In den letzten Monaten häufen sich Medienberichte über „Pfusch“ von Ärzten; nicht nur die Boulevardpresse bedient das Klischee vom „Halbgott in Weiß“, dem man misstrauen sollte. Dabei stehen die „Halbgötter“ gar nicht so schlecht da: Es kommt noch nicht einmal bei einem Prozent der ärztlichen Behandlungen zu Fehlervorwürfen – eine Quote, von der andere Berufe nur träumen können.

Fatale Fehlentwicklung

In den Medien wird jedoch ein ganz anderer Eindruck vermittelt. Sicher spielt dabei auch eine Rolle, dass Fehler von Ärzten meist gravierendere Folgen haben als jene von Verwaltungsbeamten.

Die ersten negativen Folgen der größeren Bereitschaft von Patienten, den Arzt wegen eines angeblichen Behandlungsfehlers in Anspruch zu nehmen, sind bereits erkennbar. Und zwar bei den Haftpflichtversicherern: Viele von ihnen erhöhen die Prämien, nicht selten wird dem betreffenden Arzt nach einem Haftungsfall gekündigt, das heißt, er muss bei einem anderen Assekuranzunternehmen einen Vertrag abschließen – meist mit einer höheren Prämie. Da keine Versicherung verpflichtet ist, mit einem konkreten Arzt eine Haftpflichtversicherung einzugehen, ist es nicht ausgeschlossen, dass einzelne Ärzte ganz ohne Versicherung bleiben. Und nach dem Berufsrecht dann ihren Beruf nicht mehr ausüben dürfen.

Bei einigen medizinischen Fachdisziplinen, namentlich der Chirurgie und der Gynäkologie, hat der Haftpflichtversicherungsschutz schon maßgeblichen Einfluss auf das Leistungsspektrum: Regelmäßig führen niedergelassene Gynäkologen keine Geburten mehr durch, weil sie die entsprechende Versicherungsprämie nicht bezahlen können.

Weg in die Defensivmedizin

Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass das Behandlungsverhalten von der Angst vor einem Haftungsprozess beeinflusst wird. So könnten Zahnärzte etwa auf die Idee kommen, keine langwierigen, risikoreichen und verhältnismäßig schlecht bezahlten Wurzelbehandlungen vorzunehmen, sondern den Zahn zu ziehen. Ein anderes Beispiel für eine solche Defensivmedizin wäre die Eingliederung einer Vollkrone statt eines anspruchsvollen Zahnaufbaus mit Adhäsivtechnik.

Haftungsprozesse belasten. Auch, wenn der Zahnarzt am Ende gewinnt. Solche Prozesse dauern oft Jahre und zehren an den Nerven. Der Zeitaufwand kommt hinzu: Regelmäßig wird der Rechtsanwalt, der den Zahnarzt vertritt, Rücksprache halten müssen, der Zahn-

arzt muss sich entsprechend mit allen Schriftsätzen und Gutachten befassen. Schließlich laden die Gerichte meist beide Parteien zu den mündlichen Verhandlungen – die regelmäßig während der Praxiszeiten stattfinden. Ergo hat der Zahnarzt auch noch einen Umsatzausfall.

Die Angst vor dem Haftungsrisiko dürfte einer der Gründe sein, warum junge Zahnärzte zunehmend vor einer Niederlassung zurückschrecken und sich lieber anstellen lassen. Insbesondere Humanmediziner gehen noch einen Schritt weiter und werden nach erfolgreichem Abschluss ihrer Ausbildung lieber im Ausland ärztlich tätig oder gehen in die Forschung.

Kurz: Wenn die skizzierte Entwicklung so weitergeht, ist eine gute medizinische Ver-

sorgung in Deutschland, insbesondere durch niedergelassene Ärzte, gefährdet.

Gegenstrategie angesagt

Eine Gegenstrategie seitens der Ärzteschaft wäre, sich in kluger Weise an der öffentlichen Diskussion zu beteiligen. Es spricht nichts dagegen, auch öffentlich einzuräumen, dass Ärzte Fehler machen können. Einen anderen Anschein zu erwecken, würde nur zu Unglaubwürdigkeit führen. Deshalb war es klug, dass die Ärzteschaft vor Kurzem von sich aus mehr Transparenz ankündigte und wenigstens in Ansätzen auch schon praktiziert (siehe Titelgeschichte zm 5/2008).

Ob dieser Weg erfolgreich sein wird, hängt davon ab, ob die Beteiligten eine angemessene Fehlerkultur herbeiführen werden. Ärzte müssen sich zu ihren Fehlern bekennen. Ihre Vorgesetzten, Patienten, die Medien und die Justiz müssen sich aber auch

Sorgfältig arbeiten! In Haftungsprozessen ist immer wieder zu erleben, dass unklare Befunde nicht röntgenologisch abgeklärt wurden oder konsequent an einer „Taschenentzündung“ festgehalten wird, obwohl der Zahn tief kariös war oder eine Pulpitis aufwies. Es sollte folgende Faustregel gelten: Wenn die vorgenommene Therapie nicht in angemessener Zeit Erfolg hat, sollte man unbedingt die zugrunde liegende Diagnose überprüfen und zum Beispiel röntgen.

Zunehmend ist ein anderer Fehler zu beobachten: Es werden auf Drängen des Patienten nicht indizierte Behandlungen durchgeführt. Dahinter steht meist die Aussage des Patienten, die vorgeschlagene Behandlung könne oder wolle er nicht bezahlen.

Sofern eine billigere Behandlung medizinisch vertretbar ist, muss diese selbstverständlich auf Wunsch des Patienten vorgenommen werden. Keinesfalls sollte man jedoch zum Beispiel statt der eigentlich



Nur eine gute Fehlerkultur, die das Augenmerk auf Ursachen statt auf Schuldige richtet, erlaubt den offenen Umgang mit unerwünschten Ereignissen.

entsprechend verhalten. Stellen nämlich Ärzte fest, dass ihre Ehrlichkeit mit einer Medienkampagne gegen sie oder mit juristischen Konsequenzen beantwortet wird, werden sie sich künftig überlegen, ob sie diese Ehrlichkeit fortsetzen wollen.

Zwischen Wunsch und Notwendigkeit

Auch der einzelne Zahnarzt kann dazu beitragen, das Haftungsrisiko zu verringern. Der wichtigste Ratschlag lautet schlicht:

notwendigen sechs Implantate nur vier inserieren, um dem Patienten Kosten zu sparen. Es hilft im Übrigen wenig, wenn man beweisen kann, dass man dem Patienten gesagt hat, dass die betreffende Behandlung nicht so gut sei, der Patient aber später behauptet, der Zahnarzt habe ihm nicht eindeutig erklärt, dass die von ihm gewünschte Behandlung nicht nur etwas schlechter, sondern ungeeignet ist. Ähnliche Fehler, wie zu wenige Implantate, sind überspannte Brücken oder die Verwendung von ungeeigneten Zähnen als Anker, um

dem Patienten noch festsitzenden Zahnersatz zu ermöglichen.

Manche Gnathologen werden es nicht gerne hören, aber es ist eine sichere Erfahrung aus vielen Haftungsprozessen: In vielen Behandlungsfällen, die Gegenstand eines Gerichtsverfahrens werden, wurden Bisserrhöhungen, insbesondere in Abrasionsgebissen, vorgenommen. Das bedeutet nicht, dass Bisserrhöhungen immer falsch sind, aber es bedeutet, dass man mit sol-

Ebenso sollte man vorsichtig sein, wenn der Patient offenbar unter Stress steht. Solche Patienten haben eine geringere Adaptationsfähigkeit, eine an sich fachlich korrekte Behandlung kann bei ihnen fehlschlagen. Mindestens die Hälfte der Haftungsprozesse wird nicht wegen eines vermeintlichen oder auch tatsächlichen Behandlungsfehlers begonnen, sondern wegen des Verhaltens des Zahnarztes, wenn der Patient mit der Behandlung unzufrieden ist. Leider

Hierzu seien die wichtigsten Punkte genannt:

■ Falls der Patient unzufrieden ist, sollte man dessen Beschwerden nicht einfach zurückweisen, sondern selbstkritisch prüfen, ob nicht doch ein Fehler vorliegt. Sehr vorteilhaft ist es, wenn man einen Fachkollegen, zum Beispiel einen Partner der Gemeinschaftspraxis, bittet, sich den Fall anzusehen.

■ Man sollte sich Zeit für ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten nehmen und dabei aktiv zuhören, also auch auf die Körpersprache achten und regelmäßig rückfragen, ob man den Patienten richtig verstanden hat. Das führt zu einem zum (Wieder-)Aufbau einer Vertrauensbasis, zum anderen werden auch Hintergründe oder gar Lebenskrisen offenbar, die für die Probleme mit dem Zahnersatz von Bedeutung sein können.

■ Nachdem man dem Patienten längere Zeit zugehört hat, kann man auch die Erfolge der Behandlung darstellen („Die Krone sieht doch toll aus, die Empfindlichkeit werden wir in den Griff bekommen.“)

■ Die Rechtsprechung gibt dem Zahnarzt ein Nachbesserungsrecht. Dieses sollte er nutzen und dem Patienten eine Korrektur des Zahnersatzes et cetera anbieten. Allerdings gilt: Änderungen werden nur vorgenommen, wenn tatsächlich ein Mangel vorliegt. Keinesfalls aber werden entsprechend den Wünschen des Patienten eigentlich lege artis angefertigte Prothesen abgeschliffen. Wenn nämlich der Patient die wunschgerecht nachbearbeitete Prothese dem Gutachter präsentiert, ist dessen Beurteilung vorhersehbar.

■ Wenn der Patient trotz aller Bemühungen nicht zufrieden und auch bei selbstkritischer Betrachtung kein Fehler mehr zu finden ist, sollte man einen Vergleich in Betracht ziehen: Der Zahnarzt verzichtet zum Beispiel auf den Eigenanteil, dafür verzichtet der Patient seinerseits auf alle anderen Ansprüche zum Beispiel Schmerzensgeld.

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



Besonders gestresste Patienten reagieren sehr unterschiedlich auf ihnen unangenehme Situationen. Manche zeigen eine erhöhte Klagebereitschaft auch dann, wenn die Behandlung lege artis verlief.

chen Behandlungen besonders vorsichtig sein sollte. Übrigens hat es vielen Kollegen nicht geholfen, dass sie das ganze gnathologische Instrumentarium eingesetzt und die geplante Bisslage mit Langzeitprovisorien erprobt haben. Offenbar werden Bissänderungen von vielen Patienten nicht toleriert.

Die Sicht des Patienten

Eine Erfahrung aus vielen Haftungsprozessen ist auch: Es gibt Patienten, bei denen eine erhöhte Gefahr besteht, in einen Haftungsprozess verwickelt zu werden. Ein wichtiger Hinweis ist es, wenn der Patient den vorbehandelnden Zahnarzt kritisiert. Es ist dann ziemlich wahrscheinlich, dass er sich beim nächsten Behandler über den jetzigen ebenso äußern wird. Wenn dieser Patient nicht nur den letzten Behandler scharf kritisiert, sondern den jetzigen Zahnarzt schon nach kurzer Zeit über den grünen Klee lobt, ist dies ein zusätzliches Alarmzeichen.

kommt es immer wieder vor, dass sich Zahnärzte sehr unglücklich äußern. Sie bestreiten nicht nur rundheraus, dass ein Fehler begangen wurde, mitunter geschieht es sogar, dass sie den Patienten in ihrem Unmut beschimpfen.

Konflikte managen statt verstärken

Solche Reaktionen mögen manchmal durchaus verständlich sein, gerade wenn sich der Zahnarzt – besonders bei „schwierigen“ Patienten – viel Mühe gegeben hat und statt Dank und Anerkennung nun Kritik erntet. Dennoch ist ein solches Verhalten völlig unangemessen. Schließlich haben die meisten Patienten vor einer zahnärztlichen Behandlung erhebliche Angst und erwarten nicht zu unrecht vom Zahnarzt Einfühlungsvermögen. Wen wundert's, wenn ein Patient auf ein derartiges Verhalten des Zahnarztes aggressiv reagiert. Deshalb ist jedem Zahnarzt nur ein gutes Konfliktmanagement zu empfehlen.

Weiter von der Gewerbesteuer befreit

Arztberuf – freier Beruf

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Ende Mai veröffentlichten Beschluss die Befreiung der Freiberufler von der Gewerbesteuer als mit dem Grundgesetz vereinbar bestätigt.

Freie Berufe üben laut Gesetz kein Gewerbe aus. Die daraus resultierende Befreiung von der Gewerbesteuerpflicht ist unter anderem eine Gegenleistung für die Bereitschaft der Freiberufler, bestimmte Regelungen im Interesse der Allgemeinheit hinzunehmen und Leistungen der Daseinsvorsorge zu erbringen.

Zuvor hatte das Niedersächsische Finanzgericht in seiner Vorlage die Privilegierung der Freiberufler als grundgesetzwidrig eingestuft. Begründung: Deren Arbeitsbedingungen unterscheiden sich nicht mehr wesentlich von jenen der Gewerbebetriebe. Anders sehen das die obersten Finanzrichter: Es sei durchaus



Foto: goodshoot

mit dem Gleichheitsgrundsatz vereinbar, dass die Einkünfte der freien Berufe – also auch die der Ärzte – nicht der Gewerbesteuer unterliegen. Sie betonten, die Nichteinbeziehung der freien Berufe in die Gewerbesteuer spiegele eine über 70 Jahre währende Rechtstradition als Differenzierung zwischen Gewerbebetrieblenden und freien Berufen wider, an der der Gesetzgeber so lange festhalten dürfe, „bis offen zutage tritt, dass im Hinblick auf den Steuergegen-

stand und die wesentlichen Besteuerungsmerkmale keine tragfähigen Unterschiede mehr zwischen diesen Berufsgruppen bestehen“.

Nach Überzeugung der Richter gibt es auch heute noch „signifikante Unterschiede“ zwischen Freiberuflern und Gewerbebetrieblenden, schreibt das Deutsche Ärzteblatt. So würden den Angehörigen der freien Berufe nach wie vor spezifische staatliche, vielfach auch berufsautonome Reglementierungen insbesondere im Hinblick auf ihre beruflichen Pflichten und Honorarbedingungen auferlegt. Zudem sei die von Gemeinden erhobene Gewerbesteuer als pauschaler Ausgleich für deren besondere Infrastrukturlasten zu verstehen, die durch die Ansiedlung von Gewerbebetrieben verursacht werden, typischerweise aber nicht oder kaum durch Angehörige der freien Berufe.

pit/DÄB



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

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

Wettbewerbsverstoß

Bundeskartellamt verhängt Millionenbußgeld

Das Bundeskartellamt hat gegen das Arzneimittel-Vertriebsunternehmen Bayer Vital ein Bußgeld von rund zehn Millionen Euro verhängt.

Die zum Bayer-Konzern gehörende deutsche Vertriebsfirma habe in zahlreichen Apotheken auf die Preisgestaltung von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten Einfluss genommen und klar gegen das Werbe-gesetz verstoßen, teilte die Bonner Behörde mit. Die GmbH habe angekündigt, das Bußgeld von 10,34 Millionen Euro zu zahlen. Die Vertriebsfirma habe mit zahlreichen Apotheken Vereinbarungen geschlossen, in denen

diesen ein zusätzlicher Rabatt für die Positionierung der Bayer-Artikel als Premiumprodukte zugesagt worden sei, teilten die Wettbewerbshüter mit. Um den Bonus zu erhalten, mussten die Apotheken allerdings an den unverbindlichen Preisempfehlungen festhalten. Seit 2004 können Apotheken die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel frei gestalten, soweit nicht ausnahms-



Foto: goodshoot

weise die Krankenkasse die Kosten erstattet. Vereinbarungen zwischen dem Hersteller und der Apotheke, mit denen auf den Verkaufspreis Einfluss genommen werden soll, sind also unzulässig.

Positiv wertete die Behörde für das Unternehmen, dass es sich nach der Durchsuchung durch das Bundeskartellamt kooperativ

verhalten und einen erheblichen Beitrag zur Sachverhaltsaufklärung geleistet hat. Bußgeldmildernd sei ferner berücksichtigt worden, dass das Unternehmen das unzulässige Verhalten freiwillig aufgegeben habe.

Nach Ansicht des Bundeskartellamtes haben sich auch die Apotheker, die eine solche Zielvereinbarung mit Bayer Vital abgeschlossen haben, ordnungswidrig verhalten: etwa 11 000 der rund 21 000 Apotheker in Deutschland. Wegen des geringen Vorwurfs, der jeden Einzelnen treffe, werde von einer Verfolgung abgesehen. pit/dpa

Im Schutz der Hausratversicherung

Arznei, Spritzen und Geräte

Medikamente eines Arztes, die dieser für seine Patienten aufbewahrt, fallen unter den Schutz der Hausratversicherung. Das geht aus einem Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Koblenz hervor.

Nach Meinung der Oberlandesrichter sind diese Medikamente im Haushalt des Arztes wie ein ärztliches Arbeitsgerät zu behandeln, das ebenfalls von der Hausratversicherung erfasst werde. Das Gericht gab mit seinem in der Zeitschrift „NJW- Rechtsprechungs-Report Zivilrecht“ veröffentlichten Urteil der Klage einer Augenärztin gegen ihre Hausrat-



Foto: CC

versicherung statt. Bei einem Einbruch in die Wohnung der Klägerin waren auch Medikamente im Wert von rund 6 800 Euro gestohlen worden. Die Klägerin hatte die Medikamente bei sich aufbewahrt, um sie Patienten zu verabreichen.

Die Hausratversicherung hatte sich geweigert, den Verlust zu ersetzen. Während das Landgericht ihr noch recht gegeben hatte, sah das OLG die Sache anders: Ein Arztkoffer sowie Spritzen und Kanülen seien beispielsweise von der Hausratversicherung erfasst. Daher wäre es sinnwidrig, den Diebstahl von Medikamenten anders zu bewerten.

pit/dpa

*OLG Koblenz
Mai 2008
Az.: 10 U 270/06*

Bankenhaftung bei sittenwidrigem Kaufpreis

Mit in der Verantwortung

Kreditinstitute können bei einem sittenwidrig überhöhten Kaufpreis von Immobilien auch in Haftung genommen werden. Der Bundesgerichtshof nahm jetzt die Banken in die Pflicht, indem er in einem Musterverfahren die Revision abwies.

Zuvor hatte das Oberlandesgericht (OLG) Nürnberg ein anlegerfreundliches Urteil gefällt (12 U 2164/05). Die Richter stellten damit laut Klägeranwalt klar, dass Anleger in solchen Fällen auch Schadenersatzansprüche gegenüber der beteiligten Bank haben, wenn diese Kenntnis hatte, berichtet der „Capital Investor“. Dabei müssten die betroffenen Anleger nicht nachweisen, dass das Institut definitiv Kenntnis von dem sittenwidrigen Preis hatte; es reiche aus, wenn dies offensichtlich der Fall war und die Bank vor dem wucherähnlichen Geschäft bewusst die Augen verschloss.

Die Kläger, ein Ehepaar, hatte eine Wohnung mit einem Darlehen der Bank zu einem sittenwidrigen Preis gekauft. Nach



Foto: Project Photos

dem Urteil der BGH-Richter müssen sie das Darlehen nicht zurückzahlen. pit/pm

*BGH,
Urteil
Az.: XI ZR 221/07*

*OLG Nürnberg
Urteil
Az.: 12 U 2164/05*

Whitepaper zur eGK

Fachchinesisch für Patienten

Konnektor, PIN, kryptografische Verschlüsselung – keine Frage, das Vokabular zur elektronischen Gesundheitskarte klingt für viele wie Fachchinesisch. Um auch dem Otto-Normal-Verbraucher das Thema nahe zu bringen, hat die gematik, zuständig für die Einführung der Karte, nun ein „Whitepaper“ aufgelegt. Ob sie – wie es der Untertitel Glauben macht – eine Antwort darauf weiß, wie man Gesundheitsdaten in Zukunft schützt, ist jedoch fraglich.



Foto: Project Photo/zm

Datenspeicherung auf dem Server oder auf der Karte? Wie lässt sich elektronisch überhaupt sicherstellen, dass sensible Infos nicht in die falschen Händen geraten? Kann man die Daten gefahrlos transportieren? Viele Fragen umtreiben Ärzte und Patienten zum Thema eGK. Antworten finden sie in den Fachkonzepten der für die Einführung verantwortlichen Betriebsgesellschaft gematik. Verstehen wird die mehrere 1000 Seiten starken Ausführungen freilich nur eine Handvoll Eingeweihter – zu komplex ist das Thema, zu technisch das Vokabular.

Um über Fachkreise hinaus auch die breite Öffentlichkeit zu erreichen, hat die gematik deshalb ein „Whitepaper Sicherheit“ zur eGK veröffentlicht. Auf 32 Seiten will sie dem interessierten Laien begrifflich machen, wie Gesundheitsdaten im Rahmen der geplanten Telematikinfrastruktur in Zukunft geschützt werden sollen.

Die Ausführungen beginnen mit den Grundlagen in Sachen Sicherheit: Wie wird Sicherheit definiert und wann gilt der Umgang mit sensiblen Daten als sicher? Beschrieben werden die allgemeinen Voraussetzungen für eine sichere technische Infrastruktur und die Maßnahmen, die Vertraulichkeit, Integrität und Verfügbarkeit der Gesundheitsdaten gewährleisten sollen. Angefangen bei der elektronischen Gesundheitskarte selbst bis hin zum Konnektor und dem Transportkanal.

Beflügelt in der Schule den Informatikunterricht ...

Das sei zweifellos „eine der herausragenden Publikationen der letzten Zeit“ bewertet etwa der Technikdienst „heise online“ die Broschüre. Sie könne durchaus den Informatikunterricht in der 9. und 10. Klasse beflügeln, wenn es um Themen wie Computersicherheit, Kryptografie und Public Key Infrastruktur geht. Ob sie darüber hinaus geeignet sei, nicht an Computertechnik interessierten Patienten zu vermitteln, warum Karte, PIN und Arztausweis notwendig sind, könne man jedoch bezweifeln.

Die Kritik scheint berechtigt: Auch dieser Text ist nämlich stark informatiklastig, Termini wie Authentifizierung, Hash-Code und Auditdienst bleiben im Zweifel böhmische Dörfer. Und ob der Nichtfachmann wirklich wissen will, wie ein Konnektor im Detail

funktioniert, sei dahingestellt. Positiv findet „heise online“ indes, dass die Broschüre erklärt, wie Brokerdienste und Server im Hintergrund funktionieren. Deutlich werde, dass der Einzelne keineswegs hilflos einer großen Maschinerie ausgeliefert sei, sondern prüfen könne, was mit seinen Daten passiert.

... ist aber ungeeignet für Patienten

Knackpunkte, die den Versicherten unmittelbar betreffen, lässt das Papier dagegen offen. Beispielsweise die Frage, wer die PIN eingibt – Arzt oder Patient. In dieser Hinsicht bestätige das Whitepaper laut „heise online“ eher einen Einwand des Grundrechtekomitees:

„Das Konzept des informierten Patienten erfordert es, dass alle ohne Mithilfe der Heilberufe an ihre Daten mitsamt den einschlägigen medizinischen Informationen gelangen könnten. Vor allem aber wäre es vonnöten, dass prinzipiell alle Bürger so ausgebildet wären und weiterhin ausgebildet würden, dass sie die medizinischen Informationen lesen, sprich mitsamt ihrer Unschärfe und in ihrem angemessenen Kontext verstehen könnten.“

Wohlweislich hatte der Beirat der gematik, darin sind Länder, Wissenschaft, Industrie, GKV, Leistungsträger und Patienten vertreten, eine eigene FAQ-Liste zum eGK-Projekt erstellt. Wer aber denkt, er erhalte dort eine Antwort auf die eingangs aufgeworfene Server-Problematik, irrt: „Noch in Arbeit“, heißt es lapidar auf die Frage, wie und wo die Daten nun gespeichert werden. Auf gut Deutsch: Dieser Streitpunkt ist zwischen Kassen, Ärzten und BMG noch nicht abschließend geklärt und im Whitepaper dementsprechend nicht bearbeitet. Hier könnte eine weitere Broschüre der gematik Aufklärung betreiben. ck

■ **Im nächsten Heft berichten wir ausführlich über den aktuellen Stand zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.**

zm Leser service

Das Whitepaper steht unter www.zm-online als Download bereit.

Neue Datenschutzeempfehlungen

Update für die Sicherheit

Vertrauliche Patientendaten vor Zugriffen durch Dritte zu schützen, gehört zu den obersten Pflichten eines Arztes. Früher half dabei ein gut gesicherter Aktenschrank. Im elektronischen Zeitalter reichen Schloss und Riegel längst nicht mehr aus. Ein frisch aktualisierter Empfehlungskatalog der Ärzteverbände zeigt, wie Datenschutz heute funktioniert.

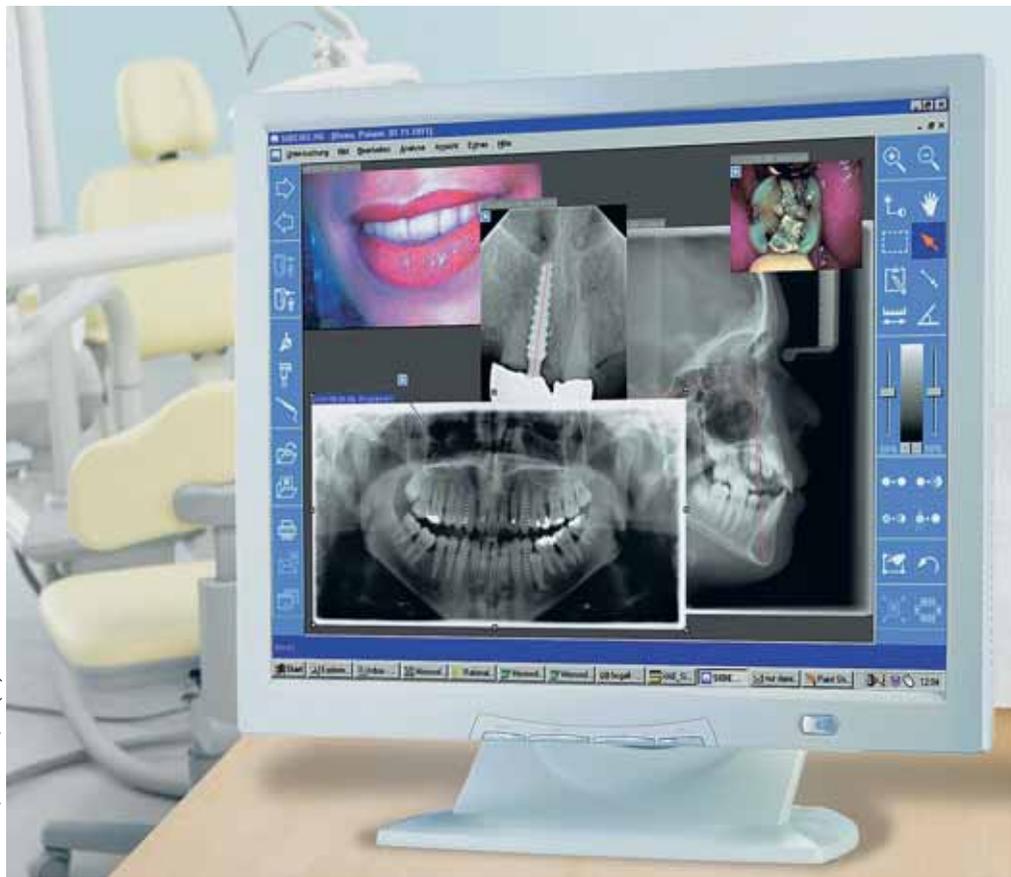


Foto: MEV/stockdisc/zm (M)

Wenn Ärzte Patientendaten elektronisch verschicken, gilt die höchste Sicherheitsstufe. Die betreffenden Rechner sollten daher niemals ohne entsprechende Sicherheitsvorkehrungen mit Inter- oder Intranet verbunden sein.

Mediziner sind verpflichtet, über das, was „ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen“, postuliert Paragraph 203 des SGB. Die 1996 zum ersten Mal veröffentlichten und jetzt überarbeiteten „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) sollen helfen, dieses Gebot in Zeiten des Internets und kabelloser Netz-

werke zu wahren. Setzten 1996 etwa 60 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten auf EDV, sind es heute mehr als 90 Prozent, schätzt die KBV. Die Zeit also, die Empfehlungen zu überarbeiten.

Gar nicht, geht nicht

Ins Internet gehen Ärzte aus vielen Gründen. Zur Recherche, um sich online fortzubilden, zum Versenden von Labordaten oder um per Telematik Patientendaten aus-

zutauschen. Kurz: Das Internet ist aus dem Arbeitsalltag einer ärztlichen und zahnärztlichen Praxis nicht mehr wegzudenken. Die höchste Sicherheit für vertrauliche Daten ist laut BÄK und KBV gegeben, „wenn keine Nutzung von Intra- oder Internet in der Arztpraxis besteht.“ Das aber liegt praktisch außerhalb des Umsetzbaren – und wird von den Verbänden auch nicht gefordert. Sie

betonen aber, dass Praxiscomputer, auf denen Patientendaten gespeichert werden, sehr hohen Sicherheitsstandards genügen müssen.

Eine Schutzmaßnahme, die weniger mit Technik als mit gesundem Menschenverstand zusammenhängt, nennt der Katalog immer wieder: Der Zugang zu Rechnern mit Patientendaten sollte so restriktiv wie möglich gehandhabt werden. Dazu gehört, dass der betreffende PC an einem Ort steht, der für Nicht-Praxismitarbeiter unzugänglich ist, und nur autorisierte User eine Zugangsberechtigung bekommen.

Um Hackern und Viren das Leben schwer zu machen, sollten Rechner mit Patientendaten niemals ohne entsprechende Sicherheitsvorkehrungen mit Inter- und Intranet verbunden sein, schreiben BÄK und KBV. Für das online-Surfen empfehlen sie dedizierte PCs. Das sind Computer, die zur Abwicklung spezieller Aufgaben – in dem

Fall: Ausflüge ins Netz – vorgesehen sind und nicht mit dem Praxisnetzwerk verbunden werden. An so einem Rechner erledigt man zum Beispiel Downloads und Recherchen. Die Infos werden dann via USB-Stick oder anderer Datenträger im Netzwerk verteilt. Dabei wird zum Live-Betrieb geraten: Das heißt, das PC-Betriebssystem wird nicht von einer integrierten Festplatte, sondern einem portablen Speichermedium, wie CD, DVD oder USB-Stick, gestartet. Viren und Hacker können so keinen dauerhaften Schaden anrichten.

zm-Surftipps

Die Richtlinien im Netz

KBV und BÄK haben ihre Empfehlungen inklusive technischer Anlage zum Download bereitgestellt:

■ www.kbv.de/rechtsquellen/11958.html.de

Bei der Konzeption haben sich die Ärzteverbände an den IT-Grundschriftkatalogen des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik orientiert:

■ www.bsi.bund.de

Virenschutzprogramme und Firewalls sind Pflicht auf Praxisrechnern. Sie müssen regelmäßig aktualisiert werden, damit auftretende Sicherheitslücken schnell geschlossen werden. Für sicherheitsrelevante Computer empfiehlt der Katalog einen Router mit Network Address Translation (NAT): „Grund dafür ist, dass ein direkt verbundener Rechner mit offizieller IP-Adresse direkten Angriffen ausgesetzt ist. Wird dagegen NAT verwendet, werden nur IP-Pakete dem Rechner zugestellt, die er selbst angefordert hat.“

In der Beweispflicht

Ärzte, die ihre Dokumentation nicht mehr in Papierform, sondern elektronisch erledigen, müssen für die Echtheit der Daten garantieren können. Seit 2001 regelt das „Gesetz über Rahmenbedingungen für elektronische Signaturen“, kurz: Signaturgesetz, die Voraussetzungen dafür. Elektronische Signaturen machen Manipulationen an einem Originaldokument mittels kryptographischer Schlüssel sofort erkennbar. Es gibt einfache, fortgeschrittene und qualifizierte elektronische Signaturen. Letztere bieten die höchste Sicherheitsstufe. Sie ordnen ihrem Urheber ein qualifiziertes Zertifikat zu, das von einem Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA) signiert wird. Der ZDA garantiert, dass der verwendete Signaturprüschlüssel mit der Identität des Schlüsselinhabers übereinstimmt. Ausführliche Infos über das Verfahren stehen auf der Home-

page des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

Problematisch ist die Übertragung schriftlicher Dokumente in die elektronische Dokumentation. Beispiel Arztbriefe. BÄK und KBV empfehlen, externe Dokumente einzuscannen. Um ihre Echtheit zu beweisen, müssen allerdings die Originalpapiere aufbewahrt werden. Können Ärzte also doch nicht auf Karteikarten verzichten?

Die Lösung kann darin bestehen, dass das elektronische Dokument mit einem Vermerk versehen wird, wann und durch wen das Original in eine elektronische Form übertragen worden ist, und dass die Wiedergabe auf dem Bildschirm und damit auch in der elektronischen Datei mit dem Originaldokument inhaltlich und bildlich übereinstimmt, heißt es in den Richtlinien dazu. Die IT-Spezialisten der Ärzteverbände legen Praxisinhabern aber dringend ans Herz, die Originale in besonders schadensträchtigen Fällen aufzubewahren.

Von WLAN bis VoIP

Auf WLAN sollten Ärzte verzichten. Falls das aus baulichen Gründen nicht möglich ist, muss das Netz nach den aktuellen Regeln der Kunst verschlüsselt werden. Die Richtlinien favorisieren derzeit eine Absicherung durch WPA oder WPA2.

Auch die Internettelefonie (VoIP) erfordert danach besondere Vorsicht, denn über herkömmliche Internetverbindungen seien Gespräche leicht abzuhören. Ärzte, die trotzdem voipen wollen, sollten sich nach Anbietern umschaun, die für Internettelefonie besonders abgesicherte IP-Netze vorhalten.

Zum Thema Fernwartung empfehlen BÄK und KBV, externen Technikern nur mithilfe eines Passworts Zugriff auf das System zu gewähren und das Passwort danach sofort zu ändern. Die Wartung sollte nach Möglichkeit mit fiktiven Testdaten vorgenommen werden und am Bildschirm von einem Mitarbeiter der Praxis überwacht werden.

*Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net*

Amalgamdiskussion in der EU

Kein Grund zur Besorgnis

Nach Vorlage von zwei Gutachten und nach Abschluss des öffentlichen Konsultationsprozesses liegt nun der abschließende Bericht der beiden wissenschaftlichen Ausschüsse der EU-Kommission zum Thema Amalgam vor. **Kernaussage: Von Amalgam gehen weder gesundheitlich noch umweltbezogen nennenswerte Risiken aus.**



Foto: Schmalz/Uni Regensburg

Amalgam – hier eine polierte Füllung – stand bei der EU-Kommission in der prüfenden Diskussion. Das Ergebnis ist beruhigend und unspektakulär zugleich: Es gibt weder gesundheitlich noch umweltbezogen nennenswerte Risiken.

Zum Hintergrund: Im Jahr 2005 startete die EU-Kommission ihre Quecksilberstrategie mit dem Ziel, die Quecksilberbelastung in der Umwelt weiter zu reduzieren. Als Follow-up wurden die beiden unabhängigen wissenschaftlichen Ausschüsse SCENIHR (Verträglichkeit) und SCHER (Umwelt) beauftragt, ihre Gutachten zu erstellen (Details im nachfolgenden Fachbericht). Beide kommen zu dem Schluss, dass die Sicherheit von Amalgam als Füllwerkstoff erneut bestätigt werden kann. Sie unterstreichen, dass Amalgam mit Ausnahme von möglichen allergischen Reaktionen keine Gesundheitsrisiken birgt, und dass auch die Umweltgefahren bedeutend



CED-Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels erläutert die Rolle des Council of European Dentists bei der fachlichen Beratung der Kommission.

niedriger seien als die erlaubten Grenzwerte.

Zeitgleich mit der Veröffentlichung der beiden vorläufigen Berichte im Januar hatte die



Die *zm* berichtet regelmäßig über die Belange der Zahnärzte in Europa sowie über neue gesundheitspolitische Entwicklungen in der Europäischen Union.

Kommission eine öffentliche Konsultation gestartet, um Interessensvertretern die Möglichkeit zu geben, den beiden Ausschüssen weitere Informationen oder Datenmaterial zur Verfügung zu stellen. Dieser Prozess wurde Ende Februar abgeschlossen.

Beratung der Zahnärzte

Bereits weit im Vorfeld stand der Council of European Dentists CED (als europäische Vertretung der Zahnärzteschaft aus 30 europäischen Ländern) der Kommission zu diesem Thema beratend zur Verfügung. Er übermittelte eine ausführliche Bestandsaufnahme und Bewertung der Fachliteratur aus mehreren EU-Mitgliedstaaten sowie der entsprechenden nationalen Gesetzgebung.

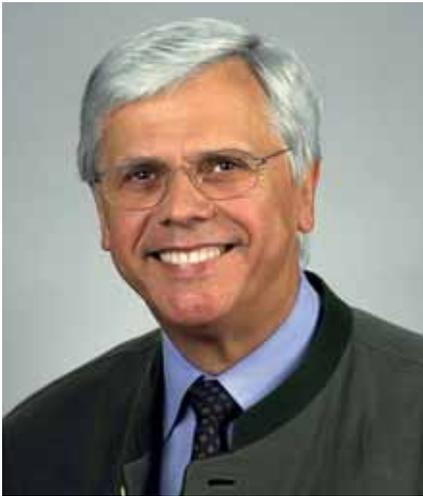
Daran war die BZÄK maßgeblich beteiligt. Der CED hat sich seit 2006 als beratendes Gremium der EU-Kommission etabliert. Mit dem Thema Amalgam setzt er sich seit 2006 intensiv auseinander und hat dazu eigens eine Arbeitsgruppe gegründet, der für die BZÄK Prof. Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg, und Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald, angehören.

Nach Vorlage der beiden Gutachten gab der CED eine kurze Stellungnahme ab und erklärte Folgendes:

■ In Bezug auf Gesundheitsrisiken: Begrüßt wird das Gutachten des wissenschaftlichen Ausschusses „Neu auftretende und neu identifizierte Gesundheitsrisiken“ (SCENIHR), in dem anerkannt wird, dass Amalgam weiter zum Rüstzeug der Zahnärzte gehören sollte, um die Bedürfnisse der Patienten in der gesamten Gemeinschaft am besten zu erfüllen. Es ist



Mehr zu den wissenschaftlichen Hintergründen der beiden Gutachten im nachfolgenden Fachbeitrag Seite 102 bis 103



Fotos: privat

Der CED-Arbeitsgruppe „Amalgam“ gehörten von wissenschaftlicher Seite für die BZÄK zwei renommierte Fachexperten an: Prof. Dr. Gottfried Schmalz, Regensburg, ...

wichtig, dass Patienten weiter frei über die Behandlungsmöglichkeiten bestimmen können, insbesondere da Amalgam für viele Füllungen weiterhin das am besten geeignete Material ist, da es leicht zu verarbeiten, haltbar und preisgünstig ist.

■ In Bezug auf Umweltgefahren: Begrüßt wird das Gutachten des wissenschaftlichen Ausschusses „Gesundheits- und Umweltrisiken“ (SCHER), in dem das seltene Auftreten von Umweltgefahren anerkannt wird. Der zahnärztliche Berufsstand nimmt die potenziellen Auswirkungen all seiner Tätigkeiten auf die Umwelt sehr ernst und ist bemüht, die Risiken zu minimieren, zum Beispiel, indem er nachdrücklich den Einsatz von Amalgamabscheidern unterstützt.

Berichte veröffentlicht

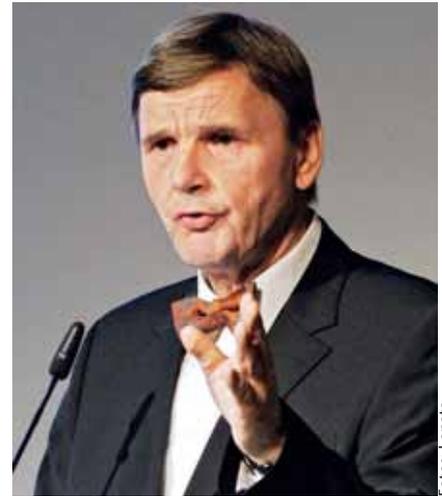
Am 8. Mai haben die beiden Ausschüsse SCENIHR und SCHER nach Abschluss des Konsultationsprozesses ihre endgültigen Berichte über die Sicherheit von Amalgam veröffentlicht. Die Schlussfolgerungen der Gutachten sind damit voll und ganz bestätigt worden. Dentalamalgam sei sowohl für Patienten wie auch für das zahnärztliche Personal effektiv und sicher, unterstrich die EU-Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (GD SANCO) in einer Presseerklärung. Amalgam stelle aus gesundheitlicher Sicht – außer bei allergischen Re-

aktionen – kein Risiko dar. Bezogen auf Umweltgefahren ist zunächst festzuhalten, dass eine umfassende Risikobewertung mangels ausreichender Daten nicht möglich war. Es sei aber, so die Schlussfolgerung, festzustellen, dass die tatsächliche Exposition von Menschen (also das indirekte Gesundheitsrisiko durch Quecksilber in der Umwelt) geringer ausfalle als die entsprechend aufgestellten Grenzwerte. Deswegen seien auch ernsthafte Gesundheitsrisiken gering.

Der CED betrachtet dieses Ergebnis als sehr erfreulich. CED-Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, gleichzeitig Vizepräsident der BZÄK, zeigte sich erfreut, dass sich die Berichtsergebnisse mit der Auffassung der europäischen Zahnärzteschaft decken. Es sei unabdingbar, dass Patient und Zahnarzt nach einem Beratungsgespräch gemeinsam entscheiden, welche Art von Füllungsmaterial verwendet werden soll. Der CED ist von der GD SANCO gebeten worden, die Berichtsergebnisse unter den rund 300 000 Zahnärzten in Europa bekannt zu machen.

Sonderweg Skandinavien

In Norwegen sind am 1. Januar 2008 weitreichende Einschränkungen bei der Verwendung von Amalgam in Kraft getreten. Einschränkungen wurden auch in Schweden und Dänemark angekündigt. Sie sollen noch im Laufe dieses Jahres in Kraft treten. Der CED wird diese Entwicklungen in Skandinavien genau verfolgen. Das CED/BZÄK-Büro in Brüssel hält es nach der Veröffentlichung der EU-Stellungnahmen



Fotos: Lopata

... und Prof. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald.

über die Sicherheit von Amalgam für unwahrscheinlich, dass die Entwicklung in Skandinavien einen großen Einfluss auf Diskussionen in anderen Ländern hat, ob die Verwendung eingeschränkt werden soll oder nicht.

Die Situation in Skandinavien sei eine besondere, erläutert Sprekels. Ähnliche Einschränkungen in anderen Ländern kämen nicht infrage. Insbesondere in den skandinavischen Ländern hätten präventive Maßnahmen in der Zahnheilkunde eine lange Tradition mit dem Ergebnis, dass dort weniger und kleinere Kavitäten auftreten, für die Amalgamalternativen höchst geeignet seien. In vielen anderen europäischen Ländern, die stärker auf Amalgam angewiesen seien, um eine den Bedürfnissen der Bevölkerung angemessene zahnärztliche Versorgung zu gewährleisten, hätten Einschränkungen jedoch negative Auswirkungen auf die Mundgesundheit. Auf EU-Ebene werde es insbesondere darauf ankommen, diese Botschaft den Mitgliedern des Europäischen Parlaments zu vermitteln, die 2006 EU-weite Einschränkungen von Amalgam als Füllwerkstoff gefordert hätten. pr

zm-Info

Weiterführender Link

Mehr zum Thema unter: http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/dyna/enews/index.cfm. Dort finden sich Details zu den beiden Gutachten SCENHIR und SCHER sowie eine populär aufbereitete sogenannte „Easy-to-read“-Fassung zur gesamten Amalgam-Problemik auf EU-Ebene.

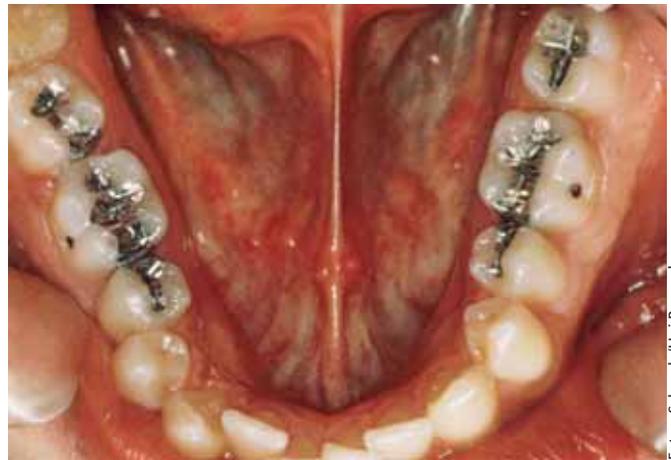
EU-Gutachten zu Amalgam

Vom Aufreger weit entfernt

Seit längerem wird in der EU ausführlich die Amalgam-Problematik sorgsam aufbereitet. Es geht um gesundheitliche und umweltbezogene Aspekte. In diesem Kontext liegen zwei Gutachten vor, die die Bedeutung von beiden Aspekten fachlich beleuchten. Der Autor, Prof. Dr. Gottfried Schmalz, der die Expertise des Council of European Dentists CED für die EU-Kommission maßgeblich mit erarbeitet hat, fasst für die *zm* die wissenschaftlichen Fakten zusammen.



Patient mit Amalgam-Füllung: Ansicht des Oberkiefers ...



... und des Unterkiefers

Fotos: Schmalz/Uni Regensburg

Die Frage der Verträglichkeit von Amalgam ist wohl eine der ältesten und am heftigsten geführten Kontroversen in der Zahnheilkunde – bis hin zu persönlichen Diffamierungen. Manche Autoren haben sogar von „Amalgamkriegen“ gesprochen. In den letzten Jahren kamen bei dieser Kontroverse zwei weitere Aspekte hinzu:

- die Verträglichkeit alternativer Werkstoffe;
- mögliche Gefahren für die Umwelt.

Vor allem, nachdem bekannt wurde, dass alle zahnärztlichen Werkstoffe in irgendeiner Weise biologisch aktiv sind, wurde es notwendig, Amalgam nicht allein zu bewerten, sondern die Alternativen einzubeziehen, da irgendeiner dieser Werkstoffe zur Behandlung einer Krankheit (meist Verlust von Zahnhartsubstanz, zum Beispiel durch Karies) verwendet werden muss.

Auch die Umweltdiskussion zum Quecksilber hat die Zahnheilkunde in Deutschland erreicht, spätestens, als Amalgamseparatoren in den Praxen installiert werden muss-

ten. In die Umwelt werden übrigens aus natürlichen Quellen 2 700 bis 6 000 Tonnen elementares Quecksilber pro Jahr durch Abgasung aus der Erd- und Wasseroberfläche abgegeben. Hinzu kommen 2 000 bis 3 000 Tonnen Hg pro Jahr aus Industrieabfällen und aus der Verbrennung von fossilen Energieträgern (Zahlen für 2002). Durch Kohleverbrennung zur Energiegewinnung werden zum Beispiel in Dänemark 260 bis 420 Kilogramm pro Jahr Quecksilber in die Umwelt freigesetzt, durch zahnärztliches Amalgam 50 bis 250 Kilogramm pro Jahr (Zahlen für 2001). Die globale Produktion von Quecksilber ist in den letzten 20 Jahren allerdings rückläufig von 6 200 Tonnen auf zirka 1 800 Tonnen. Parallel dazu ist auch

der Verbrauch an zahnärztlichem Amalgam zum Beispiel in Dänemark auf ein Drittel zurückgegangen und auch in anderen Ländern ist ein ähnlicher Trend zu beobachten. 2005 betrug der Quecksilberbedarf in der EU 440 Tonnen mit absteigender Tendenz, da die (Chloralkali)-Industrie mehr und mehr auf Quecksilber verzichtet; der Quecksilberbedarf für Amalgamfüllungen in der EU liegt bei zirka 90 Tonnen.

Die Strategie der EU

Die Problematik der Umweltbelastung durch Quecksilber im Allgemeinen hat die EU im Jahr 2005 zu einer Strategie veranlasst mit dem wesentlichen Ziel, die Quecksilberkonzentration in der Umwelt – weiter – zu reduzieren und damit die Exposition des Menschen zu verringern. Hauptaugenmerk liegt auf der Exposition des Menschen durch Methyl-Quecksilber nach Fischverzehr. Ein weiteres Problem ist Quecksilber im Klärschlamm, der verbrannt oder als

i Nach Beendigung des öffentlichen Konsultationsprozesses zu den beiden Gutachten hat die EU-Kommission jetzt die Unbedenklichkeit von Amalgam erneut bestätigt. Mehr dazu im Bericht Seite 100 bis 101

Dünger auf die Felder verbracht wird. In diesem Zusammenhang hat im Frühjahr 2006 das Europäische Parlament die Europäische Kommission gebeten, das Thema Amalgam bis Ende 2007 unter den Gesichtspunkten (1) Probleme der Verträglichkeit und (2) mögliche Umweltschäden sowie dadurch bedingte indirekte Gesundheitsprobleme zu bearbeiten. Zuständig innerhalb der Europäischen Kommission ist dafür die GD Gesundheit und Verbraucherschutz. Der wissenschaftlichen Beratung der Europäischen Kommission in Fragen von Verbraucherschutz, Öffentliche Gesundheit und Umwelt dienen unter anderem drei unabhängige, mit externen Wissenschaftlern besetzte Kommissionen:

- Scientific Committee on Consumer Products (SCCP)

- Scientific Committee on Health and Environmental Risks (SCHER)

- Scientific Committee on Newly Identified Health Risks (SCENIHR)

SCHER (Umwelt) und SCENIHR (Verträglichkeit) wurden beauftragt, wissenschaftliche Stellungnahmen zu den genannten Problemen zu erarbeiten. Im November 2007 wurden zwei vorläufige Berichte vom Plenum des SCHER und des SCENIHR zum Thema Amalgam verabschiedet, die Anfang 2008 über das Internet von der Europäischen Kommission veröffentlicht wurden und im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

SCENIHR Bericht

Der SCENIHR Bericht (Verträglichkeit von Amalgam und alternativen Werkstoffen) wurde von einer internationalen Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Prof. David Williams, University of Liverpool, UK, erstellt; von deutscher Seite nahm Prof. Wolfgang Dekant, Universität Würzburg, als Vertreter von SCHER an den Beratungen teil. Es sollte untersucht werden, ob es eine wissenschaftliche Evidenz für eine Verbindung von Amalgam und alternativen zahnärztlichen restaurativen Werkstoffen mit Allergien, neurologischen Ver-



Amalgamfüllung nach dem Legen

änderungen und anderen Gesundheitsschäden gibt. Der vorgelegte Bericht umfasst 71 Seiten mit über 210 Literaturstellen. Die Kernaussagen sollen im Folgenden zusammengefasst werden.

Zunächst stellte die Kommission fest, dass Amalgam ein wirksames Füllungsmaterial hinsichtlich Langlebigkeit, mechanischem Verhalten sowie unter ökonomischen Gesichtspunkten ist. Es ist das Material der Wahl im Seitenzahnggebiet für bestimmte Fälle, einschließlich des Ersatzes bestehender Amalgamfüllungen. Allerdings ist es nicht zahnfarben und kann nicht adhäsiv verankert werden. Daher hat die Verwendung in den letzten Jahren abgenommen und sie wird mit zunehmender Anwendung minimalinvasiver Techniken weiter abnehmen. Das spiegelt sich auch in der Ausbildung an den Universitäten wider und dies wird auch den Trend verstärken. Dadurch wird die allgemeine Quecksilberexposition der Bevölkerung in der Zukunft abnehmen.



Detailansicht einer Füllung nach dem Legen

Quecksilber als der metallische Hauptbestandteil stellt a priori ein mögliches Gesundheitsrisiko dar, wobei die biologischen Eigenschaften vergleichsweise gut charakterisiert sind. Seltene lokale Effekte sind zum Beispiel allergische Reaktionen, oder Lichen planus, die jedoch vergleichsweise einfach, zum Beispiel durch den Ersatz des Werkstoffes mit einem alternativen Material, zu behandeln sind.

Quecksilber im Amalgam wurde und wird verschiedentlich beschuldigt, für systemische Gesundheitsschäden, insbesondere für neurologische und psychologische/psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel Alzheimer, Parkinson, MS, und auch für Nierenerkrankungen verantwortlich zu sein. Mehrere größere epidemiologische Studien (auch an Kindern, Schwangeren und stillenden Müttern) konnten jedoch keine Hinweise auf erhöhte Risiken für derartige Wirkungen erbringen. Insbesondere die neuesten Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen dem Legen von Amalgamfüllungen und der neurologischen Entwicklung bei Kindern zeigen [De-Rouan et al. und Bellinger et al.]. Somit stellt Amalgam kein Risiko für eine systemische Wirkung beim Patienten dar.

Die größte Quecksilber-Exposition (für Patient und Personal) besteht beim Legen und besonders beim Entfernen von Amalgam. Es gibt keinen Grund, klinisch intakte Amalgamfüllungen zu entfernen, außer bei Patienten mit einem auch klinisch belegten Verdacht auf eine Allergie gegenüber Bestandteilen des Amalgams. Erhöhte Quecksilberexposition beim Legen oder Entfernen von Amalgam kann durch entsprechende klinische Techniken minimiert werden. Es gibt keine Studie, die belegt, dass zahnärztliches Personal nach Verarbeitung von heute üblichen Silberamalgamen an den klassischen Symptomen einer Quecksilbervergiftung leidet. Zu den alternativen Werkstoffen (meist Kompositkunststoffen) wird ausgeführt, dass sie klinische Limitationen, wie unter schwierigen klinischen Bedingungen bei umfangreichen Kavitäten, haben. Sie sind ebenfalls toxikologisch

bedenkenswert, da sie eine Reihe von zum Beispiel organischen Substanzen enthalten, die unter anderem zelltoxisch für Pulpa- und Gingivazellen sind. Manche Monomere sind in vitro erbgutschädigend, wenn auch die klinische Relevanz dieser Eigenschaft unklar ist. Durch manche Monomere werden allergische Reaktionen bei Patienten und zahnärztlichem Personal hervorgerufen. Trotz der weiten Verbreitung alternativer Werkstoffe hat sich wenig Evidenz für ein erhöhtes Risiko neurologischer Veränderungen oder sonstiger systemischer Erkrankungen ergeben. Allerdings sind diese Werkstoffe chemisch sehr komplex und die verfügbaren toxikologischen Daten wesentlich begrenzter als beim Quecksilber im Amalgam. Insofern ist es nicht möglich, abschließend ein wissenschaftlich abgesichertes Statement zur allgemeinen Sicherheit dieser Werkstoffe abzugeben.

SCENIHR kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Gesundheit wird durch Amalgam und seine Alternativen adäquat sichergestellt, und die Werkstoffe sind sicher bei der Verwendung.
2. Eine geringe Rate lokaler Nebenwirkungen einschließlich von Allergien besteht.
3. Es gibt keine Hinweise auf eine Verbindung mit systemischen Erkrankungen.
4. Bei Schwangeren gibt es keine eindeutigen Informationen. Es gibt keine Evidenz, dass vorhandene Amalgamfüllungen für Mutter und Kind ein Risiko darstellen. Das Entfernen von Amalgamfüllungen würde die Quecksilberexposition erhöhen. Wie in solchen Fällen bei Arzneimitteln üblich, sollte die Indikation zum Entfernen und Legen jeglicher Restauration (Amalgam oder Alternativen) während der Schwangerschaft sorgfältig überdacht werden.
5. Es gibt kein besonderes Risiko für Kinder.
6. Daten zur Langlebigkeit deuten auf ein besseres Verhalten von Amalgam hin. Bei den Alternativen sind jedoch neue Produkte auf den Markt gekommen, und die Verarbeitung in der Praxis wurde in den letzten Jahren verbessert, sodass in Zukunft mit einer Verbesserung der Langlebigkeit von Al-

ternativen gerechnet werden kann. Daten dazu fehlen bislang. Amalgam ist insbesondere bei größeren Kavitäten und zum Ersatz vorhandener Amalgamfüllungen geeignet. 7. Alternative Werkstoffe sind zahnfarben und daher ästhetisch besser als metallische Werkstoffe, und sie erlauben ein eher minimalinvasives Vorgehen. Daher wird die Verwendung von Amalgam in der EU in der Zukunft abnehmen.



Weitere Detailansicht nach dem Legen

SCHER Report

Der SCHER Report (Umweltgefahren durch Amalgam und alternative Werkstoffe) wurde von einer internationalen Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Colin Janssen, Universität Ghent, Belgien erstellt; der deutscher Vertreter war Prof. Wolfgang Dekant, Universität Würzburg. Der Bericht umfasst 15 Seiten mit 24 Literaturzitationen, in dem vier Fragen beantwortet wurden.

1. Frage: Bedeutet Quecksilber aus zahnärztlichem Amalgam ein Risiko für die Umwelt?

Nach Auffassung von SCHER ist eine umfassende, die unterschiedlichen Regionen der EU-27 einbeziehende Untersuchung dieser Risiken nicht verfügbar. Daher ist eine umfassende Risikobewertung nicht möglich. Es gibt nach Kenntnis von SCHER nur eine Arbeit, die sich mit den Umweltrisiken durch Quecksilber im Amalgam befasst (RPA Report). Danach ist es unwahrscheinlich, dass ein signifikantes Risiko für die menschliche Gesundheit und die Umwelt besteht. Aller-

dings ist diese Aussage aufgrund der Unsicherheit des zugrunde liegenden Rechenmodells mit Zurückhaltung zu bewerten.

In Dänemark wurde eine eingehende Analyse des Quecksilberverbrauchs und des Quecksilberverbleibs durchgeführt. Danach werden 34 Prozent des gesamten Quecksilbers als Amalgam verbraucht. Das European Environmental Bureau (EEB) veröffentlichte Zahlen, wonach in der EU-27 insgesamt 77 Tonnen Quecksilber aus Amalgam möglicherweise in der Umwelt enden. Der RPA Report kam auf 70 Tonnen für die EU-15. Diese Analysen des Quecksilberverbrauchs sind jedoch nur bedingt für eine Risikoabschätzung brauchbar.

Die von SCHER durchgeführte Risikobewertung ergab für die Wirkung von anorganischem Quecksilber auf Wasserorganismen, dass ausgehend vom Quecksilbergehalt im Abwasser von Zahnarztpraxen (Daten aus Schweden und den USA) im Vergleich mit relevanten EU-Grenzwerten ein zusätzliches Risiko durch Quecksilber aus Amalgam als gering einzustufen ist. Gleiches gilt für die Bewertung von Bodenorganismen. Der Einfluss von Krematorien ist sehr unterschiedlich. Es liegen aber keine ausreichenden Daten für eine Risikoabschätzung vor.

Zum Methyl-Quecksilber (direkte Emission) wurde eine Studie aus den USA zugrunde gelegt, bei der in großen Tanks ein Gehalt von 0,2 Prozent Methyl-Quecksilber gefunden wurde. Allerdings lag die Konzentration im Abwasser der zahnärztlichen Behandlungseinheit um wenigstens eine Größenordnung darunter. Nur wenn man von 0,2 Prozent ausgeht und die Werte im Verhältnis zur natürlichen Hintergrundkonzentration und unter Berücksichtigung der Bioakkumulation berechnet, dann werden die üblichen Grenzwerte mit einem Risiko von 6 bis 18 Prozent überschritten. Eine Bewertung der Methylierung in der Umwelt war wegen fehlender Daten nicht möglich.

2. Frage: Ist es wissenschaftlich gerechtfertigt, zu folgern, dass Quecksilber aus Amalgam aufgrund der Quecksilberausleitung in die Umwelt eine deutliche Auswirkung auf

die menschliche Gesundheit hat? Hier spielt nach Auffassung von SCHER neben dem anorganischen Quecksilber vor allem das Methyl-Quecksilber eine Rolle. Auf der Basis umfangreicher Expositionsrechnungen wird gefolgert, dass die indirekte Exposition mit Methyl-Quecksilber durch Amalgam wesentlich geringer als die entsprechenden Grenzwerte ist, was ein geringes Risiko für Gesundheitsschäden bedeutet.

3. Frage: Wie stellt sich der Vergleich von Umweltrisiken durch Quecksilber in Amalgam mit denjenigen durch alternative Materialien dar?

Ökotoxikologische Daten für moderne Kunststoffmonomere sind nicht verfügbar. Methacrylat und dessen Derivate sind besser untersucht und entsprechende Daten werden stattdessen hilfsweise herangezogen. Hauptsächlich werden dermale Irritationen, dermale Sensibilisierung, sowie neurotoxische und lebertoxische Schäden nach Inhalation sowie clastogene Eigenschaften (Schädigung von Chromosomen) bei toxischen Konzentrationen in der Literatur beschrieben. Zur Abschätzung der Umweltrisiken sind aber auch diese Daten unzureichend.

4. Frage: Welche zur Risikoabschätzung erforderlichen Informationen fehlen?

SCHER ist der Meinung, dass zur Bewertung möglicher Umweltschäden die Datenlage generell unbefriedigend ist. Insbesondere sind zu diesem Thema Informationen über regional spezifische Unterschiede in der EU nötig einschließlich der unterschiedlichen Maßnahmen zur Verringerung der Umweltbelastung (zum Beispiel durch Amalgamabscheider).

Es fehlen umfassende Übersichten und Bewertungen über die atmosphärischen Emission, die Bioakkumulation und Biomagnifizierung von Methyl-Quecksilber unter Berücksichtigung regionaler Unterschiede. Gleiches gilt für einen detaillierten Vergleich des relativen Anteils von zahnärztlichem Quecksilber an der gesamten Quecksilbermenge in der Umwelt, die von beabsichtigter und nicht beabsichtigter Exposition herrührt.

Amalgam und kein Ende

Als langjähriger Beobachter der Szene kann man den Eindruck gewinnen: The same procedure as every year. Seit Jahrzehnten die gleiche Situation: Wieder einmal wird von wissenschaftlicher Seite dem Amalgam ein geringes Risiko für Gesundheitsschäden im Allgemeinen attestiert (wie übrigens auch den Alternativen) und dies anhand



Eine elf Jahr alte Amalgamfüllung

Fotos: Schmalz/Uni Regensburg

eingehender und sehr komplizierter Analysen der wissenschaftlichen Literatur begründet. Bereits 1998 hat eine EU Kommission einen ähnlichen Bericht mit ähnlichen Ergebnissen veröffentlicht. Und auch das ist voraussehbar: Von mancher Seite werden auch diese neuerlichen Analysen nicht anerkannt. Und auch weiterhin werden manche Patienten Amalgam für die unterschiedlichsten gesundheitlichen Probleme verantwortlich machen. Es hat den Anschein, man drehe sich im Kreis. Und manch einen mag der Gedanke beschleichen: Kann man seine Zeitressourcen nicht besser verwenden? Warum überhaupt noch soviel Aufhebens machen um einen Werkstoff von gestern? Allerdings: Was macht man mit Patienten, bei denen aus den verschiedensten Gründen keine Alternativen möglich sind? Es geht hier immerhin um Regelungen für mehr als 500 Millionen Menschen in der EU mit 27 Mitgliedstaaten. Diese Patienten haben sehr unterschiedliche Anamnesen, verschiedene medizinische Voraussetzungen, und sie leben in anderen ökonomischen, gesellschaftlichen und gesundheits-

politischen Umfeldern. Es gibt auch Patienten, bei denen Amalgamfüllungen entfernt, aber die Beschwerden nicht besser wurden, dafür aber die Zähne und die Kiefer schlechter. Sollte es nicht der akademisch ausgebildete Zahnarzt sein, der im Einzelfall die Indikation stellt? Der Zahnarzt, dem man ohne Zögern auch zubilligt, weitaus risikoreichere Arzneimittel (zum Beispiel Antibiotika) zu verschreiben? Und die Umwelt? In der Tat, hier ist die Datenlage vergleichsweise knapp.

Die Zahnärzteschaft hat daher in Brüssel angeboten, die Umwelt durch den flächendeckenden Einsatz von Amalgamabscheidern zu schützen. Dies ist in einigen Ländern der EU schon erfolgt (zum Beispiel Niederlande, Österreich, Frankreich, Deutschland), in vielen anderen Ländern nach einer Analyse der EU jedoch nicht. Amalgamabscheider sind jedoch wichtiger als ein Verbot von Amalgam, da auch bei einem Verbot das Entfernen von Amalgamfüllungen das Hauptproblem für die Umwelt sein wird.

Und schließlich: die Verwendung von Amalgam nimmt in Deutschland ab, wie in vielen anderen Ländern auch („Phasing down“). Für ein Verbot („Phasing out“) haben beide Kommissionsberichte keine Argumente gefunden. Amalgam sollte demnach auch weiterhin verfügbar bleiben, aber die Amalgam-Kontroverse ist heute und in Zukunft wahrscheinlich kein eigentlicher „Aufreger“ mehr.

Prof. Dr. Gottfried Schmalz
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg

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.

Die FDI lädt ein

Weltkongress in Stockholm

Der diesjährige FDI-Kongress findet vom 24. bis 27. September in Stockholm, Schweden, statt, und zwar im International Fairs and Congress Center, wo auch die Dentalschau angesiedelt ist.

Schweden war bereits vier Mal Austragungsort von FDI-Kongressen, das erste Mal 1912, der letzte Kongress in Schweden fand vor noch nicht allzu langer Zeit, 1993, in Göteborg statt.

Das wissenschaftliche Programm zeigt die enormen Fortschritte, die Medizin und Zahnmedizin in den letzten 15 Jahren in Schweden gemacht haben. Das Thema des Kongresses 2008 lautet „Neue Wege in der Prävention“. Schweden ist Weltmeister in der Disziplin der präventiven Zahnmedizin und die FDI ist stolz darauf, ein interessantes und wegweisendes Wissenschaftsprogramm mit den neuesten Konzepten zahnmedizinischer Innovationen und den damit verbundenen neuen wissenschaftlichen Methoden im Umfeld des Kongressmottos präsentieren zu können.

Insgesamt ist das Programm stark von schwedischen Referenten geprägt, die verschiedene Aspekte präventiver Zahnmedizin, zum Beispiel Überernährung, Fluorid, Speichel, und verschiedene Zielgruppen wie Kinder, Ältere, Behinderte oder Obdachlose behandeln. Das wissenschaftliche Programm umfasst auch das ganze Spektrum moderner Zahnmedizin wie PAR-Behandlung, orale Pathologie, orofaziale Schmerzen, Implantate, Tissue Engineering, chirurgische Endodontie, Lasertechnik, minimalinvasive Behandlung oder Amalgam.

Die Altstadt von Stockholm lockt zu abendlichen Besuchen nach einem langen Kongress-tag.



Foto: Wikipedia



Die FDI lädt zum Weltzahnärztekongress 2008 nach Stockholm ein.

Zusammenhang mit Allgemeingesundheit

Es gibt auch Themen, die den Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und allgemeiner Gesundheit ansprechen, zum Bei-

spiel Zähne und Gehirnfunktion oder Identifizierung von Patienten mit Risikofaktoren für koronare Herzkrankheiten. International bekannte Referenten werden diese vielfältigen Themen behandeln.

Ergänzt wird das wissenschaftliche Hauptprogramm durch viele Sonderveranstaltungen. So stellen die verschiedenen Komitees der FDI Arbeitsergebnisse oder thematische Schwerpunkte in elf Foren vor; es gibt Symposien verschiedener Fachgesellschaften, zum Beispiel der International Association of Paediatric Dentistry, der International Association of Dental Research oder der International Academy of Periodontology, und es gibt von Firmen organisierte Symposien, jeweils mit mehreren Referenten und Mög-



Foto: Archiv

Blick auf das Stadtpanorama

lichkeit zur Diskussion und Erfahrungsaustausch. Dazu kommen noch viele Kurzvorträge und Posterdemonstrationen. Insgesamt bietet damit der Stockholmer Kongress für jeden Zahnarzt ein wirklich interessantes und vielseitiges Programm.

Plattform für Begegnungen

Der FDI-Jahresweltkongress ist ebenfalls eine Plattform für eine Vielzahl von Begegnungen zwischen speziellen Interessengruppen und Mitgliedsorganisationen. Die FDI bestimmt hierbei den globalen Kontext für die Zahnmedizin und setzt sich bei den Regierungen und der Öffentlichkeit dafür ein, dass die Zahnmedizin als ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung angesehen und die Bedeutung der Mundgesundheit für die Verbesserung der Allgemeingesundheit der Bevölkerung erkannt wird. Das Weltparlament der Zahnärzte wird als feststehender Teil des Kongresses mit zahnmedizinischen Berufspolitikern aus zahlreichen Ländern ein Forum für die Erörterung wichtiger Themen mit globaler Bedeutung für die Zahnheilkunde bieten.

Die Dentalschau wird wie immer führende internationale Unternehmen aus der gesamten Welt und vor allen aus der Region zusammenbringen. Damit bietet sich den Angehörigen zahnärztlicher Berufe eine ausgezeichnete Gelegenheit, aktuelle Entwicklungen in der Dentaltechnologie kennen zu lernen und zu diskutieren.

Die Teilnehmer werden nicht nur von einem erstklassigen wissenschaftlichen Programm profitieren, sondern auch die Gelegenheit haben, Kollegen und Kolleginnen aus der ganzen Welt kennen zu lernen, alte Bekanntschaften zu erneuern und die warmherzige Gastfreundschaft sowie die wunderbaren Attraktionen dieser großartigen Stadt zu genießen. Ein Empfang der BZÄK für alle deutschen Teilnehmer mit Unterstützung von Sirona Dental ist geplant.

Die ständige berufliche Fortbildung ist ein wichtiger Bestandteil im Berufsleben jedes Zahnarztes. Für die FDI ist es deshalb wichtig, die „Excellence“ in der zahnmedizinischen Ausbildung zu fördern – dieser Kongress wird diesen Grundsatz auf überzeugende Weise demonstrieren. Für die Teilnahme am FDI-Kongress können 32 Fortbildungspunkte erworben werden.

*Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstr. 73
50931 Köln*

■ **Informationen zum Kongress entweder direkt bei der FDI World Dental Federation, 13, Chemin du Levant, l'Avant Centre, 01210 Ferney-Voltaire, Frankreich, www.fdiworldental.org oder über das Kölner Zahnärztehaus, Universitätsstr. 73, 50931 Köln, Tel.: 0221/4001 207, Fax: 0221/4001 214 oder zzq@zzq-koeln.de.**

Eine Sonderreise zum FDI-Kongress für Teilnehmer aus Deutschland bietet in Zusammenarbeit mit der BZÄK das Reisebüro Reeder in Tübingen an, Tel.: 07071/1594-11, Fax: 07071/1594-39.

Bekanntmachungen der KZBV

Zufälligkeitsprüfung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 106 Abs. 2b SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung) am 19.12.2007 beschlossen.

Mit Schreiben vom 28.05.2008 erklärte das Bundesministerium für Gesundheit die Nichtbeanstandung dieser Richtlinien.

Die Richtlinien treten gemäß § 11 der Richtlinien am 01.07.2008 in Kraft und werden hiermit veröffentlicht.

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
und
der Bundesverband der Ortskrankenkassen,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der Bundesverband der Innungskrankenkassen,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Knappschaft,
die Seekrankenkasse,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK, e.V.,
sowie der Angestellten-Ersatzkassen-Verband, AEV, e.V.**

beschließen die folgenden

**Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und der Spitzenverbände der Krankenkassen
nach § 106 Abs. 2 b SGB V
zum Inhalt und zur Durchführung der
Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V
(Zufälligkeitsprüfung)**

Gemäß § 106 Abs. 2b SGB V vereinbaren die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung):

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Richtlinien finden Anwendung auf die Zufälligkeitsprüfung der zahnärztlichen und zahnärztlich verordneten Leistungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte Einrichtungen), die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (z.B.: Hochschulambulanz gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140a ff. SGB V).

(2) Die Richtlinien sind allgemeiner Inhalt der regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs. 3 SGB V.

§ 2 Zuständigkeit

(1) Zuständig für die Durchführung der zahnarzt- und versichertenbezogenen Zufälligkeitsprüfungen sind die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4 SGB V.

(2) Die Zuständigkeit liegt im Falle kvz-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z).

(3) Im Falle kvz-bezirksübergreifender Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z liegt die Zuständigkeit bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie im Bezirk der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitsort erbrachten Leistungen.

§ 3 Umfang der Stichproben

(1) In die Zufälligkeitsprüfungen sind je Quartal mindestens 2 % der im Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 1 einzubeziehen (zahnarztbezogene Stichprobe).

(2) In die Bildung der Quote sind alle Leistungserbringer einzubeziehen, die zum letzten Tag des Prüfzeitraums mindestens seit vier Quartalen zugelassen oder ermächtigt waren.

(3) Die Vertragspartner nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V können die Bestimmung der zahnarztbezogenen Stichprobe nach bestimmten Leistungsmerkmalen vereinbaren.

Abweichend von Absatz 1 können für einzelne Stichprobengruppen abweichende Prüfquoten vereinbart werden. Die Quote nach Absatz 1 darf insgesamt nicht unterschritten werden.

§ 4 Bestimmung der Stichproben

Die Stichproben sind nach dem Zufallsprinzip zu bestimmen.

§ 5 Verfahren der Stichprobenziehung

(1) Die Ziehung der zahnarzt- und versichertenbezogenen Stichprobe erfolgt bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

(2) Das Nähere zum Verfahren der Stichprobenziehung vereinbaren die Vertragspartner nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

§ 6 Prüfzeitraum

(1) Die Zufälligkeitsprüfungen erfassen einen Zeitraum von mindestens einem Jahr. Der Prüfzeitraum endet mit dem vorletzten Abrechnungsquartal, das dem Quartal der Stichprobenziehung vorausgeht.

(2) Eine Prüfung unterbleibt, wenn der Zahnarzt oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung nach § 1 innerhalb eines zurückliegenden Zeitraums von zwei Jahren seit dem Tag der Stichprobenziehung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterlag.

§ 7 Prüfgegenstand

(1) Prüfungsgegenstand ist grundsätzlich das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen.

(2) Behandlungen für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der bewilligten Leistungen hinaus.

§ 8 Prüfkriterien

Wenn und soweit dafür Veranlassung besteht erfolgt die zahnarzt- und versichertenbezogene Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V anhand der Kriterien nach § 106 Abs. 2a SGB V.

§ 9 Nebeneinander von Prüfarten

(1) Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt unabhängig von bereits im Rahmen des § 106 oder 106a SGB V durchgeführten Prüfungen nach anderen Prüfarten.

(2) Die Zufälligkeitsprüfung kann Veranlassung geben, ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung nach § 106a Abs. 2 SGB V einzuleiten.

§ 10 Prüfvereinbarungen

Die Partner der Vereinbarungen nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V regeln das Nähere zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen.

§ 11 Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 01.07.2008 in Kraft und werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht.

Köln, Bonn, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg 19.12.2007

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

AOK-Bundesverband

BKK-Bundesverband

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Knappschaft

Seekrankenkasse

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 106a Abs. 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V (Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung) am 30.01.2008 beschlossen.

Mit Schreiben vom 28.05.2008 erklärte das Bundesministerium für Gesundheit die Nichtbeanstandung dieser Richtlinien.

Die Richtlinien treten gemäß § 13 Abs. 1 der Richtlinien am 01.07.2008 in Kraft und werden hiermit veröffentlicht.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Bundesverband der Ortskrankenkassen, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen die Knappschaft, der Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK, e.V., sowie der Angestellten-Ersatzkassen-Verband, AEV, e.V.

beschließen die folgenden

**Richtlinien
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und der Spitzenverbände der Krankenkassen
nach § 106a Abs. 6 SGB V
zum Inhalt und zur Durchführung der
Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen
nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V**

Gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a Abs. 2 SGB V (Abrechnungsprüfung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) sowie nach § 106a Abs. 3 SGB V (Abrechnungsprüfung der Krankenkassen):

I. Anwendungsbereich und Zuständigkeit

§ 1 Anwendungsbereich

Die Richtlinien finden Anwendung auf die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte Einrichtungen), die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erfolgen, es sei denn, die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (z. B.: Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140a ff. SGB V).

§ 2 Zuständigkeit

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind nach Maßgabe dieser Richtlinien zuständig für die Durchführung der in § 106a Abs. 2 SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen.

Die Zuständigkeit liegt im Falle kvz-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei der KZV des gewählten Vertragszahnarztes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z); im Falle kvz-bezirksübergreifender Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z liegt die Zuständigkeit bei der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie bei der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitsort erbrachten Leistungen. Anträge der Krankenkassen nach § 106 a Abs. 4 sind an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vor Ort zu stellen.

(2) Die Krankenkassen sind nach Maßgabe dieser Richtlinien zuständig für die Durchführung der in § 106a Abs. 3 SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen.

II. Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 106a Abs. 2 SGB V

§ 3 Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

(1) Die Abrechnungsprüfungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstrecken sich auf:

- die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung,
- die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sowie
- die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung.

(2) Der Prüfung der Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit geht die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung voraus; die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität schließt sich der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit an.

In die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität fließen die nach Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit korrigierten Daten ein.

§ 4 Gegenstand der Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung

Die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung nach § 3 Abs. 1 erster Spiegelstrich zielt auf die Feststellung, ob der Zahnarzt oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung zur Abrechnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung berechtigt ist.

§ 5 Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen

(1) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen nach § 3 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen, abgerechnet worden sind.

(2) Die Partner der Prüfvereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V sollen vereinbaren, dass die sachlich-rechnerische Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregele des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und / oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterstützt wird. Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erstellt.

Protokollnotiz:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informiert die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich über die Inhalte und Änderungen des BEMA-Moduls. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Krankenkassen schriftlich über den Einsatz des BEMA-Moduls.

(3) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen erstreckt sich nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

§ 6 Einordnung der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben sachlich-rechnerischer Prüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) dar, sondern ein besonderes Prüfverfahren, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte (§ 7) und vergleichender Betrachtungen die Plausibilität der Abrechnungen geprüft werden kann.

§ 7 Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Plausibilitätsprüfung

(1) In einem ersten Schritt überprüft die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Abrechnungen auf Auffälligkeiten hin, die eine weitere Prüfung der Plausibilität nach § 8 veranlassen können. Hierzu zählen insbesondere:

- Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen
- Ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit
- Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren
- Erhöhte Fallidentität bei kvz-bezirksübergreifenden Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z
- Ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung.

(2) Weitere Kriterien können von den Partnern der Prüfvereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V vereinbart werden.

§ 8 Durchführung weiterer Plausibilitätsprüfungen bei Abrechnungsauffälligkeiten

(1) Ergeben die Prüfungen nach § 7 Auffälligkeiten, so führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine weitere aufklärende Prüfung der Auffälligkeiten auf Plausibilität durch.

(2) Die weitere Prüfung hat zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob sich die nach § 7 festgestellten Auffälligkeiten erklären lassen und die Leistungen rechtmäßig im Sinne des § 5 Abs. 1 abgerechnet wurden.

(3) Ergibt die Plausibilitätsprüfung, dass die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen (Unplausibilität), so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung je nach Erfordernis ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung, ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V oder andere Maßnahmen einzuleiten.

(4) Nach Abschluss der Prüfverfahren unterrichtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

Hierzu teilt sie die Prüfergebnisse in den Fällen mit, in denen die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen. Ergänzend hierzu wird eine Übersicht über die relative Häufigkeit der daraufhin eingeleiteten Maßnahmen übermittelt.

III. Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V

§ 9 Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen

Die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen ist gerichtet auf:

1. das Bestehen und den Umfang der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers,
2. die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

3. die Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V einschließlich der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2 SGB V.

§ 10 Einordnung und Gegenstand der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

(1) § 6 dieser Richtlinien gilt entsprechend.

(2) Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung erfolgt für konservierend-chirurgische und für individualprophylaktische Leistungen.

Protokollnotiz:

Behandlungen für die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Plausibilität der Abrechnung, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der bewilligten Leistungen hinaus.

(3) Ergibt die Prüfung eine Auffälligkeit, führt die Krankenkasse eine weitere aufklärende Prüfung durch. Die weitere Prüfung hat zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob sich die festgestellten Auffälligkeiten erklären lassen.

(4) Ergibt die Prüfung die Unplausibilität der Abrechnung, so kann die Krankenkasse je nach Erfordernis die Fallunterlagen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Entscheidung über eine sachlich-rechnerische Berichtigung abgeben und eine solche beantragen oder ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V einleiten.

§ 11 Information der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die Krankenkassen unterrichten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen nach § 9 Nr. 2 und teilen die Prüfungsergebnisse in den Fällen mit, in denen die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen. Ergänzend hierzu wird eine Übersicht über die relative Häufigkeit der daraufhin eingeleiteten Maßnahmen übermittelt.

§ 12 Prüfvereinbarungen

Die Partner der Vereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V regeln das Nähere zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen einschließlich des Verfahrens der gegenseitigen Beantragung gezielter Prüfungen nach § 106 a Abs. 4 SGB V.

IV. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

§ 13

(1) Die Richtlinien treten am 01. Juli 2008 in Kraft und werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht.

(2) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogenen Plausibilitätsprüfungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für Zeiten vor Inkrafttreten dieser Richtlinien erfolgen nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten oder beschlossenen Vorschriften.

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Siegburg 30.01.2008

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

OK-Bundesverband

BKK-Bundesverband

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Knappschaft

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 120

SS White Burs

Kompositpolitur mit einem Instrument

Mit Jazz Supreme von SS White Burs lassen sich Kompositoberflächen ohne Instrumentenwechsel auf Hochglanz polieren. Die diamantierten Polierer sorgen je nach Druckanwendung für gezielten Materialabtrag oder natürlichen Glanz. Jazz Supreme ist wiederverwendbar, in vier Formen erhältlich und für alle zahnfarbenen Füllungsmaterialien geeignet. Alternativ gibt es ein zweistufiges (Jazz C2S) und ein System für die Einmalanwendung (Jazz C1S). Komplett wird Jazz durch Polierer



für Metall und alle Keramikoberflächen. Zur Auswahl stehen ein dreistufiges wiederverwendbares System (Jazz P3S) und ein zweistufiges Einmal-System (Jazz P2S). Alle diamantierten Polierer bestehen aus hitze- und farbbeständigem Kunststoff. Jazz P2S Keramikpolierer sind aus Silikon hergestellt, mit Siliziumkarbid als Abrasivstoff.

SS White Burs, Inc.
Basler Str. 115
79115 Freiburg
Tel.: 07 61 / 47 87 192
Fax: 07 61 / 47 87 191
E-Mail: info@sswhiteburs.de

J. Morita

Neuer Wurzelkanalsealer



Das selbstkonditionierende Zementierungskomposit Hybrid Root Seal von J. Morita Europe soll die Versiegelungsqualität im Wurzelkanal steigern. Es verschließt Wurzelkanal, Seitenkanälchen und Dentintubuli einfach und effizient gegen Bakterien und Flüssigkeiten – und zwar adhäsiv. Der Sealer bildet eine Hybridschicht in der Dentinoberfläche und erreicht damit einen dichten Verschluss und hohe

Haftkräfte. Im Gegensatz zu Vergleichsmaterialien entwickelt Hybrid Root Seal auch in mit Na-OCI vorbehandelten Wurzelkanälen noch eine Hybridschicht von 5 µm und kaum verminderte Haftkräfte. Ohne zusätzliche Primerapplikation lässt sich in einem Schritt auch bei moderater Feuchtigkeit eine starke Adhäsion am Dentin erreichen, da das Haftmonomer 4-META in Kombination mit einem hydrophilen Katalysator ausgestattet wurde.

J. Morita Europe GmbH
Justus-von-Liebig-Straße 27a
63128 Dietzenbach
Tel.: 0 60 74 / 836 - 0
Fax: 0 60 74 / 836 - 299
http://www.JMoritaEurope.com
E-Mail: Info@JMoritaEurope.com

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

bredent

Optimierte Rot-Weiß-Ästhetik



Mit Sky temp eröffnet bredent medical neue Möglichkeiten für noch mehr Ästhetik in der Implantologie. Das Kunststoffabutment ist in drei Durchmessern und einer Gingivahöhe von 3 mm erhältlich. Die Durchmesser mit 4,1, 5,5 und 7,0 mm orientieren sich an den anatomischen Durchmessern der natürlichen Zähne. Einerseits ist Sky temp die Basis für provisorische Versorgungen, die bei ausreichender Primärstabilität sofort nach der Implantation eingesetzt werden kann, um während der Ein-

heilphase die Gingiva optimal zu konditionieren. Andererseits kann es einfach zu einem Gingivaformer individualisiert werden. Mit beiden Vorgehensweisen wird die Rot-Weiß-Ästhetik für den Behandler besser prognostizierbar. Mit den Verblendschalen visio.lign und den passenden Kompositmaterialien von bredent medical kann der Zahntechniker auf dem Modell eine provisorische, ästhetisch akzeptable Krone herstellen. Der Zahnarzt kann sich allerdings auch entscheiden, diese Arbeiten chairside zu machen.

bredent medical GmbH & Co.KG
Weißenhorner Straße 2
89250 Senden
Tel.: 0 73 09 / 872 - 600
Fax: 0 73 09 / 872 - 635
http://www.bredent-medical.com
E-Mail: info-medical@bredent.com

Zimmer Dental

Vertrieb der Tutodent Membran



Zahnärzte können die Tutodent Membran der Tutogen Medical GmbH nun über Zimmer Dental beziehen. Das regenerative Material wird seit vielen Jahren als Barrieremembran in der Implantologie und der regenerativen Parodontologie eingesetzt, etwa bei Kieferkammaugmentationen mit Blöcken und partikulärem Material oder bei gesteuerter Geweberegeneration. Beide Unternehmen haben ihre vertriebliche Zusammenarbeit auch international intensiviert. Die Tutodent Membran bovines

Ursprungs zeichnet sich durch ihre Adaptierbarkeit an Oberflächenkonturen, die einfache Handhabung inklusive einer schnellen Rehydratisierung sowie die multidirektionale Festigkeit aus. Das mehrstufige Tutoplast-Verfahren, bei dem unerwünschte Bestandteile wie Zellen, Antigene und Pathogene schonend entfernt oder inaktiviert werden, erhält die regenerative Kollagenstruktur und somit die Gewebeintegrität der Membran.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Straße 23
79106 Freiburg
Tel.: 07 61 / 156 47 - 210
Fax: 07 61 / 156 47 - 290
http://www.zimmerdental.de
E-Mail: info@zimmerdental.de

EVIDENT

3D Vision jetzt in drei Versionen



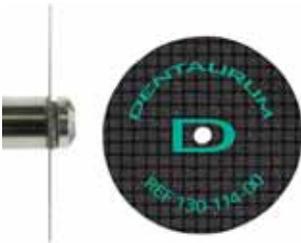
Die Visualisierungs-Software 3D Vision von Evident gibt es jetzt in drei Versionen. Mit der Light-Version lässt sich der 01-Befund erfassen, auf dieser Basis Zahnersatz planen und beides in hochauflösenden Grafiken visualisieren. Die Medium-Version leistet zusätzlich eine Gesamtkostenübersicht sowie eine Patientenauswahl, die das Spei-

chern von Befund und ZE-Alternativen unter dem Patientennamen ermöglicht. Komplett wird die Produktreihe durch die Vollversion 3D Vision Professional, die zusätzlich mit detailliertem Kostenvoranschlag und Kostenvergleich für bis zu drei ZE-Pläne inklusive 3D-Druck sowie der Integration von Laborpreisen überzeugt. Medium und Professional lassen die Übergabe von Patientendaten von verschiedenen Verwaltungsprogrammen zu.

*EVIDENT GmbH
Berlinstraße 107a
55411 Bingen
Tel.: 0 67 21 / 96 36 - 0
<http://www.evident.de>
E-Mail: info@evident.de*

DENTAURUM

Echt scharf und superdünn



Das zahntechnische Produktprogramm der Dentaurnum-Gruppe umfasst große und kleine Trennscheiben in verschiedenen Stärken. In der größeren Ausführung mit 40 mm Durchmesser stehen Trennscheiben von 0,5 bis 1,0 mm Stärke zur Verfügung. Bei den kleineren Durchmessern werden sie in 1,0 / 0,5 / 0,3 und neuerdings auch in 0,2 mm Stärke angeboten. Gerade bei solch dünnen Trennscheiben war die Bruchgefahr bisher hoch.

Anders bei der nun vorliegenden, faserverstärkten Ausführung: Hohe Standfestigkeit, minimale Bruchgefahr und ein extrem dünner Trennschleifspalt tragen zur Wirtschaftlichkeit bei. Besonders beim Bearbeiten von Edelmetall wirkt sich dieser Effekt kostensparend aus. Die größeren Trennscheiben beweisen ihre Effektivität auch in den dünneren Ausführungen beim Trennen von starken Gusskanälen, wie dies beim Modellguss üblich ist.

*DENTAURUM
J. P. Winkelstroeter KG
Turnstraße 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31 / 803 - 0
Fax: 0 72 31 / 803 - 295
<http://www.dentaurum.de>
E-Mail: info@dentaurum.de*

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

Sirona

Das schönste Behandlungszimmer



Mit dem im Januar bundesweit ausgeschriebenen Wettbewerb „Sirona Räume“ suchte Sirona das schönste und am besten gestaltete Behandlungszimmer im Land. Unzählige Einsendungen gingen ein – und nun steht die Entscheidung der sechsköpfigen, unabhängigen Fachjury fest: „Das Team der Bocholter Gemeinschaftspraxis von MSc Christina Rage und MSc Gudbjartur Holm hat seine Sirona Behandlungseinheiten mit viel ästhetischem und ergonomischem Sachverstand in die Praxis integriert.“ Jury-Mitglied Prof.

Tino Melzer erläutert die Entscheidung: „Die Geräte sind hier gut integriert und das Zusammenspiel von Formen, Farben und Material ist konsequent und wirkungsvoll, so dass die Behandlung unter einem optimalen Workflow erfolgt und die Patienten sich wohlfühlen können.“ Der Gewinner des Wettbewerbs darf sich auf ein exklusives langes Wochenende in Barcelona freuen. Da es sehr viele gute Einsendungen gab, hat Sirona auch einen zweiten und dritten Preis vergeben.

*Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51 / 16 29 01
Fax: 0 62 51 / 16 32 60
<http://www.sirona.de>
E-Mail: caroline.gommel@sirona.de*

Dr. Ihde Dental

Hoch entwickelter Glasionomerzement



Ihdent GIZ fil Typ II von Dr. Ihde Dental vereint die Vorteile klassischer

Vorteile klassischer Glasionomerzemente mit den Eigenschaften eines qualitativ hochwertigen Materials. Er überzeugt durch Druckfestigkeit und Farbbeständigkeit sowie die gute Polierbarkeit, die zu ästhetischen Ergebnissen führt. Zudem haftet GIZ fil Typ II gut, ist biokompatibel und einfach in der Handhabung. Die hohe Selbstadhäsion des Werkstoffes zu Dentin und Schmelz und seine schnellhärtenden Eigenschaften garantieren kürzere Behandlungszeiten

als bisher. Die kontinuierliche Fluoridfreisetzung remineralisiert die Zahnschubstanz zugunsten der Kariesinhibition. Zu den Indikationen zählen Zahnfüllungen der Klassen III und V sowie prothetische und kieferorthopädische Befestigungen. Ihdent GIZ fil Typ II eignet sich zugleich für Unterfüllungen von Composites in der Sandwich-Technik und zur Behandlung kariöser Läsionen im Wurzelbereich sowie zur Fissurenversiegelung.

*Dr. Ihde Dental
Erfurter Straße 19
85386 Eching
Tel.: 0 89 / 31 97 61 - 0
Fax: 0 89 / 31 97 61 - 33
<http://www.ihde-dental.de>
E-Mail: info@ihde-dental.de*

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

Coltène/Whaledent

Weitblick mit Kaltfüllmaterial



Mit GuttaFlow wurde ein neuartiges Füllsystem für die Obturation von Wurzelkanälen entwickelt, das zwei Produkte vereint: Guttapercha und Sealer. GuttaFlow ist die erste nicht erwärmte, fließfähige Guttapercha, die nicht schrumpft. Sie erlaubt einfaches Handling, da nur ein Masterpoint benötigt wird; Kondensation ist nicht erforderlich. GuttaFlow verfügt über gute Fließ Eigenschaften, die eine optimale Verteilung im Wurzelkanal ermöglichen. Dabei ist es gewebe-

verträglich, gut röntgensichtbar und für ein Retreatment problemlos entfernbar. Zudem gewährleistet es einen dichten Verschluss des Wurzelkanals. Das Applikationssystem ermöglicht eine sichere und hygienische Handhabung. Die Spezialkapsel zum Einmalgebrauch garantiert eine exakte Dosierung und gutes Mischen. Weitere Infos und Studien sind bei Coltène/Whaledent telefonisch unter 07345/805-670 oder per Fax unter 07345/805-259 erhältlich.

*Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 805 - 670
Fax: 0 73 45 / 805 - 259
E-Mail:
productinfo@coltnewhaledent.de*

Henry Schein

Europa Cup 2008 hat Tradition

Anspruchsvolle Golfplätze, gute Stimmung und eine gute Organisation – mit dieser Mischung geht das dentale Golfturnier der Henry Schein



Dental Depot GmbH in die sechste Runde. Der Henry Schein Europa Cup 2008 eröffnet am 21. Juni in den Regionen Köln und Berlin. Es folgen weitere Termine am 28. Juni in Hamburg, am 5. Juli in München, am 19. Juli in Stuttgart und am 23. August in Frankfurt. Die sechs Qualifikationsturniere entscheiden zunächst wieder über die Teilnahme am Deutschland-Finale in St. Leon Rot am 13. September. Auf einem exklusiven und landschaftlich reizvollen Golfplatz in Südeuropa treffen die deutschen

Sieger dann am 11. Oktober auf die Finalisten aus weiteren europäischen Ländern zu einem spannenden Europa-Finale. Die Turnierreihe richtet sich an Golf spielende Zahnärztinnen und Zahnärzte, Laborinhaber/innen sowie Assistenz Zahnärzte und -ärztinnen mit einem Handicap bis 36. Broschüre und Anmeldeunterlagen können per Mail unter golf@henryschein.de oder telefonisch unter 040 / 611 840 12 angefordert werden.

*Henry Schein Dental Depot GmbH
Pittlerstraße 48 - 50
63225 Langen
Tel.: 0 18 01 / 40 00 44
Fax: 0 80 00 / 40 00 44
<http://www.henryschein.de>
E-Mail: info@henryschein.de*

Ultradent Products

Versiegelungen, die funktionieren



Das Versiegelungssystem UltraSeal XT plus von Ultradent Products wurde weiter verbessert: Zwischen Schmelz-Ätzung und Versiegler-Auftrag kommt PrimaDry zur Anwendung. Diese Primer-Flüssigkeit nimmt die letzten Feuchtigkeitsreste aus der Fissur und führt zu einer guten Benetzung durch den Versiegler. Die Applikation von Ultra-Etch, PrimaDry und UltraSeal XT plus erfolgt durchweg mithilfe von durchdachten Spritzenansätzen: Der InSpiral-Bürstenansatz für Ätzgel und Ver-

siegler setzt die Viskositäten leicht herab und erlaubt dank feiner Borsten das tiefe Einbürsten in die Fissuren. Die Vorteile der Spritzenapplikation wird bei Versiegelungsmaßnahmen besonders deutlich: Sie ermöglicht ein ruhiges, kontinuierliches Auftragen. UltraSeal XT plus ist ein zu 58 Prozent gefüllter Versiegler. Dies vermindert die Polymerisations-schrumpfung, die Versiegelungen werden stabil und dauerhaft. Der hohe Fülleranteil ist nur möglich, weil die Fließfähigkeit dennoch durch den InSpiral-Bürstenansatz mit seiner inneren Spiralführung sichergestellt werden kann.

*Ultradent Products
Am Westhover Berg 30
51149 Köln
Tel.: 01 80 / 10 00 - 788
Fax: 01 80 / 10 00 - 790
<http://www.updental.de>
E-Mail: info@updental.de*

Ivoclar Vivadent

IPS e.max CAD LT unter den Top zehn



IPS e.max CAD LT wurde 2007 von den Lesern der amerikanischen Zeitschrift „Dental Lab Products“ unter die innovativsten und einflussreichsten zehn Produkte der Dentalbranche gewählt. Dies ist ein großer Erfolg, da innerhalb eines Jahres fast 400 Dentalprodukte in diesem Magazin vorgestellt werden. Je-

der der zwölf Ausgaben wurde eine Product Information Card beigelegt, mittels der das Interesse an den einzelnen Neuheiten gemessen werden konnte. Außerdem konnten die Leser ihre Favoriten per Internet auswählen. Mit dem Einsatz von IPS e.max CAD LT Blöcken werden Produktionszeiten verkürzt, die Effizienz erhöht und gleichzeitig die Qualität des Endergebnisses erhalten oder gesteigert.

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

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

BEGO

Dienstälteste Fornax ermittelt

Wer hat die älteste „Fornax“ im Einsatz? Zum 30. Geburtstag der Gusschleuder rief Bego ein Gewinnspiel ins Leben. Gewonnen hat das Dentallabor Rott Zahntechnik in Pfarrkirchen: Eine „Fornax“ verrichtet seit 28 Jahren treue Dienste im Niederbayerischen. Bis heute wurde mit ihr zirka eine Tonne EMF-Legierung gegossen. Sepp Enziger, ein Mitarbeiter des Labors, arbeitet auch heute noch täglich mit der Gusschleuder: „Unsere Fornax ist ständig und verlässlich im Einsatz. Heute sogar mehr denn je, weil der EMF-Anteil wächst.“ Der Hauptgewinn, ein iPod nano 4GB samt



Docking Station, findet seinen Platz in der gemütlichen Espresso-Lounge des Labors. Gewonnen haben außerdem das Dentallabor Hazer in Köln, das Dalsgaard Dental Lab in Dänemark, das Zahntechnische Labor in Berlin, Tannteknik A/S aus Norwegen sowie Nikolaos Roussos aus Griechenland. Diese Gewinner können sich über einen iPod Shuffle freuen.

*BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Technologiepark Universität
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 - 261
Fax: 04 21 / 20 28 - 44 261
E-Mail: koenecke@bego.com*

Dürr Dental

Handykamera mit Handauslösung

Die neue VistaCam CL.iX von Dürr Dental ist angenehm ergonomisch geformt und lässt sich intuitiv bedienen: Mit ein und derselben Hand wird die Kamera geführt und ein Bild ausgelöst. Ein breiter Rundum-Sensor umfasst das Handstück im vorderen Bereich wie ein Ring und reagiert auf seiner gesamten Oberfläche auf leichten Druck. Nach erfolgreicher Aufnahme antwortet das System mit einem dezenten Vibrieren, das signalisiert, dass das Bild festgehalten wurde – entsprechend dem Klicken beim normalen Fotografieren. Durch kurzes Drehen am Handstück können



die Bereiche „Extraoral“ für Portraits und Lachlinienaufnahmen, „Intraoral“ zur Darstellung des Zahnstatus und „Makro“ für maximale Vergrößerung eingestellt werden. Blende und Focus ändern sich bei diesem so genannten Dürr IFC-System automatisch. Ebenso einfach ist das Umschalten zwischen seitenrichtiger und seitenverkehrter Darstellung per Daumendruck.

*Dürr Dental GmbH & Co. KG
Höfingheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 - 440
Fax: 0 71 42 / 705 - 441
<http://www.duerr.de>
E-Mail: kaiserauer.d@duerr.de*

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

Nobel Biocare

Neue Leitung Marketing und Vertrieb

Nobel Biocare Deutschland hat sich auf der Führungsebene neu aufgestellt. Die Position des Leiters Marketing wurde neu besetzt, die Position des Sales Manager Germany neu geschaffen. Arno Wagner (Foto rechts) bekleidete bereits seit 2004 eine leitende Funktion im Vertriebsmanagement bei Nobel Biocare und zeichnet seit März 2008 für den Bereich Marketing verantwortlich. Der diplomierte Ingenieur kann auf 16 Jahre Erfahrung im Gesundheitsmarkt sowie acht Jahre Erfahrung im Marketing verweisen. Joachim Pappelau (Foto links) leitet als Sales Manager



Germany den bundesweiten Außendienst der Nobel Biocare Deutschland GmbH. Der Diplom-Betriebswirt verantwortet bereits seit April 2006 die Verkaufsgebiete Süd-, Zentral- und Ostdeutschland.

*Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 - 0
Fax: 02 21 / 500 85 - 333
<http://www.nobelbiocare.com>
E-Mail: sandra.vonschmudde@nobelbiocare.com*

IMEX

Birma-Hilfsprojekt gestartet



Es war reiner Zufall, dass Alexandra Oberbeckmann ihren Urlaub zu dem Zeitpunkt in Birma verbrachte, als der Zyklon Nargis am 2. Mai unweit entfernt im Deltagebiet eine Schneise der Verwüstung hinterließ. Die Entscheidung, gemeinsam mit ihrem Ehemann Jan Dirk Oberbeckmann, dem geschäftsführenden Inhaber der Imex Dental und Technik GmbH, war schnell getroffen: Neben privaten Spenden wurde sofort ein Hilfsprojekt

für Birma gestartet. Für jeden Zahn, der bei dem Essener Dentallabor Imex in Auftrag gegeben wird, spendet das Unternehmen einen Euro für die Johanniter-Hilfsaktion „Zyklon Birma“. Die Aktion soll zunächst bis Ende des Jahres laufen. Zusammen mit dem Technischen Hilfswerk fliegt die Johanniter-Stiftung Nahrung und Hilfsgüter, wie Medikamente, Verbandsmaterial und Moskitonetze, nach Birma ins Krisengebiet.

*IMEX Dental und Technik GmbH
Bonsiepen 6 - 8
45136 Essen
Tel.: 08 00 / 877 62 26
Fax: 02 01 / 749 99 - 24
<http://www.imexdental.de>
E-Mail: info@imexdental.de*

DENTSPLY Friadent

Kunststoff-Shuttle für Implantate



Einfache Entnahme des Implantats und höchste Sicherheit in jeder Phase der Behandlung ermöglicht die neue Verpackung, mit der Dentsply-Friadent seit Mai nach und nach die Implantatmarken Ankylos, Xive und Frialit sowie die Frios Produkte für die Augmentation einkleidet. Durch einen neu gestalteten Träger, das sogenannte „Implantat Shuttle“, kann das Implantat nun intraoperativ

mühelos und berührungslos von der Assistentin zum Implantologen gereicht werden. Dank dieses Kunststoffhalters bleibt es nicht nur geschützt, sondern auch kontaminationsfrei. Das Kunststoff-Shuttle ist zweifach steril in Blisterpackungen versiegelt, was in jeder Phase der Behandlung für Sicherheit sorgt.

DENTSPLY Friadent
Friadent GmbH
Steinzeugstraße 50
68229 Mannheim
Tel.: 06 21 / 43 02 - 000
Fax: 06 21 / 43 02 - 001
<http://www.dentsply-friadent.com>
E-Mail: info@friadent.de

CAMLOG

Highlights im Fortbildungskalender

Die Camlog Competence Tour macht am 27. Juni 2008 in München, am 26. September 2008 in Hamburg und am 10. Oktober 2008 in Düsseldorf Station.



Dabei werden elementare Empfehlungen in der Implantologie diskutiert. Anerkannte Experten aus Zahnmedizin und Zahntechnik werden wissenschaftlich fundierte Praktiken erläutern. Die Vorträge sollen durch praktische Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer be-

reichert werden, wodurch Tipps nachvollziehbar weitergegeben werden können. Die Veranstaltungen sind jeweils auf einen Freitag-nachmittag und -abend terminiert. Weitere Informationen und Details sind telefonisch unter 07044 / 9445-603 erhältlich.

CAMLOG Vertriebs GmbH
Maybachstraße 5
71299 Wimsheim
Tel.: 0 70 44 / 94 45 - 100
Fax: 08 00 / 94 45 - 000
<http://www.camlog.com>



Nr. 12/2008

Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 7. 7. 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:

- BEGO** – Dienstälteste Fornax ermittelt (S. 118)
- bredent** – Optimierte Rot-Weiß-Ästhetik (S. 114)
- CAMLOG** – Highlights im Fortbildungskalender (S. 120)
- Colène/Whaledent** – Weitblick mit Kaltfüllmaterial (S. 116)
- DENTAURUM** – Echt scharf und superdünn (S. 115)
- DENTSPLY Friadent** – Kunststoff-Shuttle für Implantate (S. 120)
- Dr. Ihde Dental** – Hochentwickelter Glasionomerezement (S. 116)
- Dürr Dental** – Handykamera mit Handauslösung (S. 118)
- EVIDENT** – 3D Vision jetzt in drei Versionen (S. 115)
- Henry Schein** – Europa Cup 2008 hat Tradition (S. 116)
- IMEX** – Birma-Hilfsprojekt gestartet (S. 118)
- Ivoclar Vivadent** – IPS e.max CAD LT unter den Top 10 (S. 117)
- J. Morita** – Neuer Wurzelkanalsealer (S. 114)
- Nobel Biocare** – Neue Leitung Marketing und Vertrieb (S. 118)
- Sirona** – Das schönste Behandlungszimmer (S. 116)
- SS White Burs** – Kompositopolitur mit einem Instrument (S. 114)
- Ultradent Products** – Versiegelungen, die funktionieren (S. 117)
- Zimmer Dental** – Vertrieb der Tutodent Membran (S. 114)

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, jr; 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.

Mitgliedern einer Zahnärztekammer empfehlen wir, sich bezüglich einer Änderung der Lieferanschrift direkt an die Bundeszahnärztekammer unter Tel. 030/40 00 51 22 zu wenden.

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.



IA-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 Ohmann, Tel. (0 22 34) 70 11-218
Ohmann@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

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 1. Quartal 2008:

Druckauflage: 81 717 Ex.

Verbreitete Auflage: 80 504 Ex.

98. Jahrgang

ISSN 0341-8995

Schmidt auf dem Hauptstadtkongress

Mehr Geld für Ärzte und Kliniken



Foto: wikipedia

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat ihre Forderungen nach mehr Geld für niedergelassene Ärzte und Kliniken bekräftigt. „Wir brauchen dringend höhere Honorare für Vertragsärzte“, sagte die Ministerin einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts zufolge zur Eröffnung des Hauptstadtkongresses „Medizin und Gesundheit“ am 4. Juni in Berlin. Dies sei vor allem deswegen nötig, weil künf-

tig das Krankheitsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen übergehe und damit die bisherige Deckelung der Honorare beendet werde. Auch den Krankenhäusern versprach Schmidt mehr Geld. Bei der Berechnung des künftigen Einheitsbeitragsatzes für die Krankenkassen werde dies mit berücksichtigt. Schmidt stellte klar: „Kostensteigerungen für das Gesundheitswesen im nächsten Jahr sind politisch gewollt.“ Sie konkretisierte ihr bereits beim Deutschen Ärztetag in Ulm angekündigtes Vorhaben, ein Förderprogramm für die Kliniken anzustrengen. Zugute kommen soll die Initiative vornehmlich den Pflegekräften. Sie gab jedoch zu verstehen, dass das zusätzliche Geld nicht mit „der Gießkanne“ verteilt werden solle, sondern gezielt eingesetzt werde. pr/DÄB

Foto: MEV

BZÄK zum Weltnichtrauchertag

Intervention in der Zahnarztpraxis

Mit jährlich 10 000 Krebsneuerkrankungen der Mundhöhle und einer nach wie vor schlechten Prognose müsse die Aufklärung über das Risiko Rauchen Teil der zahnärztlichen Beratung sein, forderte BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai.

Basis für eine gute Mundgesundheit und die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten: Raucher hätten nicht nur ein erhöhtes Krebsrisiko, sondern vermehrt schwere Parodontalerkrankungen. „Wer raucht, verliert seine Zähne früher“, bestätigt Oesterreich.



Der Zahnarzt spielt laut BZÄK bei der Raucherentwöhnung eine zunehmend wichtigere Rolle: Insgesamt 76 Prozent der Erwachsenen und 66 Prozent der Jugendlichen gingen regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle, durchschnittlich 90 Prozent der in der DMS IV Befragten immer zum selben Zahnarzt. Dieses Vertrauensverhältnis sei

Die BZÄK hat mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg zum Auftakt der Kampagne „Rauchfrei 2008“ das Faktenpapier „Rauchen und Mundgesundheit“ veröffentlicht. jr/pm

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. 12**
 2008

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- P. W. Kämmerer: Halszyste (S. 36) Literaturliste
- J. Kowollik: Periimplantäre Erkrankungen (S. 40) Literaturliste
- J. Reichert: Schlaganfall (S. 50) zm-Beitrag aus zm 02/06
- G. Schmalz: Gutachten zu Amalgam (S. 102) Literaturliste
- S. Theisen: Datenschutz (S. 98) Empfehlungskatalog

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

Bundesregierung beschließt

Neue Strategie für Kindergesundheit

Die Bundesregierung hat eine Strategie gegen die teils stark angestiegenen Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen beschlossen. Primär geht es darum, unter Heranwachsenden die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

„Ein gesundes Kind hat bessere Chancen, bis ins hohe Alter gesund zu bleiben“, sagte Bundesgesundheitsministerin Ulla

Kinder unter drei Jahren mit dem Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ besser schützen.

■ Unfälle im Heim- und Freizeitbereich sowie im Straßenverkehr sollen durch verschiedene Maßnahmen weiter verringert werden, ebenso Risiken aufgrund von Umweltbelastungen und Arzneimitteln.

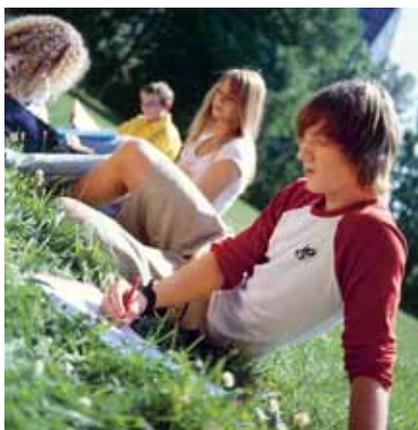


Foto: MEV

Schmidt. Mit der neuen Strategie bündelt die Bundesregierung verschiedene Initiativen. Geplant sind laut BMG zudem ein kontinuierliches Gesundheitsmonitoring und gezielte Forschung. Zentrale Handlungsfelder sind:

■ Schwerpunkte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfschutz, Nichtraucherchutz und Alkoholmissbrauch sowie Fehlernährung und Bewegungsmangel.

■ Vor Vernachlässigung und Misshandlung will die Regierung

Ausgangspunkt der Strategie sind die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). jr/pm

■ Weitere Infos gibt es unter <http://www.kiggs.de> und <http://www.bmg.bund.de>.

GOZ-Novelle

BMG hält am Zeitplan fest

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) geht davon aus, den bestehenden Zeitplan zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einzuhalten. In einem Schreiben vom 26. Mai an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses teilt die Parlamentarische Staatssekretärin Marion Caspers-Merk mit: „Derzeit sind noch einige Grundsatzfragen zur GOZ-Novellie-

rung zu klären, insbesondere zur Höhe des mit einer GOZ-Novelle angestrebten Honorarzuwachs. Nach Klärung dieser Fragen wird der Referentenentwurf einer GOZ-Novelle voraussichtlich bis Juli 2008 versandt werden können.“ Weiter geht Caspers-Merk davon aus, die GOZ-Novelle könne „nach derzeitigem Stand in der ersten Jahreshälfte 2009 in Kraft treten“. BZÄK

Großbritannien

Geldschwemme bringt Probleme

Staatliche britische Krankenhäuser haben im vergangenen Jahr einen Rekord-Überschuss von umgerechnet rund 4,8 Milliarden Euro erwirtschaftet. Dies geht aus aktuellen Zahlen des Londoner Gesundheitsministeriums hervor. Folge der Geldschwemme: In vielen Kliniken werden jetzt die zuständigen Finanzmanager bestraft, weil sie „zu erfolgreich“ gearbeitet haben. Grund für den Rekord-Überschuss sind nach Angaben britischer Ärzte- und Krankenpflegerverbände effizientere Arbeitsweisen und besseres Klinikmanagement. Freilich: Das Londoner Gesundheitsministerium verlangt von den NHS-Krankenhäusern, dass diese „kostendeckend“ und „finanziell verantwortlich und angemessen“ wirtschaften. Größere Etatüberschüsse sind nach Meinung des Gesundheitsministeriums falsch. Deshalb geben viele Staatskliniken kurz vor



Foto: PD

Ende des Finanzjahres große Summen Geld aus, um den Überschuss künstlich zu reduzieren. Britische Berufsverbände der Ärzte und der Krankenschwestern und -pfleger verlangen jetzt, dass ein Teil der Überschüsse dazu verwendet wird, ärztliche Einkommen zu verbessern. Die seit 1997 im Amt befindlichen Labour-Regierungen haben die Gesundheitsausgaben in den vergangenen elf Jahren mehr als verdoppelt. Diese Geldspritze ist nach Einschätzung gesundheitspolitischer Beobachter ein wichtiger Grund für den jetzt gemeldeten Überschuss. pr/ast

BZÄK -Beschluss zum Basistarif

Kein Wegbereiter der Einheitskasse

Die BZÄK lehnt weiterhin jede Einbindung des Basistarif-Versicherten in die körperschaftlichen Strukturen ab. Das beschloss der Vorstand auf seiner Klausurtagung am 30. und 31. Mai in Aerzen. Der Vorstand der KZBV hatte das BZÄK-Präsidium über den aktuellen Sachstand zum Basistarif informiert und seine Positionen erläutert. Die BZÄK verwies vor diesem Hintergrund auf die Auffassung von BZÄK und KZBV zur Arzt-Patientenbeziehung, zur Rechtstellung des Privatversicherten und besonders zum Primat der Kosten-

erstattung. Der Vorstand bekräftigte seinen Beschluss vom 2. 4. 2008, bei allen Verhandlungen zum Basistarif nur die aus dem Gesetz abzuleitenden verpflichtenden Vereinbarungen zu treffen und den Grundsatz der Kostenerstattung auf keinen Fall aufzugeben. Der Tarif dürfe nicht zum Wegbereiter der Einheitsversicherung in Deutschland werden. Der Vorstand der BZÄK betonte die Notwendigkeit eines kontinuierlichen und zeitnahen Informationsaustausches zwischen den beiden Spitzenorganisationen. BZÄK

IWiG-Studie**Rationierung nicht notwendig**

Eine Rationierung von medizinischen Leistungen, wie zuletzt auf dem Deutschen Ärztetag in Ulm diskutiert, ist vordergründig nicht notwendig. Das habe eine hauseigene Studie ergeben, schreibt das Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) der Fachhochschule Gelsenkirchen.



Foto: stockdisc

Schon eine effizientere klinische Dokumentation könne fast vier Milliarden Euro einsparen. Die Studie untersuchte das Schnittstellenmanagement am Beispiel eines Behandlungspfades speziell zur Analyse der klinischen Doku-

mentation und der damit verbundenen Datenredundanz in den Institutionen. Allein für ein Krankenhaus mit 10 000 Behandlungsfällen im Jahr ermittelte die IWiG-Studie ein Einsparpotenzial von 1,2 Millionen Euro. Bei Betrachtung der gesamten Versorgungskette könnten Einsparungen bis zu 3,2 Millionen

Euro erzielt werden, so das Institut. Langfristig senke die Optimierung an den Schnittstellen wie Krankenhaus, Reha, Hausarzt und Facharzt, nicht nur die Kosten, sondern steigere auch die Behandlungsqualität für den Patienten. Das Institut sieht die prak-

tische Umsetzung als eine Anforderung für die nahe Zukunft im deutschem Gesundheitswesen.

pit/jr/pm

■ Weitere Informationen unter: <http://www.iwig-institut.de>

Morbiditätsorientierter RSA**Zuordnung im Zeitplan**

Das Bundesversicherungsamt hat den Spitzenverbänden der Krankenkassen seine Vorstellungen zu weiteren Grundlagen für die Berechnung der Zuweisungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zur Kenntnis gegeben.

Dabei ginge es insbesondere um das Klassifikationssystem. Das sei „entscheidend für die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen und somit für die Ermittlung der Zuweisungen, die

Krankenkassen ab 2009 aus dem Gesundheitsfonds erhalten“, sagte der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken. Das Bundesversicherungsamt sei damit seiner Verpflichtung aus der Risikostrukturausgleichsverordnung nachgekommen. Die Verbände haben bis zum 20. Juni Gelegenheit, sich zu den Vorstellungen des Amtes zu äußern. Am 1. Juli soll die endgültige Festlegung erfolgen. ck/pm

Hausarztzentrierte Versorgung**Barmer lässt Vertrag auslaufen**

Die Barmer Ersatzkasse will den Hausarztvertrag mit der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft zum Jahresende auslaufen lassen. Die BEK wolle aber weiter an der hausarztzentrierten Versorgung festhalten und plane, ein neues Vertragsmodell mit stringenteren Verpflichtungen der teilnehmenden Hausärzte auszuschreiben. Das haben einem Bericht der „Ärzte Zeitung“ zufolge der Vorstand und der Hauptausschuss der Kasse beschlossen. Die Barmer hatte als erste Kasse einen bundesweiten Vertrag mit der Vertragsgemeinschaft des Hausärzterverbandes geschlossen. Dieser bezog auch Apotheker mit ein. Das hatte laut Zeitung den Vorteil einer Anschubfinanzierung aus der Integrationsversorgung. Das Bundessozialgericht



Foto: CC

sah genau das jedoch als unzulässig an und verurteilte die Kasse zur Rückzahlungen an KVen und Kliniken. Das Urteil sei nicht maßgeblich für die Kündigung gewesen, so BEK, sondern die nicht hinreichend stringente Ergebnisorientierung. Für die teilnehmenden Ärzte bedeute die Kündigung ab dem kommenden Jahr zunächst beachtliche Honorareinbußen. jr/ÄZ

Gemeinsamer Bundesausschuss**Organisationsstruktur gestrafft**

Der Gesetzgeber hatte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit der letzten Gesundheitsreform eine straffere Organisationsstruktur vorgeschrieben. Ab Juli wird die umgesetzt: So erhält das Gremium anstelle des ehrenamtlichen jetzt einen hauptamtlichen Vorstand mit einem Vorsitzenden und zwei Stellvertretern. Künftig trifft eine gemeinsame Kammer mit fünf (statt wie bisher 21) Vertretern der Krankenkassen, je zwei Vertretern von DKG und KBV, einem Vertreter der KZBV sowie dem hauptamtlichen Vorstand sämtliche Entscheidungen – unabhängig davon, ob es sich um Leistungen der vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen,

psychotherapeutischen oder stationären Versorgung handelt. Zudem beraten fünf nach wie vor nicht stimmberechtigte Patientenvertreter in den Sitzungen. Zurzeit berät der GBA mit dem Bundesgesundheitsministerium über eine von ihm erarbeitete Geschäftsordnung. Zu den vordringlichen Entscheidungen des neuen Ausschusses solle dann die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gehören, sagte Dr. Rainer Hess, der ab Juli als Hauptamtlicher Vorsitzender weiter arbeiten will.

Diese Regelung muss bis 2009 umgesetzt sein – inklusive der Auswahl geeigneter Zweitmeinungsärzte durch die KVen.

pit/pr/ÄZ

Illu.: Wriedenroth



Auf zum Erfolg

Kolumne

Freude am Leben

Katzen haben bekanntlich sieben Leben. Und wir Menschen, das verdanken wir der elektronisch-virtuellen „Nebel-Nebenwelt“, immerhin schon zwei. Second Life, schön, schön! Für die Stubentiger gilt das Ganze aber sieben Mal hintereinander. Wir Zweibeiner müssen uns mit Original und Duplikat parallel abplagen. Schön blöd!

Doch jetzt kommt es: Die Phantasie der Web.2.0-Entwickler dieser Welt hat wirklich Großes vor. Die EDV prognostiziert Lebensverlängerung. Jeder von uns erhält künftig, quasi als Geburts Geschenk – also Sie und ich nicht mehr, wir sind ja schon länger da – sein „Personal Data Depot“. Vielleicht sogar vom großen Bruder Google! Der hat jetzt in Amerika jedem Google-Health angetan. Das ist ein virtueller Eimer, in den schmeißen wir alles, was für unsere medizinische Versorgung wichtig sein kann. So eine elektronische Gesundheitskarte für ganz Arme. Und wenn wir selbst beim Onkel Doktor nicht mehr „Piep“ sagen können, dann kann der sich den Google-Eimer auf den virtuellen Schreibtisch schütten und sich

alles Relevante zurecht „puzzeln“. Danke, Google! Aber auch das ist noch nicht alles: Das „Personal Data Depot“ kann, so wir mit Kamera-Auge, Handheld-PC und Sensoren ausgestattet durch unser Leben wandern – Sie wissen schon: „I Robot“ – uns auch gleich warnen, wenn wir trotz hohem Blutzucker wieder ins Schokoladen-Regal greifen oder, statt nur Karten zu spielen, zu oft am Bierglas nippen. Ich mag mir gar nicht vorstellen, mit welcher Stromspannung diese Warnung dann einschlägt! Und damit das Ganze auch seinen lebensbejahenden Charakter behält, schlägt sich mein „Avatar“ –

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de.**

ja genau, der virtuelle Pykniker, der sich für mich durch das „Second Life“ kämpft – zwischenzeitlich bis zum Web-Doktor durch. Und der malt mir dann mit klugen Programmen aus, wie ich in zwanzig Jahren aussehe, wenn ich so weiter mache, wie bisher. Das ist Lebensfreude pur. Oder sollte ich doch lieber mit dem Dalai Lama reden und mein nächstes Leben als Katze arrangieren?

Fragen über Fragen hat

Ihr vollkommen
Ernst

zm-Zitate

Missorientiert

„Der Umbau ist im Gange, doch ein Bauplan fehlt.“
(BÄK-Chef Jörg-Dietrich Hoppe, beim 111. Deutschen Ärztetag in Ulm zur Reformpolitik)

Disapplaudiert

„Auf dem Ärztetag rede ich zum achten Mal in Folge. Das ist wie der Auftritt auf der Grünen Woche für den Landwirtschaftsminister. Aber Sie bekommen weniger Applaus.“
(Ulla Schmidt in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung)

Donquittiert

„Mauern dienen der Verteidigung, Windmühlen dem Fortschritt. Ein Kampf gegen Windmühlen ist Don-Quichotterie. Der Vorstand der KBV jedenfalls hat sich entschieden. Er wird kämpfen, aber für den Bau von Windmühlen und nicht für den von Mauern.“
(KBV-Chef Dr. Andreas Köhler vor der KBV-VV)

Mutiert

„Die internationalen Finanzmärkte haben sich zu einem Monster entwickelt, das in die Schranken gewiesen werden muss.“
(Bundespräsident Horst Köhler im „Handelsblatt“)

Gescheitert

„Wir werden erneut auf die AOK zugehen und um Verhandlungen über einen Vertrag nach dem Muster von Baden-Württemberg bitten.“
(Dr. Wolfgang Hoppenthaler zum gescheiterten KV-Ausstieg)