

Parodontalbehandlung

Zeitgemäß und patientengerecht

**Bürgerkasse
oder Prämie**

**Praxiswert und
Praxisabgabe**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

„am besten behandelt man als Zahnarzt Patienten so, wie man selbst gerne behandelt werden möchte“. Das ist ein Satz, der wie selbstverständlich klingt. Trotzdem lässt er immer wieder aufhorchen.

Es ist die sehr menschlich ausgedrückte, alltagsnahe Variante eines klaren Standpunktes zahnärztlicher Ethik. Im aktuellen Heft stammt sie vom Autor der zm-Titelgeschichte über „zeitgemäße Parodontalbehandlung“. Sie erscheint als nachahmenswerte, auch in reglementierten Zeiten für eine erfolgreich geführte Zahnarztpraxis erstrebenswerte Grundwarte.

Für die Behandlung von Parodontalerkrankungen kann diese Maßgabe zahnärztlichen Handelns zu einem wichtigen Erfolgsfaktor werden. Gerade diese Krankheit erfordert die gute Compliance, eine besonders vertrauensvolle, funktionierende Zusammenarbeit von zahnärztlichem Team und Patienten. Letztlich ist es das Zusammenspiel der Beteiligten, das zum nachhaltigen Erfolg einer Parodontalbehandlung beiträgt: Gute Aufklärung und Beratung, Motivation und Einsicht in eine kontinuierliche Vorsorge sind ebenso wichtige Komponenten der Behandlung wie die gelungene Therapie.

Foto: stockdisc



■ *Der Erfolg des Zahn-Mediziners und seines Teams in der Behandlung parodontologischer Erkrankungen ist nicht nur von guter Therapie abhängig. Zahn-Arzt und Team müssen ihre Patienten zwecks Nachhaltigkeit der Behandlung vor allem auch zu kontinuierlicher Prophylaxe ambitionieren.*

Dass das Gespräch zwischen Zahnarzt und Patient – von der Anamnese bis zur Motivation für eine gute Prophylaxe – auch vor anderen Krankheiten schützen oder deren Ausprägungen im Schweregrad mindern kann, ist Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und etabliert sich mehr und mehr auch als Erkenntnis gesundheitlich gut aufgeklärter Öffentlichkeit.

Für die Praxis bedeutet das: Auch systemische Erkrankungen gehören inzwischen zum beachtenswerten Raster der Anamnese bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen. Auch in diesem Bereich wird deutlich, dass der Zahn-Mediziner gefragt ist, insbesondere angesichts der gegebenen Kombination aus statistisch immer deutlicher werdenden Erfolgen in der Zahnerhaltung bei gleichzeitig wachsender Überalterung unserer Gesellschaft.

Auch wenn heute das Schwergewicht zwecks Vermeidung von Bakteriämien vorrangig noch im Bereich von Krankheiten wie Endokarditis, bei Knie- oder Hüftgelenksprothesen oder Organtransplantationen angesiedelt wird, häufen sich inzwischen die Anzeichen, dass auch das weite Feld von Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfallrisiken oder Übergewicht mehr und mehr ins Blickfeld zahnärztlicher Behandlung geraten. Die künftigen Herausforderungen sind also erkannt.

Ein erkenntnisreiches Lesevergnügen wünscht Ihnen



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: Buchmann, Titelfoto: Xxx

Zum Titel

Eine zeitgemäße Parodontalbehandlung sollte dem Patienten gerecht werden und neben dem Therapieerfolg auch dessen Wohlbefinden und einen gewissen Komfort garantieren. Ein gutes Therapiekonzept erfordert mehr als nur reine Fachkenntnis, wie dieser Fall zeigt.

Seite 38



Foto: Gebrande
Foto: BZÄK/Axentis

Rund 500 Gäste aus Politik, Zahnärzteschaft, Institutionen und Verbänden kamen zum traditionellen Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV nach Berlin.

Seite 30



Interaktive Fortbildungspunkte sammeln: Mit zwei komplexen Praxisfällen, die umfangreiche Vorplanung und patientengerechte Umsetzung erfordern. Hier sind zusätzlich die Kreativität und das Geschick des Behandlers gefragt.

Seite 52



Die Praxisabgabe ist ein Projekt, das Zeit und Planung erfordert. Generelle Eckdaten helfen bei der individuellen Umsetzung.

Seite 96



Ludwig Heinrich Hollaender war einer der Pioniere der deutschen Zahnheilkunde. Ein Porträt.

Seite 106

Foto: MEV

Foto: Kieferorthopädische Klinik Halle

Editorial	1	Veranstaltungen	72
Leserforum	6	Finanzen	
Leitartikel		Ökofonds: Rendite fürs gute Gewissen	90
BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel kritisiert den GOZ-Entwurf des BMG	8	Praxismanagement	
Nachrichten	10, 14	Praxisabgabe:	
Gastkommentar		Abschied in Raten	96
Dr. Jutta Visarius, gesundheitspolitische Fachjournalistin, zur Honorarreform der Ärzte	12	Zahlenspiel mit Köpfchen	98
Das aktuelle Thema		Recht	
Deutschland hat die Wahl: Bürgerkasse oder Prämie	20	Urteile	102
Politik und Beruf		EDV und Technik	
Bundesmodellprojekt der BKK: Die selbsthilfefreundliche Arztpraxis	24	Computervirus: Ein neuer Wurm im Rechner	104
Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV: Start ins Superwahljahr	30	Historisches	
Aus den Ländern		Ludwig Heinrich Hollaender: Mutiger Kämpfer für die Zahnheilkunde	106
Zahnärztetag Sachsen-Anhalt: Gute Argumente gegen den GOZ-Entwurf	36	Persönliches	110
Titelstory		Neuheiten	112
Patientengerechte Parodontologie	38	Bekanntmachungen	120
Zahnmedizin		Impressum	121
 Der aktuelle klinische Fall: Fibröses Histiozytom	48	Leserservice-Kupon	149
Deutscher Millerpreis: Früherkennung von malignen Mundhöhlenläsionen	50	Letzte Nachrichten	149
Interaktive Fortbildung:		Zu guter Letzt	152
 Aktueller Standard in der Praxis umgesetzt	52		
Bisshebung – konservierend und prothetisch gelöst	54		
Kombiniert endodontisch-chirurgische Intervention	62		



Augen zu

■ Zum Beitrag „US-Ärzte setzen auf Placebos“ in zm 22/2008 und Leserbrief „Ethische Konflikte“ in ZM 2/2009:

Ein Gewissenskonflikt bei der Frage, ob man ein Placebo verschreiben darf oder nicht, setzt voraus, dass man sich bewusst ist, tatsächlich ein solches zu verordnen. So viel wissenschaftliches Denken immerhin scheint bei den US-amerikanischen Ärzten vorhanden zu sein, dass unwissenschaftliche Methoden offenbar für sie gar nicht in Frage kommen, die hierzulande gang und gäbe sind. Ich nenne nur ein paar: Homöopathie, Bach-Blüten, Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur, Kinesiologie, Pendeln (!).

Das alles sind natürlich Techniken, die überwiegend von Heilpraktikern ausgeübt werden. Und wo in der westlichen Welt, außer bei uns, gibt es noch Heilpraktiker?! Aber offenbar sind solche Scharlatanerien, die nicht weh tun, beim Publikum sehr beliebt, und werden deshalb auch von Ärzten ausgeübt – und abgerechnet.

Macht die Tatsache, dass die Therapeuten selbst an ihren Humbug glauben, die Angelegenheit nun ethischer? – Denn so verrückt das ist: Die Heilungschancen sind ja, wie man aus Doppelblindstudien erkannt hat, anscheinend besser, wenn sowohl der Arzt wie der Patient an das unwirksame Medikament (beziehungsweise eine solche Untersuchungsmethode) glaubt ... Also einfach: Augen zu und vorwärts ins Mittelalter!?

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

Aber vielleicht sind wir ja auch schon mitten drin: siehe den Artikel über Piercings und Tattoos (Titelgeschichte zm 2/2009, Anm. der Redaktion) ...

Dr. Horst Landau
Lichtstr. 30
40235 Düsseldorf

Kaputt geschrubbt

■ Zum Beitrag „Erste gemeinsame Tagung von Parodontologen und Internisten“ in zm 23/2008:

Das Bild wäre besser geeignet zu zeigen, dass eine falsche aber gründlich Putztechnik in der Lage ist, ein Gebiss zu zerstören. Der Referent Prof. Th. Kocher aus Greifswald empfahl: „Es darf geschrubbt, gekratzt und geputzt werden“ um eine stabile Zahngesundheit zu erreichen ...“

Das Bild zeigt, dass das Gebiss durch falsche Zahnpflege, keine Auf- und Abbewegung, sondern durch horizontale Bewegungen kaputt geschrubbt wurde. Da die rechte Seite stärker betroffen ist, könnte man sogar davon ausgehen, dass der Patient Linkshänder ist. Dass der Unterkiefer weniger



betroffen ist, spricht für die Hin- und Herbewegung der Zahnbürste. Auch die Uni Zürich ist der Auffassung, dass die Zahnpflege nur vertikal durchgeführt werden darf.

Dr. Hermann J. Voß
Heidufenerweg 60
44229 Dortmund

Schnelltest

■ Zum Beitrag „Adaption von Prothetik mithilfe einer manualtherapeutischen Behandlung“ in zm 23/2008:

Die Autoren beschreiben in ihrem Artikel einen Schnelltest, mit dem herausgefunden werden soll, „inwiefern es eine dentale Abhängigkeit gibt zwischen der Okklusion und der Beweglichkeit der Hals-Wirbelsäule“ und ob „im Vorfeld einer prothetischen Behandlung eine myofunktionelle Behandlung erfolgen muss“. Die Vorbehandlung sei dann notwendig, „... wenn bei der Testung der erste Punkt positiv oder von den weiteren fünf Punkten zwei positiv sind“.

Aus der Verbesserung des Bewegungsumfanges mit einem Spatel zwischen den Zähnen (Punkt 1 im „Schnelltest“) wird geschlussfolgert, dass „es eine dentale Abhängigkeit gibt zwischen der Okklusion und der Beweglichkeit der Hals-Wirbelsäule“: Tatsächlich wird die „Spatteltechnik“ in der manuellen Diagnostik zur funktionellen Differenzierung zwischen kranio-mandibulären und kranio-zervikalen Dysfunktionen angewendet und soll klären, ob und in welchem Maße Störungen im Kiefergelenk neurophysiologische Auswirkungen auf die Funktionseinschränkungen in der HWS haben. Aussagen über den Einfluss der Okklusion können nicht getroffen werden. Hinzu kommt, dass diese manualdiagnostischen Differenzierungstests hinsichtlich Sensitivität und Spezifität nicht validiert sind.

Aus diesen Gründen scheint der positive Spateltest als alleinige Indikation für eine intensive manualtherapeutische Betreuung und sich eventuell anschließende Schienenbehandlung und Her-

stellung von Zahnersatz in „neuro-muskulärer Kondylenposition“, wie im Artikel beschrieben, nicht geeignet.

Interessanterweise haben die Autoren einen ähnlichen Artikel in der ZMK im Jahre 2006 veröffentlicht. Dort wird der erwähnte „Schnelltest“ zur Vermeidung von „Zahnersatz ohne negative Folgen“ in Teilen als „kurze funktionelle Untersuchung“ zur Klärung der Frage „Wann braucht eine CMD eine Behandlung?“ vorgestellt. Der Spateltest wird darin nicht zur Klärung des Einflusses der Okklusion, sondern zur Beurteilung der Rolle des Kiefergelenks bei HWS-Mobilitätseinschränkungen vorgestellt.

Unter den „weiteren fünf Punkten“ des Schnelltests wird der „Goldfischtest“ angeführt. Hier ist die Formulierung unglücklich: Es „... wird die Okklusion der Zähne zu den Kiefergelenken beim Schlussbiss kontrolliert oder getestet, inwieweit die maximale Interkuspitation und die Kiefergelenkposition übereinstimmen“. Vermutlich soll untersucht werden, ob sich die Kiefergelenkkondylen bei maximaler Interkuspitation in zentrischer Relation befinden. Da das bei über 90 Prozent der Patienten nicht der Fall ist, eignet sich diese Untersuchung nicht im Rahmen eines Schnelltests.

Unter Punkt 4 soll anhand der „Schliffacetten/Abrasionen“ auf die „Belastungsvektoren und deren Ausrichtung“ geschlossen werden. Es ist aber praktisch unmöglich, aus Schliffacetten auf gegenwärtige Parafunktionen und daraus resultierende „Belastungsvektoren“ zu schließen. Parafunktionen treten im Verlaufe des Lebens episodisch auf, sodass man aus den resultierenden Abnutzungserscheinungen nicht zwangsläufig auf die vorliegende

Belastungssituation schließen kann. Schließlich wird am Ende des Tests nach morgendlichem Kopfschmerz gefragt. Da zirka 80 Prozent der CMD-Patienten an Kopfschmerzen leiden – in der Bevölkerung allgemein sind es nur 20 bis 23 Prozent – wird die Frage nach Kopfschmerzen in vielen CMD-Screenings gestellt. Warum sich die Frage im „Schnelltest“ auf morgendliche Kopfschmerzen beschränkt, wird von den Autoren offen gelassen.

Es wäre interessant zu erfahren, wie der „Schnelltest“ validiert worden ist. Leider fehlen in der Veröffentlichung Bezüge zur aktuellen Literatur. Aus meiner Sicht muss der Nachweis für eine fundierte wissenschaftliche Absicherung erbracht werden, da im Falle eines positiven Ergebnisses eine neu „entstandene Bisslage“ etabliert wird, auf deren „... Basis nun die neuen Kronen oder Brücken erstellt“ werden. Das wird im Einzelfall mit der kompletten okklusalen Neuversorgung eines oder beider Kiefer einhergehen.

*Dr. Matthias Lange
Lietzenburger Straße 51
10789 Berlin*

Het ziekenfonds

■ Zum Beitrag „Zur Zukunft prothetischer Therapieformen“ im Fortbildungsteil zm 23/2008:

Die Niederlande, ein zivilisiertes Nachbarland mit 65,6 Prozent Totalprothesenträgern (zum Vergleich: Deutschland 22,6 Prozent)! Warum das so ist, ist dem Artikel leider nicht zu entnehmen, aber dazu kann ich Ihnen eine Erklärung liefern: Ich war von 1975 bis 1982 in Amsterdam in eigener Privatpraxis tätig und wurde des öfteren von Patienten, die beim „zieken-

fonds“ (vergleichbar dem Social-Healthcare in England) vorstellig gewesen waren, um eine Zweitmeinung gebeten, bevor dort die Zange zum Einsatz gekommen wäre. Herauskristallisiert hat sich dabei Folgendes: Bei Füllungen, wo nur ein kleines Stück abgebrochen war, bei Restzahnbeständen, die mit einer Modellgussprothese hätten versorgt werden können, wurde nicht lange gefackelt, die Extraktionszange schlug unbarmherzig zu. Das war für „het ziekenfonds“ billiger. Ich konnte Gott sei dank einige dieser Patienten vor diesen körperverletzenden Machenschaften bewahren, aber leider hat das nicht gereicht, um die Statistik günstiger zu beeinflussen.

*Dr. Jan Rosenbaum
Uetersenerstraße 3
25436 Tornesch*

Homöopathisch

■ Zum Beitrag „Wilhelm Busch und die Zahnmedizin“ in zm 23/2008:

Der einfühlsame Künstler hat nicht nur zahnmedizinische Inhalte treffsicher beschrieben und gezeichnet, sondern auch homöopathische Arzneimittelbilder einprägsam beschrieben.

Es geht um die Geschichte von Schneider Böck, der nach großem Ärger („Schneider, Schneider meck meck meck“), Schreck und Unterkühlung an „Magen-drücken“ litt. Besserung brachte Frau Böck mit Wärme und Druck, „denn ein heißes Bügeleisen auf den kalten Leib gebracht, hat es wieder gut gemacht“.

Dies ist das Arzneimittelbild von Colozynthis.

*Gerd Bulmahn
Mühlenstraße 6
49406 Barnstorf*



Foto: privat

Kein Kuhhandel

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

unsere Kritik an dem GOZ-Referentenentwurf des BMG hat zum Angebot eines Abgleichs zwischen den unterschiedlichen Rechnungsansätzen der Honorarreform geführt. Auf den ersten Blick ist das ein Erfolg. Aber Vorsicht ist angebracht: Die Frage, ob der sprichwörtliche „Spatz in der Hand“ in Sachen GOZ-Novelle vielleicht besser ist als „die Taube auf dem Dach“, ist programmierter Teil der ministeriellen Strategie. Ulla Schmidt wird mit Freude die aus einzelnen Ecken der Zahnärzteschaft aufkeimende Bereitschaft verfolgt haben, dass es besser sei, das vorliegende Angebot des Verordnungsgebers anzunehmen. Das Argument, eine Erhöhung des privatärztlichen Honorarvolumens um 0,03 Prozent – und etwas mehr – sei besser als nichts, spielt dem BMG direkt in die Hände. Den ausgelegten Köder jetzt zu schlucken, wäre eine willfährige Erfüllung des Planes. Wir Zahnärzte sollten diesem Anreiz nicht Folge leisten. Das Gezerre bei den Ärzten um das systemisch letztendlich unzureichende Honorargeschenk sollte uns allen als Anschauung reichen, ähnliche Fehler nicht zu wiederholen. Deshalb haben wir nach weiter gefasster Analyse der so unterschiedlichen Ansätze von Gesetzgeber, unserem Vertragskontra-

henten PKV und uns Zahnärzten unser klares „Nein“ zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums für eine neue GOZ in einem gemeinsamen Votum des Berufsstandes bekräftigt. BZÄK, KZBV, DGZMK und auch der Freie Verband haben noch einmal auf die grundlegenden Fehler und die damit verbundenen Gefahren des Referentenentwurfs hingewiesen.

In den Konsequenzen geht es um viel mehr als „nur“ unzureichende Honorare. Der angebotene „Spatz in der Hand“ öffnet einer Systematik Tür und Tor, die das so dringend benötigte Freifeld der privaten Gebührenordnung strukturell Richtung GKV-Niveau einebnet. Wer sich hier mit einer zusätzlich angebotenen Korrektur des Punktwertes und einer eventuellen Abschaffung des Vorschlags zur Schaffung einer sogenannten Öffnungsklausel für die PKV zufrieden gibt und schon heute durch vorbereitende Schulungsmaßnahmen einer noch nicht verabschiedeten Lösung zu erkennen gibt, dass er bereit ist, seinen Frieden mit diesem unzulänglichen Angebot zu machen, akzeptiert vorschnell ganz neue Abhängigkeiten.

Die GOZ muss eine Honorarform bleiben, die keiner Budgetierung und damit keiner Mengenbegrenzung unterliegt. Sie dient

ausdrücklich dazu, die Interessen von Zahnärzten und Patienten auszugleichen. Der Multiplikator der GOZ soll die Umstände der Behandlung abbilden, soll sogar dazu dienen, regionale Versorgungs- und Kostenunterschiede ausgleichen zu können.

Wir dürfen eines nicht vergessen: Die GOZ ist, auch wenn sie seit über 20 Jahren nicht mehr den Erfordernissen angepasst wurde, mehr als nur eine ausgleichende Vergütungsmechanik zur Kompensation unzureichender GKV-Vergütungen. Sie ist das letzte Stück Freiheit von Arzt und Patient, das vor einem allein durch Spardenen geprägten Einheitssystem bewahrt.

Sollten wir uns jetzt, wie von einzelnen Kollegen aus Angst vor einer „Null-Runde“ vorgeschlagen, auf einen Abgleich der unterschiedlichen Rechnungsansätze von Gesetzgeber, PKV und unseren fundierten HOZ-Berechnungen einlassen, ist das allenfalls ein Nachholen dessen, wozu das Ministerium ohnehin verpflichtet ist.

Aber der Preis, den wir zu zahlen hätten, wäre immens. Auf dieses unzulässige Diktat einzugehen, drängt uns in einen Kuhhandel, dessen Konsequenzen viel schlimmer wären

als weitere Jahre mit Status quo: Mit den hier abgestützten Bestrebungen zur Vereinheitlichung der Vergütungssysteme wäre die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen PKV

und GKV mittelfristig nur noch Makulatur längst nivellierter Vereinheitlichung.

Der „Griff nach dem Spatz“ erfordert einen Schritt, den wir nicht gehen dürfen: Er führt in den Käfig weit größerer staatlicher Reglementierung. Wir müssen alles tun, gerade das zu vermeiden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer

Kabinet

Zweites Konjunkturpaket beschlossen

Das Bundeskabinett hat das zweite Konjunkturpaket beschlossen. Wie im Vorfeld angekündigt, wird der GKV-Beitragsatz ab Juli um 0,6 Prozentpunkte gesenkt. Der allgemeine Beitragsatz beträgt dann 14,0 Prozent. Addiert man den von den Versicherten allein zu tragenden

und beträgt dann 7,2 Milliarden Euro. 2010 gibt der Bund 6,3 Milliarden Euro mehr als geplant, also insgesamt 11,8 Milliarden Euro. 2012 werden 14 Milliarden Euro erreicht. Wegen der schlechten Wirtschaftslage soll der Gesundheitsfonds dieses Jahr zudem ohne Ausnahme alle Gelder an die Kassen auszahlen. Wie das Deutsche Ärzteblatt meldet, soll die aufgrund der schlechten Konjunktur voraussichtlich ebenfalls schlechter werdende Einnahmesituation des Fonds durch ein Liquiditätsdarlehen des Bundes von bis zu einer Milliarde Euro ausgeglichen werden.

„Der Gesundheitsfonds bildet einen Schutzschirm über der Gesundheitsversorgung in Deutschland, weil in schwierigen Zeiten der Staat durch Steuermittel stabilisierend eingreift“, sagte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). ck/dpa/pm/DÄ



Foto: CC

Anteil von 0,9 Prozentpunkten hinzu, liegt der Satz künftig statt bei 15,5 bei 14,9 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens. Als Ausgleich soll die GKV höhere Steuermittel erhalten: Zum 1. Juli steigt der Bundeszuschuss 2009 zusätzlich um 3,2 Milliarden Euro

Hartmannbund

Kampagne zur Bundestagswahl

Der Hartmannbund will die Bundestagswahl 2009 in die Wartezimmer tragen. Mit der Kampagne „wahlweise gesund“ sollen die Ärzte ihren Patienten deutlich machen, dass sie mit ihrem Kreuz auch über das Gesundheitssystem und ihre Versorgung abstimmen. Nicht die Parteien, sondern jeden einzelnen Kandidaten will der HB dabei ins Visier nehmen, sagte der HB-Vorsitzende Dr. Kuno Winn. In diesem Sinne werde es über ein halbes Jahr hinweg re-

gionale, landesspezifische und auf Bundesebene angelegte Aktionen und Veranstaltungen geben. Im Mittelpunkt der Kampagne werde die selbstbestimmte, individuelle und an den Möglichkeiten moderner Medizin orientierten Versorgung stehen.

„Wir werden unsere Patienten dafür sensibilisieren, dass diese Versorgung künftig nur noch möglich ist, wenn die Politik grundsätzlich andere Weichen stellt“, sagte Winn. ck/pm

Gesundheitspolitik

Union ohne „Leitidee“

Der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn rechnet unter einer schwarz-gelben Koalition nicht mit einem kurzfristigen radikalen Kurswechsel im Gesundheitswesen. Dies sei weder für die Versicherten noch die Akteure im Gesundheitswesen zumutbar. Spahn sprach sich stattdessen für einen schrittweisen Umbau der deutschen Krankenversicherung nach dem Vorbild des niederländischen Systems aus. Eine Schlüsselrolle dabei soll ihm zufolge das Instrument des Zusatzbeitrags

spielen. Er hofft, dass dessen Begrenzung auf ein Prozent des Haushaltseinkommens eines GKV-Mitglieds nach der Bundestagswahl fällt. Spahn bemängelte, dass der Union momentan eine „Leitidee“ in der Gesundheitspolitik fehle, während SPD und Grüne ihr Konzept einer Bürgerversicherung weiter verfolgten. Er rechnet allerdings nicht damit, dass das Gesundheitswesen im Mittelpunkt des kommenden Bundestagswahlkampfes stehen wird. ck/ÄZ

Kinder säumiger Mitglieder

Ulla Schmidt für vollen GKV-Schutz

Kinder säumiger Beitragszahler sollen künftig den vollen GKV-Schutz erhalten. „Mitversicherte Kinder sind von einem Ruhen des Leistungsanspruchs nicht betroffen“, stellte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in einem Brief an die Abgeordneten



Foto: MEV

der Koalitionsfraktionen fest. Für Schlagzeilen hatten Berechnungen von Krankenkassen gesorgt, nach denen zehntausende Kinder in Deutschland nur eingeschränkten Krankenversicherungsschutz bekommen, weil ihre Eltern mit den Beiträgen im Rückstand sind. „Es darf nicht sein, dass Kinder für Versäumnisse der Eltern bestraft werden“, schrieb Schmidt in dem Brief. Der Spitzenverband der Krankenkassen sei bereits informiert worden, um die Kassen zu einer einheitlichen Gewährung der

Leistungen für Kinder anzuhalten. Nach Inkrafttreten der jüngsten Gesundheitsreform hatte das BMG im April 2007 den Kassen noch mitgeteilt: „Die Ruhenswirkung bei einem Beitragsverzug des Mitglieds“ erstreckte sich „auch auf die familienversicherten Angehörigen“. BMG-Abteilungsleiter Franz Knieps hatte dann im Januar die neue Rechtsauffassung zugunsten der mitversicherten Kinder schriftlich dargelegt. Bei Kassen stößt die neue Auslegung des Gesetzes auf Zustimmung. ck/dpa

Kommentar

Mit 14 hat man noch Träume

14 Jahre alt und doch so jung: Die Pflegeversicherung hat ihre ersten Schritte hinter sich. Jetzt ist der Backfisch ausgekrochen und will mehr dürfen als bisher. Gut so, denn nicht nur etwa Demenzkranke, sondern auch behinderte Kleinstkinder profitierten herzlich wenig von den alten Regelungen. Mit dem Wunsch nach einem neuen Handlungsspielraum geht die Erkenntnis einher, dass Leistungen anderer in der Regel etwas kosten. Doch das von Papa Staat über die Pflichtbeiträge der Versicherten limitierte Taschengeld der Pflegeversicherung reicht nicht für die – tatsächlich zu befürwortende – Neudefinierung der Pflegebedürftigkeit. Mit dem Haken „Budget“ also hängt dieser Back-

fisch leider an der Angel der begrenzten Einnahmen.

Denn die Union hat diese Versicherung 1995 keineswegs als bedarfsdeckende Vollversicherung, sondern vielmehr als ein Budgetierungssystem mit stabilen Beiträgen und steuerbaren Ausgaben eingeführt. Und will dabei bleiben.

Die Pflegeversicherung trüge demnach weiterhin einen Anteil x an den Gesamtkosten und die betroffenen Familien wie gehabt den Rest – wobei ihr jeweiliger Kostenanteil steigen dürfte, da die Zahl der anerkannt Pflegebedürftigen ja wachsen wird.

Immerhin: ein erstaunlich unpopuläres Programm für ein Wahljahr. *Marion Pitzken*

Fünf Pflegestufen geplant

Pflege für mehr Bedürftige geplant

14 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung will Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) eine bessere Hilfe für mehr Altersverwirrte auf den Weg bringen. Die bislang drei Pflegestufen sollen dafür auf künftig fünf erweitert werden. Das habe eine Sprecherin des Gesundheitsministeriums in Berlin bestätigt, schreibt die „Financial Times Deutschland“.

Angaben über eventuelle Mehrausgaben zu Lasten der Beitragszahler gibt es der Zeitung zufolge noch nicht. Die Fünf Pflege- oder Begutachtungsstufen sollen von einer leichten Einschränkung der selbstständigen Lebensführung bis hin zu schwersten Fällen reichen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) be-

kommt mit Reformplänen in der Pflegeversicherung grundsätzlich Unterstützung von der Union. „Die Abkehr von der Minutenpflege ermöglicht eine gerechtere Einstufung der Pflegebedürftigen und führt zu Gleichbehandlungen zwischen Kindern und Erwachsenen sowie körperlich und geistig Behinderten“, erklärte Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion (CDU), in Berlin.

CDU-Pflegeexperte Willi Zylajew sagte: „Wir begrüßen, dass nun nicht mehr die Defizite und körperlichen Gebrechen der Pflegebedürftigen bei der Einstufung im Vordergrund stehen, sondern andere Kriterien zählen.“

ck/pm/dpa

Verflixte Honorarreform

Ganz schön verflixt, diese Honorarreform, im Grundsätzlichen wie im Detail. Seit Jahren rumort es in der Ärzteschaft – sie wollen schlicht mehr Geld. Nicht ganz einfach dem nachzugeben, denn Krankenkassen können kein Geld drucken.

Müssen sie auch nicht, trotz politisch festgesetztem Einheitsbeitrag (Globalbudget mit Konjunkturkorridor) im Fondszeitalter. Jetzt kommen zusätzliche Milliarden für die Krankenhäuser, die Tarifierhöhungen finanzieren müssen, und für die niedergelassenen Ärzte vom Staat. Eben der hatte sich jahrzehntelang auf Kosten der Versicherungsgemeinschaft glücklich gerechnet. Das grundsätzliche Problem ist damit auch auf die Zeit nach der Wahl verschoben.

Hatte Ulla Schmidt geglaubt, die Ärzte würden sie bejubeln, hatte sie sich gründlich getäuscht. In der Öffentlichkeit wird vielmehr mit Hilfe einiger Medien der Eindruck erweckt, die rund 2,7 Milliarden für die niedergelassenen Ärzte würden irgendwo zwischen Kassen und Ärzten verschwinden. Richtig ist, dass mit der Neuberechnung der Honorare in Euro und Cent deutliche Verschiebungen zwischen KV-Bezirken und Arztgruppen entstehen. Teilweise sogar beabsichtigt, soll doch eine bundeseinheitliche Vergütungsstruktur entstehen und mit der Vergütung Versorgung rationell gesteuert werden. Dass die Verschiebungen deutlicher ausfallen und manches sich sogar zur Verzerrung auswächst, war nicht geplant. Waren keine exzellenten Informatiker an Bord? Hatte man keine guten Versicherungsmathematiker ans Werk gesetzt? Was man zu sehen bekam, konnte nicht reibungslos funktionieren – die einen sollten auf keinen Fall weniger erhalten, die anderen deutlich mehr. Dazu noch die Hausarzt-Facharzt-Problematik und der für die KBV leidige Haus-

ärzterverband mit seinen Honorarzusagen. Dass dies nicht funktionieren konnte, war an zehn Fingern abzählbar.

Die Selbstverwaltung stand zudem unter Zeitdruck. Das hieß also Einigung – oder das BMG hätte es selbst gemacht. Den Verantwortlichen im BMG muss nach der Einigung eine Zentnerlast von der Seele gefallen sein. Wer will schon eine Honorarreform selbst stricken und sich diesen Ärger aufladen?

Den hat doch dann besser die Selbstverwaltung. Und die hat sich Mitte Januar auf eine Konvergenzphase wie weiland für die Krankenhäuser bei der DRG-Einführung geeinigt: Verluste und Gewinne der Praxen werden begrenzt, Ausgleichsregelungen können im Einvernehmen mit den Krankenkassen vereinbart werden.



Foto: privat

Die Honorarreform bei den Ärzten sorgt für Konflikte – zwischen Haus- und Fachärzten, aber auch im Erweiterten Bewertungsausschuss. Muss jetzt das Bundesgesundheitsministerium selbst ran?

Dr. Jutta Visarius
Gesundheitspolitische
Fachjournalistin

Glattgebügelt? Kaum, denn es kann nur innerhalb der KVen ausgeglichen werden. Und dann noch die Honorarvereinbarung! Der Gesetzgeber hatte beschlossen, dass der Hausärzterverband überall das Erstvertragsrecht hat. Ein verfassungswidriges Monopol, sagt die KBV.



Foto: goodshoot

Wie auch immer, Sonderverträge bedeuten Honorarvereinbarung. Auch das hat der Gesetzgeber gewollt. Dies bringt für die KV erhebliche Risiken mit sich, wenn Hausarzt-honorare und die der sich anschließenden Fachärzte aus dem KV-Topf in das Töpfchen des Hausärzterverbandes wandern. Das schmerzt ungemein. Und in der Tat kann das à la longue die Existenz der KVen gefährden.

Auf der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 22. Januar zogen die Vertreter der KBV aus, vor dem Beschluss zur Honorarvereinbarung. Der – so die KBV – sei nicht rechtskräftig. Man bitte das BMG um Beanstandung und werde Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erheben.

Die Rechtsprüfung durch den Unparteiischen Vorsitzenden Jürgen Wasem hatte etwas anderes ergeben. Könne eine Seite durch Verlassen des Saales einen Mehrheitsbeschluss verhindern, sei der Ausschuss generell handlungsunfähig – so sei die Anwesenheitsregelung nicht gemeint. Vielleicht muss es jetzt das BMG richten. ■

Perspektiven des Berufsstands**Neue IDZ-Studie ANFO-Z gestartet**

Eine neue Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zu den Zukunftsperspektiven des zahnärztlichen Berufs ist Anfang Februar in die Feldarbeit gegangen, unter dem Titel „Anforderungen, Bewertungen und Entwicklungspotentiale der zahnärztlichen Berufsausübung (ANFO-Z).

Es handelt sich um eine bundesweite, wissenschaftliche Befragungsstudie, die das IDZ zusammen mit Prof. Dr. Elmar Reich, Kommissionsmitglied der World Dental Federation (FDI) durchführt. Das gesammelte Datenmaterial soll helfen, die Chancen und Nöte des berufstätigen Zahnarztes vor dem Hintergrund der sich vielfältig verändernden gesellschaftlichen Bedingungen der Berufsausübung systematisch zu beleuchten. Ziel sei es, der Zahnärzteschaft im öffentlichen Diskurs zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine eigene Stimme zu geben, teilt das IDZ zum Auftakt der Feldar-



Foto: CC

beit mit. Um verlässliche Daten zu erhalten, wurde eine umfassende Zufallsstichprobe von rund 3000 Adressen von Zahnärzten aus dem Zahnarztregister der KZBV gezogen. Diese erhalten einen entsprechenden Fragebogen. Das IDZ bittet alle angeschriebenen Personen um Mitwirkung, denn nur so könne ein wissenschaftlich-methodisch aussagekräftiges Antwortbild erarbeitet werden. Die Auswertung der Daten erfolge anonym und ohne Namensbezug, von Interesse sei lediglich das Zahlenbild, wie es sich aus allen Einzelantworten ergebe, so das IDZ.

pr/IDZ

Focus-Umfrage**Kassenchefs rechnen mit Zusatzbeitrag**

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen müssen sich bald auf Zusatzbeiträge zum neuen Einheitsbeitrag einstellen. Zu dem Ergebnis kommt eine aktuelle Umfrage des „Focus“ unter 118 Kassenvorständen. Insgesamt 99 Prozent der Kassenchefs antworteten dem „Deutschen Ärzteblatt“ zufolge, sie rechneten mit baldigen Zusatzbeiträ-

gen für die Versicherten. Laut „Focus“ glauben zudem 86 Prozent der Kassenvorstände, dass sich aufgrund der angespannten Finanzlage immer weniger Anbieter eine Prämienauszahlung leisten können. Sieben gesetzliche Krankenkassen wollen demnach ihren Mitgliedern aber dieses Jahr Prämien bis zu 100 Euro auszahlen. ck/DÄ

Komasaufen**Mehr Mädchen als Jungen**

Erstmals sind mehr junge Mädchen als Jungen von Alkoholvergiftungen durch Komasaufen betroffen. Das geht aus Zahlen der Bundesdrogenbeauftragten Sabine Bätzing (SPD) hervor. Im Jahr 2007 seien fast 2 000 Mädchen und rund 1 800 Jungen zwischen 10 und 15 Jahren so stark betrunken gewesen, dass sie im Krankenhaus behandelt werden mussten. Bätzing sprach von einer erschreckenden Entwicklung. Die Zahl der betroffenen Mädchen habe sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt. Sie kritisierte, der Jugendschutz werde nicht genug beachtet. Der Verkauf von Alkohol an unter 16-Jährige ist verboten. ck/dpa

Branchenverband zu Rabattverträgen**Veränderungen am Generika-Markt**

Der Markt für Generika in Deutschland wird sich nach Ansicht des Geschäftsführers des Branchenverbandes Pro Generika in den nächsten Jahren stark verändern. „Wenn die Rabattverträge weiterhin auf die deutsche Generika-Industrie einwirken, kann man an einer Hand abzählen, wann die Generika-Produktionsstandorte in Deutschland vor dem Aus stehen“, sagte Peter Schmidt. Es bleibe den Herstellern der medizinischen Nachahmer-Präparate dann gar nichts anderes übrig, als an einem Billigstandort, wie etwa Indien, Bangladesch oder China, zu produzieren. Bei einzelnen Produkten stehen bis zu

Mehrwertsteuer auf Arzneimittel**Fiskus kassiert zu Lasten der GKV**

Der volle Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel beschert dem Fiskus Mehreinnahmen zu Lasten der GKV, meldet die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA).

Die Kassen gaben demnach 2008 mehr als 4,1 Milliarden Euro für die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel aus. Würde für Arzneimittel nur der ermäßigte Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent erhoben, hätten die Kassen der ABDA zufolge rund 2,6 Milliarden Euro eingespart.

Die gesetzlich Versicherten könnten dann laut ABDA um 0,2 bis 0,3 Beitragssatzpunkte entlastet werden. ck/pm



Foto: MEV



Foto: CC

Points 4Life

Programm für ein gesünderes Leben

Die Briten sollen zu einer gesünderen Ernährungs- und Lebensweise erzogen werden. Eine Initiative des Londoner Gesundheitsministeriums „Points4Life“ zielt darauf ab, Patienten mittels materieller Anreize zu motivieren, gesünder zu essen und sich mehr zu bewegen. Wie Gesundheitsminister Alan Johnson kürzlich in London vor Journalisten sagte, sollen 2009 insgesamt neun Städte und Gemeinden zu sogenannten „Healthy Towns“ deklariert werden. Diese neun Gebiete erhalten von der Londoner Regierung insgesamt rund 40 Millionen Euro an Zuschüssen. Mit dem Geld sollen unter anderem neue Parks und Grünanlagen, Fahrradwege und Sportplätze angelegt werden. Ferner

erhalten Patienten, die regelmäßig ein Fitnessstudio besuchen, Rabatte beim Einkauf gesunder Lebensmittel wie Obst und Gemüse. Umstritten: das Londoner Gesundheitsministerium deutete inzwischen an, es sei „durchaus denkbar“, dass Patienten, die abnehmen oder die sich für einen gesünderen Lebenswandel und für mehr Sport entschieden, Geldzahlungen aus dem Gesundheitsetat erhalten könnten. Ziel ist es laut Gesundheitsminister Johnson, bis 2012 die Zahl übergewichtiger oder adipöser Patienten im Königreich deutlich zu senken. Im Jahre 2012 wird London die Olympiade ausrichten. Britische Haus- und Facharztverbände begrüßten die Initiative. pr/ast

Stellungnahme der Deutschen Rente Bund

Von Finanzdebakel nicht betroffen

Die gesetzliche Rentenversicherung ist von der Krise an den Finanzmärkten offenbar nicht unmittelbar betroffen. Die Gelder seien ausschließlich bei Kreditinstituten angelegt, die einem inländischen Einlagensicherungssystem angehörten, betonte die Deutsche Rentenversicherung. Die Renten würden im Umlageverfahren finanziert, so dass die eingezahlten Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber so-

fort wieder zur Finanzierung der laufenden Renten verwendet würden. Sie würden nicht, wie beim Kapitaldeckungsverfahren bei Versicherungen und Banken, am Kapitalmarkt angelegt, betonte die Deutsche Rente Bund. In keinem Fall lege die Deutsche Rentenversicherung Gelder spekulativ an, sondern wähle nur Anlageformen, die den höchsten Sicherheitskriterien entsprechen. ck/pit/pm

Wurzelspitzenresektion**Leitlinie veröffentlicht**

Eine Leitlinie zur Wurzelspitzenresektion (WSR) liegt jetzt in einer Kurzfassung für Zahnärzte und als Faltblatt zur Patienteninformation in gedruckter Form vor. Die Leitlinie wurde im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

von den Autoren Prof. Dr. Dr. M. Kunkel und Prof. Dr. M. Hülsmann erarbeitet. Die Leitlinie WSR gibt abgesicherte evidenzbasierte Informationen über die Indikation für eine WSR. In mehreren formalen Konsensusverfahren mit Fachgesellschaften und Verbänden wurden die Kernaussagen der Leitlinie abgestimmt

und mit Empfehlungsgraden auf der Basis der Evidenzgrade versehen. Da nur eine begrenzte Auflage gedruckt werden konnte, ist der übliche Verteilungsweg dieser für alle Zahnärzte interessanten Leitlinie das Internet. BBK/ZZQ

■ **Zahnarztbroschüre, Patientenfaltblatt sowie eine ausführliche Patienteninformation sind unter www.zzq-koeln.de/Schwerpunkte/Leitlinien abrufbar.**

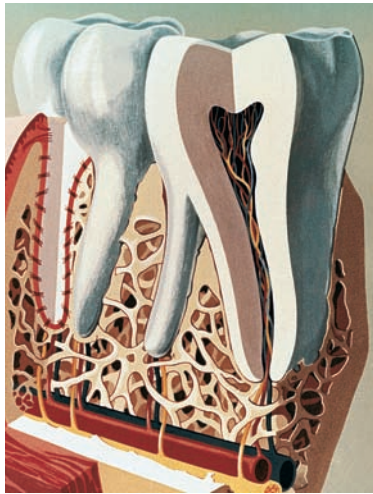


Foto: zm-Archiv

BLZK**Patientenbroschüre Parodontitis**

„Parodontitis: Vorbeugung – Früherkennung und Behandlung“ heißt eine neue Patientenbroschüre der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK). Der Ratgeber beantwortet häufige Fragen zu der Erkrankung und erleichtert dem Zahnarzt die Kommunikation mit dem Patienten. Auf 20 Seiten informiert die Broschüre über Ursachen, Warnsignale, Vorsorge und Behandlungsmethoden. Zudem unterstreicht das Heft, wie wichtig eine gewissenhafte und systematische Nachsorge ist und welchen Einfluss Parodontitis auf die Allgemeingesundheit hat. Ein Selbsttest mit zwölf Fragen er-



möglicht den Patienten, das individuelle Parodontitisrisiko zu ermitteln. jr/pm

■ **Bestellung (25 Stück zu 15 Euro (inklusive Versand und Porto): BLZK, Fax: 089/ 72 48 02 72, Kostenloser Download und Online-shop: <http://www.blzk.de>**

Obama**Finanzhilfen für Familienplanung**

US-Präsident Barack Obama hat der restriktiven Politik seines Vorgängers George W. Bush beim Thema Abtreibung ein Ende gesetzt. Er hob eine Verordnung auf, die Finanzhilfen für internationale Organisationen untersagte, die Schwangerschaftsabbrüche unterstützen oder ausführen. Diese Verordnung habe „in den vergangenen acht Jahren Anstrengungen unterminiert, eine sichere und effektive Familienplanung in Entwicklungsländern zu fördern“, meinte Obama. Ziel seiner Regierung sei es, die Zahl ungewollter Schwangerschaften zu verringern. „Es wird Zeit, dass wir die Politisierung dieses Themas beenden.“

Zugleich rief Obama den Kongress auf, US-Finanzhilfen an Or-

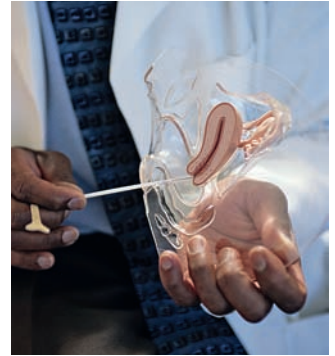


Foto: PhotoDisc

ganisationen der UN-Familienplanung wieder zu bewilligen. Den Stopp der staatlichen Gelder hatte der republikanische Präsident Ronald Reagan 1984 verfügt. Zwar schaffte sein demokratischer Nachfolger Bill Clinton die Verordnung später ab, doch Bush setzte sie nach seinem Amtsantritt 2001 wieder in Kraft. ck/dpa

Zahnärzte-Symposium zur eGK**Pitschas-Vortrag jetzt in Gänze**

Prof. Dr. Dr. Rainer Pitschas, Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer, hatte auf dem 2. Zahnärzte-Symposium in Berlin einen Vortrag zur elektronischen Gesundheitskarte aus verfassungsrechtlich-datenschutzrelevanter Sicht gehalten. Dieser umfassende Bei-

trag kann jetzt als Leserservice direkt im Netz heruntergeladen oder bei der Redaktion bestellt werden:

■ **<http://zm-online.de>, unter „Downloads“, e-Mail: zm@zm-online.de, Fax: 0221-4001-253**

zm

Wahlen in Baden-Württemberg**Lenke bleibt Präsident**

Dr. Udo Lenke ist als Präsident der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg (LZK) für weitere vier Jahre gewählt worden. Der neue Stellvertreter an seiner Seite ist Dr. Bernhard Jäger aus Mannheim. Im Vorstand sitzen außerdem Dr. Konrad Bühler

(Eislingen), Dr. Gerhard Cube (Stuttgart), Dr. Norbert Engel (Mühlacker), Dr. Wilfried Forscher (Biberach), Dr. Antoinette Röttele (Weil am Rhein), Dr. Dr. Heinrich Schneider (Metzingen) und Dr. Norbert Struß (Freiburg). ck/pm

Diabetes 2009

Workshop unter Schirmherrschaft der BZÄK

Unter der Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer wird auch in diesem Jahr wieder anlässlich der Messe „Diabetes 2009“ (6. bis 8. März) in Münster, Halle Münsterland, ein interdisziplinärer Workshop angeboten. Unter dem Titel „Diabetes mellitus und Parodontitis“ wird Dr. James Deschner, Poliklinik für Parodontologie der Universität Bonn, dem interessierten Messenpublikum die Zusammenhänge zwischen Zahnerkrankungen und Allgemeinerkrankungen er-

läutern. Der Workshop findet am Samstag, dem 7. März von 12.00 bis 13.00 Uhr in Pavillion 1 und 2 statt. Die Messe „Diabetes“ will Patienten und Interessierten die Möglichkeit bieten, sich über aktuelle Fragen rund um Diabetes mellitus zu informieren. Ein Schwerpunkt ist die Prävention, bei der auch zahngesundheitliche Aspekte verstärkt eine Rolle spielen. pr/BZÄK

■ Mehr zur Messe unter:
<http://www.diabetes-messe.com>



Foto: P. Crewer

Berliner Zahnärztekammer

Schmiedel wiedergewählt

Die neu gewählte Delegiertenversammlung der Berliner Zahnärztekammer hat ihren bisherigen Präsidenten, Dr. Wolfgang Schmiedel, wiedergewählt. Vizepräsident bleibt Zahnarzt Karsten Geist.

Auch die weiteren Vorstandsmitglieder – Ingmar Dobberstein,

Dr. Karsten Heegewaldt, Dr. Helmut Kesler und Dr. Dietmar Kuhn – wurden wieder in ihren Ämtern bestätigt.

Neu in den Vorstand gewählt wurde Dr. Michael Dreyer, der für Dr. Lore Gewehr nachrückte. Sie stand für eine Wiederwahl nicht mehr zur Verfügung. ck/pm

IDS 2009 in Köln

Fortbildung und Wissenschaft präsentieren sich auf der Messe

Die Internationale Dental-Schau (IDS) vom 24. bis 28. März dieses Jahres wird sich ausführlich modernen wissenschaftlichen Themen widmen. Fachgesellschaften präsentieren sich und ihre praxis-



bezogene Weiterbildung auf der Messe. So werden die implantologischen Fachgesellschaften ihre neuesten curricularen Projekte vorstellen, um dadurch interessierten Zahnmedizinern optimale Einstiegs- und Fortbildungschancen für diese immer wichtiger werdende Disziplin zu eröffnen. Diese umfassen auch Themen wie Alterszahnheilkunde, Piezo-

Techniken, Laserbehandlungen oder besondere prothetische Themen als Spezialgebiete innerhalb der Implantologie. Diese werden im Rahmen der Fortbildung aufgegriffen.

So lohnt sich für Einsteiger wie für erfahrene Zahnärzte beim Gang über die IDS nicht zuletzt ein Besuch bei den Ständen der implantologischen Gesellschaften, um für sich selbst, eventuell zusammen mit seinem Zahntechniker, den besten Zugang zu diesem modernen Gebiet zu finden.

Die IDS findet alle zwei Jahre in Köln statt, durchgeführt von der Koelnmesse. Veranstalter ist die GFDI Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH, das Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI). sp/pm

■ <http://www.ids-cologne.de>

Hepatitis B

Eine halbe Million Infizierte in BRD

Die Infektion mit dem Virus Hepatitis B führt zu einer ansteckenden Leberentzündung. Nach Schätzungen von Experten tragen in Deutschland zwischen 400 000 und 500 000 chronisch infizierte Menschen das Virus in sich. Rund 50 000 Menschen stecken sich pro Jahr neu an, etwa die Hälfte davon erkrankt. Hunderte sterben jedes Jahr an den Folgen von Hepatitis B. Vor allem bei Säuglingen besteht die Gefahr, dass die Krankheit chronisch wird und zu Leberkrebs führt. Hauptübertragungsweg ist bei Jugendlichen und Erwachsenen der Sexualkontakt. Das Virus

kann durch Blut und Serum, Wundsekret, Vaginalsekret, Sperma und Speichel übertragen werden. Da Blutspender auf Hepatitis B untersucht werden, hat diese Ansteckungsquelle nach Angaben von Fachleuten keine Bedeutung mehr.

Eine akute Leberentzündung beginnt oft mit Beschwerden wie Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen. Falls es nicht zu einer typischen Gelbsucht kommt, kann die Infektion nur durch eine Blutuntersuchung festgestellt werden. (Internet: www.kompetenznetz-hepatitis.de) sp/dpa

Impfexperten fordern

Anti-Masern-Kampagne für BRD

Angesichts erneut steigender Masernfälle in Deutschland fordern Gesundheitsexperten eine umfassende Impfkampagne gegen die Virusinfektion. Ohne eine bundesweite Aktion an den Schulen könne das erklärte Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht erreicht werden, die Masern bis 2010 in Europa auszurotten, heißt es im „Bulletin“ der WHO (Bd. 87, S. 108). Im vergangenen Jahr wurden bundesweit 915 Masernfälle gemeldet – fast doppelt so viele wie 2007 (529), wenn auch weniger als im „Masern-Jahr“ 2006 mit 2282 Erkrankungen. Deutschland zähle damit weiterhin zu den Hauptmasern-Exporteuren Europas, schreibt die „Ärzte-Zei-

tung“. Weltweit sterben nach WHO-Daten jedes Jahr fast 200 000 Menschen an Masern – die meisten davon Kinder unter fünf Jahren. 95 Prozent der Todesfälle kommen in Ländern mit schlechter medizinischer Infrastruktur vor. sp/dpa



Foto: DAK/Wigger

Gen identifiziert

Achromatopsie

Forschern der Augenklinik der Universität Tübingen war es 1998 erstmals gelungen, das Gen für vollständige Farbenblindheit (Achromatopsie) zu identifizieren. Die Krankheit ist von der weiter verbreiteten Rot-Grün-Blindheit zu unterscheiden. Letztere wird zwar landläufig auch oft als Farbenblindheit bezeichnet, aber sie schränkt die Sehfähigkeit nicht wesentlich ein, weshalb die meisten Menschen damit zurechtkommen. Bei der vollständigen Farbenblindheit dagegen beträgt die Sehfähigkeit nur noch zehn Prozent. Die Betroffenen können keinerlei Farben erkennen und nur Graustufen unterscheiden. Außerdem sind sie extrem blendempfindlich. Fachleute bezeichnen sie als Achromaten – etwa

3 000 gibt es in Deutschland. Generell unterscheidet die Medizin drei Formen der vollständigen Farbenblindheit. Die am weitesten verbreitete Variante dieser vererbten Erkrankung der Netzhaut ist die angeborene Achromatopsie. Eine ähnliche Erkrankung ist die Blauzapfen-Monochromasie. Wer daran erkrankt, kann zumindest im Blaubereich noch Farben wahrnehmen. Drittens kann die totale Farbenblindheit auch nach einem Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder anderen Gehirnverletzungen auftreten.

Im Gegensatz zur vererbten Farbenblindheit liegt die Ursache dann aber nicht im Auge selbst, sondern in der gestörten Verarbeitung der Farbwahrnehmung im Gehirn. sp/dpa

HIV**Erneut mehr Neudiagnosen**

Die Zahl der HIV-Neudiagnosen ist weiter gestiegen. Dem Robert Koch-Institut (RKI) wurden für das Jahr 2007 insgesamt 2.752 neu diagnostizierte HIV-Infektionen übermittelt, vier Prozent mehr als im Vorjahr. „Eine der bislang wenig bekannten Ur-



Foto: PhotoDisc

sachen für den Anstieg ist die hohe Zahl der Syphilis-Infektionen in Deutschland“, sagt RKI-Präsident Jörg Hacker.

Wichtigste Betroffenengruppe sind laut RKI mit 65 Prozent nach

wie vor Männer, die Sex mit Männern haben: Bei ihnen stiegen die Neudiagnosen gegenüber dem Vorjahr um 12 Prozent. Auch unter Personen mit heterosexuellem Infektionsrisiko gab es

erneut mehr Fälle. Bei intravenös Drogengebrauchenden und bei Migranten aus Ländern mit hohen HIV-Zahlen, gingen die Meldungen dagegen zurück. Seit 2001 gibt es dem RKI zufolge einen stetigen Anstieg, zum Teil durch eine verbesserte Erkennung von Erstdiagnosen und mehr HIV-Tests. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) betonte, dass Kondomabsatz und -nutzung so hoch wie nie zuvor seien. Jedoch schützten sich Teilgruppen der sexuell aktiven Bevölkerung nicht hinreichend. jr/pm

■ **Mehr Infos:**
<http://www.rki.de>
<http://www.bzga.de>

Erratum

Zu dem Beitrag „eine Handvoll Mensch“ aus zm 2/09 ab Seite 46 steht auf der Seite 50 ein Kasten über „Zahngesundheit von früheren Frühchen“. Leider sind die Titel der Autorin nicht korrekt wieder gegeben. Es muss heißen:

*Prof. Dr. med. Almut Makuch,
 Diplompsychologin
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 und Kinderzahnheilkunde
 Selbständige Abteilung für
 Kinderzahnheilkunde und
 Primärprophylaxe
 Nürnberger Straße 57
 04103 Leipzig
 Almut.Makuch@medizin.uni-
 leipzig.de*

sp

Gesundheitspolitische Perspektiven

Bürgerkasse oder Prämie: Deutschland hat die Wahl

Kritiker halten den Gesundheitsfonds für einen faulen Kompromiss – geschlossen, um die Entscheidung Bürgerversicherung oder Prämienmodell weiter offenzuhalten. Was aber passiert nach der Bundestagswahl? Wie sehen die gesundheitspolitischen Perspektiven aus? Das versuchten in Berlin Vertreter von Regierung, Opposition, Wissenschaft und Kassen zu beantworten.



Foto: bluemagenta

Im Herbst wählt Deutschland – mit der Stimme für eine Partei und einen Kandidaten fällt auch die Entscheidung über die zukünftige Gesundheitspolitik im Land.

Am 27. September wird gewählt. Knapp neun Monate vorher wollte der Bundesverband Managed Care (BMC) von Experten aus Politik und Wissenschaft wissen, wie es danach in der Gesundheitspolitik weitergeht.

„Der Weg zum Gesundheitsfonds ist für die Kassen eine logische Entwicklung, denn der Trend geht bei den Versicherten Richtung Autonomie und Entscheidungsfreiheit“, folgerte Franz Knieps, GKV-Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium. Dabei Sorge der Morbi-RSA für eine faire Risikoverteilung. Knieps: „Der Fonds verhindert, dass eine Kasse in Ritterrüstung und die andere im Sportdress zum 100-Meterlauf antritt.“ Laut Knieps war der Fonds nie nur als Instrument der GKV gedacht, sondern von je her als Hilfe zur Vereinheitlichung von GKV und

PKV. Knieps: „Auf Dauer wird sich die PKV dem Wettbewerbsdruck ohnehin nicht entziehen können. Allein das Thema Altersrückstellungen wird bald wieder auf der Agenda stehen.“

Kritisch bewertete Knieps die Veränderungen in der ärztlichen Landschaft. Bei den Leistungsträgern verließ die Politik häufig der Mut, und die Bekenntnisse seien „umso stärker, desto gelb“. Besonders im ambulanten Bereich müsse man stärker diskutieren, was kollektivvertraglich und was einzelwirtschaftlich organisiert werden soll. Die Ärzte klagten einerseits über Arbeitsüberlastung, seien andererseits aber nicht bereit, nicht-ärztliche Tätigkeiten an das medizinische Personal abzutreten. „Wir haben 30 Prozent mehr Ärzte, doch statt um eine Ärzteschwemme kreist die Diskussion um Ärzte-

mangel“, mäkelte Knieps. Und stellte in dem Zusammenhang zur Diskussion, den Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen zu übertragen. Für die nächste Regierung seien die Spielräume allerdings begrenzt, lenkte er ein. Bewegen könne sich die Politik nur im Rahmen der Pfade, die bei den früheren Reformen errichtet wurden – „egal, welche Regierung das Sagen hat.“ Eine Lanze für die GKV brach Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen: „Die Weiterentwicklung des GKV-Katalogs bleibt ein Dauerauftrag. Die GKV enthält keinen überflüssigen Leistungen – Deutschland hat schon heute eine Basisversorgung.“ Wasem: „Jedes Herausnehmen von ganzen Leistungsblöcken schafft massive Verteilungsprobleme.“ Die zentrale Frage laute: Haben neue Leistungen einen Zusatznutzen, sind sie kosteneffektiv? Problematisch sei, dass die Kassen bislang selbst in hohem Maße ihre Tarife festsetzten und damit Risikoselektion betrieben.

Schiefes Vertragsgeschäft

Wasem plädierte für „mehr Mut zu echten Selektivverträgen“, betonte jedoch zugleich die Notwendigkeit, auch die Kollektivverträge behutsam weiterzuentwickeln. Wasem: „Wir müssen aufpassen, dass wir keine betrieblichen Existenzen bedrohen.“ Es mache keinen Sinn, das Vertragsgeschäft von einem Monopol auf das andere zu verlagern: „Als Vertragspartner ist die Selbstverwaltung in jedem Fall besser geeignet als ein eingetragener Verband.“ Was bislang fehle, sei ein konsistenter Aufbau der Vertragslage. „Es knirscht an unterschiedlichen Stellen zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen, besonders im Arzneimittelbereich“, kritisierte Wasem. Er könne sich durchaus vorstellen, einen Schritt mehr Richtung Einzelverträge zu gehen. Dann aber habe die Sicherstellung bei den Kassen zu liegen und es gebe Kontrahierungszwang.

Ebenfalls neu geregelt werden müsse die Aufsicht über die Kassen. Hier sprach sich Wasem für ein gesplittetes Modell aus: Die Versorgungsaufsicht obliege dann den Ländern, die Finanzaufsicht dem Bund. Wichtig sei, die Dysfunktionalitäten des Systemwett-

bewerbs an der Schnittstelle der Vollversicherung von GKV und PKV zu überwinden. „Wir können kein System bestehen lassen, in dem rationale Kriterien zur Entscheidung gegen die Teilnahme am Solidarprinzip führen“, betonte Wasem. „Das heißt nicht, dass wir die PKV plattmachen wollen, sondern dass wir fairen Wettbewerb ermöglichen müssen.“ Für Wasem macht es einen Unterschied, „ob sich Versicherte herausoptieren oder ob sie sich am Solidarprinzip beteiligen und Leistungen hinzukaufen.“ Dringend erforderlich sei außerdem, eine Evaluationskultur von Gesundheitsreformen zu entwickeln.

rung und viele Zusatzverträge, sondern eine gute, qualitativ abgesicherte Versorgung. Dagegen hielt PKV-Direktor Volker Leienbach: „Wir sollten kein Einheitssystem anstreben. Allein durch den von der Regierung festgesetzten Beitragssatz ist der Fonds ein ganz klarer Schritt zu immer stärkerer staatlicher Steuerung.“ Doch wolle man wirklich, fragte Leienbach, dass die Akteure am Markt immer weniger Entscheidungsfreiheit haben?

Medizinischer Fortschritt werde in der GKV künftig nicht mehr abgebildet, weil die Entscheidung statt bei der Selbstverwaltung künftig beim Staat liege, und der habe Finanzierungsprobleme.

Fremdkörper Basistarif

Was den Basistarif angeht, verdeutlichte Leienbach: „Er bleibt ein Fremdkörper, denn er ist ein GKV-Schutz unter dem Dach der PKV“.

Gleichzeitig sei er aber auch ein Garant dafür, dass es keine Einheitsversicherung geben wird. „Durch den Basistarif ist die PKV gezwungen, ihre

Leistungen innerhalb in der Vollversicherung zu schärfen, das heißt, noch hochwertiger zu gestalten, um attraktiv zu bleiben“, erläuterte Leienbach. „Der Basistarif führt letztlich dazu, dass die PKV alle Anstrengungen unternimmt, um ihre herkömmlichen Tarife aufzuwerten. Und eben nicht dazu, dass sie den GKV-Schutz unter ihrem Dach ausgestaltet.“

Auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen könne sich die PKV hingegen nicht komplett konzentrieren. Die Zahlen belegten: „Die Vollversicherung hat einen großen Anteil, die Zusatzversicherung einen schwindend kleinen.“

Von einem „Anachronismus der Parallelversorgung“ sprach indes Dr. Marlies Volkmer (SPD). Zwischen PKV und GKV herrsche kein echter Wettbewerb, weil nicht alle Versi-

cherten die Möglichkeit hätten, in die PKV zu gehen. Volkmar: „Das gibt den Selektivverträgen aber keine Vorfahrt – im Gegenteil.“ Als Beispiel für Bereiche, die dem Wettbewerb entzogen werden sollten, nannte sie die Palliativversorgung. Diese müsse kasseneinheitlich und übergreifend geregelt werden. Dennoch sprach sie sich generell für ein flexibles Vertragssystem zwischen Kosten- und Leistungsträgern aus. Ziel der SPD: „Der Ausbau der Solidarität, sprich die Einführung der Bürgerversicherung!“

Dr. Konrad Schily (FDP) widersprach: Jeder habe die Pflicht zur Versicherung, es könne jedoch keine Zwangsversicherung geben. Schily verwies auf das Prinzip der Subsidiarität. Auch bei den Kassen müsse jede selbst entscheiden, wie sie ihre Verwaltungsstruktur entwickelt.

„Beim Start des Fonds gab es zumindest in der Abwicklung keine Probleme“, meinte Jens Spahn (CDU/CSU). Insgesamt überwiegen seiner Meinung nach dessen Vorteile. Was die Zukunft des Fonds betrifft: „Es wird nach der Wahl keine revolutionären Veränderungen geben – unabhängig davon, wer gewinnt.“

Man könne das Gesundheitssystem nicht alle zwei Jahre ändern, sondern müsse den Fonds einfach besser werden lassen. Beim Wettbewerb zwischen den Leistungsträgern und den Kassen seien klare Wettbewerbs- und Kartellregeln notwendig, vor allem dort, wo es über die reine Sicherstellung der Versorgung hinausgeht.

Spahn sprach sich für einen schrittweisen Umbau der deutschen Krankenversicherung nach dem Vorbild des niederländischen Systems aus. Eine Schlüsselrolle dabei soll ihm zufolge das Instrument des Zusatzbeitrags spielen. Eine „Leitidee“ fehle der Union in der Gesundheitspolitik gleichwohl, während SPD und Grüne ihr Konzept einer Bürgerversicherung weiter verfolgten.

Das bestätigte Dr. Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen): Für seine Partei ist die Bürgerversicherung ist nach wie vor das Ziel, weil die Grünen auch andere Einkommensarten berücksichtigt sehen wollen. Terpe: „Wir wollen aus Gründen der Gerechtigkeit die Schranken abschaffen und mit dem Fonds GKV und PKV zusammenführen.“ ck



Foto: vario images

Egal, wer das Steuer übernimmt: Der Fonds bleibt vorerst, heißt es aus den Reihen von Opposition und Regierung.

Die Gewinner der Reform

„Nicht die Kassen sind die Gewinner der Reform, sondern jene Versicherten, die die Krankheiten haben, für die das Geld fließt“, stellte Wilfried Jacobs, Chef der AOK Rheinland/Hamburg, klar. Das GKV-System in Reinkultur habe sich überlebt – genauso wie das reine PKV-System. Zu beobachten sei eine Annäherung: „PKV-Elemente finden sich in der GKV und umgekehrt“, sagte Jacobs. Auch die Fusionen zeigten, dass beide Systeme zusammenrücken.

Die aktuellen Vergütungsmodelle in der GKV seien freilich zu wenig qualitätsorientiert: „Kollektivverträge und gießkannenorientierte Verteilungssysteme passen perspektivisch nicht mehr in die Landschaft.“ Die Zukunft sei nicht die schmale Basisversiche-

Bundesmodellprojekt der BKK

Die selbsthilfefreundliche Arztpraxis

Ein Modellprojekt des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen (BKK) prüft, wie sich ärztliche Praxis und gesundheitliche Selbsthilfe besser miteinander verzahnen lassen. Es geht vor allem um die Frage, ob und wie die Selbsthilfefreundlichkeit in einer Arztpraxis sich verbessern und langfristig als Kernelement in die Qualitätsmanagementsysteme einbinden lässt.



Foto: CC

Ärzte sehen ihre Patienten heute verstärkt als Partner – und viele sind offen für das Thema Selbsthilfe.

Wie lässt sich die Kooperation von gesundheitlicher Selbsthilfe und ärztlicher Praxis verbessern? Dieser Frage widmete sich das im vergangenen Jahr vom BKK-Bundesverband geförderte Modellprojekt „Die selbsthilfefreundliche Arztpraxis“. Zahnärztliche Praxen wurden beim Projekt bislang nicht berücksichtigt und sind auch in näherer Zukunft dafür nicht vorgesehen. Der Grund hierfür liegt wohl in der geringen Anzahl von Selbsthilfegruppen, die für eine direkte Kooperation mit der Zahnarztpraxis in Frage kämen.

„Grundlage für die Kooperation der verschiedenen Projektteilnehmer aus der Wissenschaft, Selbsthilfe und Ärzteschaft waren die positiven Erfahrungen, die bereits mit dem Vorgängerprojekt „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ in Hamburg gemacht wurden“, erklärt Dr. Peter Scholze, Vorstandsbeauftragter für Patientenorientie-

rung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). „Ausgangspunkt unserer Überlegungen war, wie man diese Erfahrungen auch auf den ambulanten Sektor transferieren kann“, sagt Scholze, der auch im Beirat des bundesweiten Modellprojektes sitzt.

Grundsatzstudien

Ziel des Projektes: eine stärkere Verknüpfung der ambulanten medizinischen Versorgung mit den Selbsthilfegruppen. Um das zu erreichen, finanzierte die BKK zunächst einige Grundsatzstudien. „Es galt herauszufinden, wie aufgeschlossen die Ärzteschaft dem Thema gegenüber ist und inwieweit eine Implementierung der Selbsthilfefreundlichkeit als Kernelement der Patientenorientierung in den Qualitätsmanagementsystemen sinnvoll und machbar ist.

Der Zeitpunkt hierfür erschien uns aufgrund des gesetzlich vorgegebenen Zeitrahmens für die im Aufbau befindlichen QM-Systeme besonders günstig“, sagt Dagmar Siewerts, Ansprechpartnerin für die Selbsthilfeförderung beim BKK-Bundesverband.

Hintergrund: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sind verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Gesetzliche Grundlage für diese Verpflichtung ist der Paragraph 135 a des Sozialgesetzbuches V (SGB V).

Die Leistungserbringer müssen sich demnach nicht nur an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen, sondern auch ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einführen und weiterentwickeln.

Ziel der gesetzlichen Vorgabe zum Aufbau von QM-Systemen ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung kontinuierlich zu sichern und zu verbessern. Der Gesetzgeber hat dabei vorgesehen, das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement unter Berücksichtigung der Praxisgegebenheiten schrittweise in drei Phasen einzuführen und weiterzuentwickeln. Dabei umfassen die Planungs- und Umsetzungsphase jeweils einen Zeitraum von zwei Jahren, die Überprüfungsphase soll ein weiteres Jahr beanspruchen dürfen. Seit Anfang 2008 müssen die Planungsprozesse, Anfang 2010 dann die Umsetzungsprozesse abgeschlossen sein. Dabei gilt es zu beachten: Eine systematische Patientenorientierung soll beim Aufbau der QM-Systeme berücksichtigt werden – so schreibt es der GBA in der entsprechenden Richtlinie.

Voll kompatibel

Die Universitätsklinik Hamburg, die bereits beim Krankenhausprojekt teilgenommen hatte, sollte den aktuellen Entwicklungsstand der wichtigsten ärztlichen QM-Systeme für die ambulante Versorgung analysieren und herausfinden, ob eine Implementie-

zm-Info

Gesetzliche Grundlage der Selbsthilfeförderung – Der Paragraph 20c SGB V

Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festsetzungen des Absatzes 3. (...) Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach Paragraph 18 Absatz 1 SGB IV anzupassen. Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 Prozent der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.

Quelle: Sozialgesetzbuch

zung des Parameters Selbsthilfefreundlichkeit überhaupt möglich ist. Das Ergebnis fällt eindeutig aus: „Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfefreundlichkeit sind mit der bisherigen Qualitätsentwicklungspolitik im ambulanten Bereich voll und ganz kompatibel“, bilanziert Studienleiter Professor Alf Trojan vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Für die Integration von Selbsthilfeunterstützung und Selbsthilfefreundlichkeit als Indikatorenset oder Qualitätsziel kämen vor allem die Dimensionen Patientenorientierung, Kundenorientierung oder Patientenbeteiligung in Frage. Besonders geeignet für die Zusammenarbeit mit



Foto: ???

Ziel des BKK-Projekts: eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter Versorgung und Selbsthilfegruppen

der Selbsthilfe, so die Hamburger Forscher, seien interdisziplinäre Netzwerke im Rahmen der neuen Versorgungsformen. Eine Aufnahme der Selbsthilfefreundlichkeit in Indikatorensysteme und Qualitätsmanagementsysteme könne, zusammen mit anderen Qualitätsmerkmalen, künftig auch zu zusätzlichen Einnahmen für zertifizierte Ärzte führen, da die Kassen ab 2009 für besonders gute Qualität Zusatzhonorare vereinbaren können.

Peter Scholze von der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern sieht die Ergebnisse der Hamburger Studien als wichtige Grundlage, um eine Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit in die QM-Systeme weiter voranzutreiben. Dabei stehen vor allem die Qualitätsmanagementsystem QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) und KTQ im Fokus. QEP ist das QM-System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), das für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen geeignet ist und alle gesetzlichen Anforderungen zu Qualitätsmanagement (QM) erfüllt. KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ist ein QM-System für Kliniken und Arztpraxen.

Neben der Analyse der vorhandenen QM-Systeme und einer möglichen Implementierung von Selbsthilfefreundlichkeit hat die Hamburger Forschergruppe parallel auch

Ärzte befragt, um herauszufinden, ob an einer intensivierte Kooperation mit der gesundheitlichen Selbsthilfe von ärztlicher Seite überhaupt Interesse besteht. Die Forscher unter der Leitung von Professor Trojan befragten zwischen Juni und August 2008 1 643 Moderatoren von ärztlichen Qualitätszirkeln in Hessen, Bayern und Hamburg schriftlich. Entscheidungsgrundlage für die Auswahl dieser Gruppe, so Trojan, sei die Annahme gewesen, dass Moderatoren von Qualitätszirkeln überdurchschnittlich gut über Qualitätsmanagement informiert seien. Zudem seien sie besonders geeignet, Akzeptanz und Informationsbedarf über Selbsthilfefreundlichkeit als Qualitätsmerkmal auf ärztlicher Seite einzuschätzen. „Unsere Befragungen haben ergeben, dass bei den Ärzten durchaus eine große Bereitschaft für eine Zusammenarbeit mit der gesundheitlichen Selbsthilfe vorhanden ist. Es besteht jedoch ein Aktivierungs- und Motivierungsbedarf für die meisten Kooperationsformen“, bilanziert der Studienleiter. Anreize zur Förderung der Zusammenarbeit seien beispielsweise zusätzliche Honorierungen, Fortbildungspunkte und die Entlastung des Arztes durch eine größere Autonomie des Patienten. „Ein Prädikat „Selbsthilfefreundliche Praxis“ wird hingegen deutlich weniger als Kooperationsanreiz betrachtet.“

Positive Grundhaltung

Auch Dr. Peter Scholze von der KVB schätzt das Interesse der Ärzte an einer Kooperation grundsätzlich hoch ein: „Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in der Vergangenheit stark verändert. Die Ärzte sehen heute ihre Patienten in erster Linie als Partner in der Behandlung.“ Die Ergebnisse einer Befragung von bayerischen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten belegen die positive Grundhaltung zur Selbsthilfe eindrucksvoll: 95 Prozent der Einzelpraxen und 97 Prozent der Praxisnetze halten Selbsthilfegruppen (SHG) für sinnvoll. 77 Prozent der Einzelpraxen und 92 Prozent der Praxisnetze denken, durch eine Kooperation mit SHG bei der Betreuung chronisch kranker oder schwieriger Patienten entlastet zu werden, 73 Prozent der Einzelpraxen und 73 Prozent der Praxisnetze sind der Meinung, dass neue Ansätze zur Patientenorientierung wichtig beziehungsweise dringlichst umzusetzen sind. „Die Ärzte stehen der Selbsthilfe absolut wohlwollend gegenüber. Daraus hat sich in der Vergangenheit aber zu wenig direkte Zusammenarbeit ergeben“, so Scholze. Dies habe man mit dem Projekt ändern wollen. „Der Wille zur Ko-

zm-Info

Fördergelder für die Selbsthilfe

(Gesamtausgaben aller Kassen und Ausgaben je Versichertem)

- 2000: 9,5 Millionen Euro; 13 Cent je Versichertem
- 2002: 21,5 Millionen; 30 Cent je Versichertem
- 2004: 26,4 Millionen; 38 Cent je Versichertem
- 2006: 27,5 Millionen; 39 Cent je Versichertem
- 2008: 39,9 Millionen; 56 Cent je Versichertem (hochgerechnet, aktuelle Zahlen sind noch nicht verfügbar)

Quelle: BVA, KJ1 /BMG KV45



Foto: ???

Auch die Arzthelferin soll in die Kooperation mit eingebunden werden.

operation ist ja auf beiden Seiten da. Wir haben deshalb bei uns in Bayern versucht, Ärzte und Selbsthilfe zueinanderzuführen – fast ein bisschen so, wie ein Heiratsvermittler.“

Dafür kontaktierte die KVB nach einer Zielgruppenanalyse, welche Ärzte überhaupt Interesse an einer solchen Kooperation haben könnten, diese gezielt und lud sie zu verschiedenen regionalen Treffen mit Selbsthilfegruppen ein. Dabei kooperierte die KVB mit der „Selbsthilfekoordination Bayern“ (Seko). Scholze: „Bei diesen Treffen gab es dann einen regen Austausch darüber, wie man als Arzt ganz konkret seine Praxis selbsthilfefreundlicher gestalten kann – beispielsweise durch das Auslegen von Info-Materialien der Selbsthilfegruppen, durch gezieltes Verweisen an eine Selbsthilfegruppe oder auch durch Vorträge zu bestimmten Krankheitsbildern bei Gruppentreffen.“ Diese regionalen Treffen sollen auch in Zukunft in Kooperation mit der Seko ausgebaut werden.

Ein weiterer Strang des Projektes, der direkt über die Seko lief, war die praktische Umsetzung von Selbsthilfefreundlichkeit in Arztpraxen. „Das Projekt Selbsthilfefreundliche Arztpraxis richtet sich hier bei uns in Bayern

ganz konkret an niedergelassene Ärzte und Praxispersonal. Unser Ziel ist es, das Interesse der Ärzte an Selbsthilfethemen zu wecken und zu intensivieren sowie Basisinformationen und Qualifizierungsmaßnahmen für Ärzte und Praxispersonal zusammenzustellen. Darüber hinaus entwickeln wir Konzepte und Anreize für Kooperationen“, erklärt Irena Tezak von der Selbsthilfekoordination Bayern in Würzburg. Die Seko habe in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, dass Ärzte für das Thema Selbsthilfe prinzipiell aufgeschlossen seien, aber oft keine genauen Vorstellungen davon hätten, wie eine Kooperation aussehen könnte.

Fortbildung für Ärzte

Im Herbst 2008 bot die Seko deshalb in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Helferinnen niedergelassener Praxen an. Tezak: „Das Thema Selbsthilfe ist mittlerweile in der Ärzteschaft so anerkannt, dass es für die Veranstaltung von der KV Bayern Fortbildungspunkte gab. Das hat uns ganz besonders gefreut und kam auch bei den teilnehmenden Ärzten sehr gut an.“

Ziele der Fortbildungen seien gewesen, die Kooperation zwischen Ärzten beziehungs-

weise ihren Arzthelferinnen und den Selbsthilfegruppen zu stärken, Vorurteile abzubauen und eine konkrete Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen einzuleiten. Außerdem galt es herauszuarbeiten, wie die Praxen die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeszusammenschlüssen in das vorgeschriebene regelmäßige Qualitätsmanagement einbauen könnten. Tezak weiter: Die Reaktion der teilnehmenden Ärzte an den Fortbildungsveranstaltungen in Bamberg und Augsburg hat gezeigt, dass Ärzte durchaus ein großes Interesse an einer Kooperation haben. „Es ist allerdings wichtig, dass sie über die Vorteile einer solchen Zusammenarbeit konkret informiert werden. Schließlich profitieren sie von einer solchen Kooperation, etwa durch eine größere Autonomie des Patienten oder die Hinzugewinnung neuer Patienten über die Selbsthilfegruppe.“

Um den Kontakt zu Selbsthilfegruppen zu erleichtern, hat die Seko neben den Fortbildungsveranstaltungen auch eine Internetplattform aufgebaut, die sich insbesondere an Ärzte und Praxismitarbeiter wendet. Mithilfe dieser Internetseite soll Ärzten und medizinischem Fachpersonal, aber auch weiteren an Selbsthilfe Interessierten, eine schnelle Möglichkeit gegeben werden, sich darüber zu informieren, wo die nächste Einrichtung in Bayern zu finden ist, die an Selbsthilfegruppen weitervermittelt, und ob es zur entsprechenden Erkrankung eine Gruppe in Bayern gibt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt die Kooperation mit Selbsthilfegruppen: „Ärzte profitieren vom Erfahrungswissen einer Selbsthilfegruppe zu einem bestimmten Krankheitsbild. Dabei stärkt größeres Verständnis der spezifischen Probleme – besonders bei seltenen Erkrankungen – das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Es verbessert die Compliance und macht einen Therapieerfolg wahrscheinlicher. Selbsthilfegruppen wiederum profitieren vom Fachwissen der Ärzte“, betont Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).



Foto: ???

KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller begrüßt die Kooperation mit Selbsthilfegruppen.

*Otmar Müller
Freier Journalist
Nürnbergstraße 6
50937 Köln*

Neujahrsempfang von BZÄK und KZBV in Berlin

Start ins Superwahljahr

So voll wie noch nie war der Kaisersaal der Parlamentarischen Gesellschaft anlässlich des diesjährigen Neujahrsempfangs von BZÄK und KZBV am 27. Januar in Berlin. Rund 500 Gäste aus Politik, Standespolitik, Ministerien, Institutionen und Verbänden nutzten die Gelegenheit zur Kontaktpflege und zu Hintergrundgesprächen mit den Zahnärzten – Auftakt für ein spannendes politisches Jahr im Zeichen der Bundestagswahl und weiterer wichtiger Wahlen.



Gastgeber mit Gästen (v.l.n.r.): BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel, MdB Peter Friedrich, SPD, MdB Dr. Rolf Koschorrek, CDU, KZBV-Vorsitzender Dr. Jürgen Fedderwitz, BZÄK-HGF Dipl. Volksw. Klaus Schlechtweg und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich



„Wir lassen an unserer fachlichen Kompetenz nicht rütteln“ machte Dr. Engel der Politik deutlich.

„Mögen alle Ihre Sorgen nicht länger währen als die zu Neujahr gefassten guten Vorsätze“, begrüßte der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel, in lockerer rheinischer Manier die Gäste. Nur selten habe ein Jahr – noch dazu ein Superwahljahr – über ein derart großes Unwägbarkeitspotenzial verfügt wie das aktuelle. „Übertroffen wird die Zahl der möglichen Probleme in solchen Zeiten üblicherweise nur noch von dem Quantum origineller Heilskonzepte“, sagte Engel mit einem Augenzwinkern. Und fügte gleich hinzu, dass diejenigen, die sich vom neuen Präsidenten der BZÄK grundlegend neue Botschaften erhofften, enttäuscht würden: „Es bleibt alles beim Alten: die Bereitschaft zum Dialog ebenso wie das Festhalten an der Autonomie unserer fachlichen Kompetenz und Autorität, an der wir nicht rütteln lassen.“

Ganz bewusst klammerte Engel angesichts „düsterer Wirtschaftsprognosen und gesellschaftlicher Unkenrufe“ kritische Themen in seiner Begrüßungsrede aus. Er zitierte lediglich Adenauers Ratschlag: „Wenn die anderen glauben, man ist am Ende, muss man erst richtig anfangen.“, und ergänzte: Dieser Satz, meine Damen und Herren, ist übrigens alles, was Sie heute Abend zum Thema GOZ-neu von mir hören werden.“

Aktuelle Aspekte

Dafür nahmen sich die Vertreter der Politik in ihren Grußworten umso mehr der GOZ-Novelle an. Annette Widmann-Mauz, Gesundheitspolitische Sprecherin und Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, griff gleich mehrere aktuelle Aspekte der Gesundheitspolitik heraus, die die Zahnärzteschaft tangieren. Was den GOZ-Entwurf betreffe, so müsse dieser kritisch und sorgfältig geprüft werden. Zwar handele es sich um einen Verordnungstext des Ministeriums, da darin aber eine grundlegende politische Weichenstellung vorgesehen sei, sollte er nicht im „Schnellgalopp durch die Verfahren gepeitscht werden“, sondern vielmehr unter aktiver Beteiligung der Bundestagsabgeordneten gründlich untersucht werden. Widmann-Mauz kam auch auf die Europawahl zu sprechen. Bei wichtigen Themen, wie et-



Dr. Fedderwitz plädierte für die Einführung neuer Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen.

Fotos: BZÄK/Axentis.de



Annette Widmann-Mauz, CDU; sprach sich dafür aus, den GOZ-Entwurf kritisch zu überprüfen.

wa der europäischen Richtlinie zu den grenzüberschreitenden Patientenrechten, seien auch die Freien Berufe tangiert und aufgefordert, sich dem Prozess aktiv zu stellen. Dank maßgeblicher Weichenstellung der Unionsfraktion sei außerdem die 68er-Altersregelung abgeschafft worden. SPD-MdB Peter Friedrich ging aus seiner Sicht auf die GOZ ein und kritisierte, dass statt einer Sachdiskussion gerade eine Formaldiskussion stattfindet. Es sei aber nie zu spät für einen Neuanfang, betonte er. Weiterhin griff er die Pläne zu einem neuen Präventionsgesetz auf. Er lobte das Engagement und die Errungenschaften der Zahnärzte in Sachen Prophylaxe. Sinnvoll sei, dass Prävention auch in anderen Gesundheitsbereichen Fuß fassen.

Die GOZ-Novelle ist nach Auffassung von Daniel Bahr, Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Fraktion, als kritisch zu betrachten. Sie bedeute den Einstieg in eine staatliche zentrale Einheitskasse und biete weder für die Leistungs- noch für die Versicherungenseite eine Lösung. Vielmehr zeige sich deutlich, dass hier das SGB V als Richtschnur gedient habe. Eine Bematisierung der GOZ sei jedoch abzulehnen. Bahr zog einen Vergleich zu den Ärzten und betonte, dass wie bei der GOZ-Novellierung auch bei deren Honorarreform die Datengrundlage zur Berechnung des Honorarvolumens unklar sei. Die FDP setze sich für eine einfache, leistungsbezogene und transparente Gebührenordnung ein.

Die Diskussion um die GOZ sei ein Konfliktfeld, dessen Lösung längst überfällig sei, betonte MdB Dr. Harald Terpe, Bündnis90/dieGrünen. Die Neuregulierung müsse bekanntlich für Jahre die Zukunft der Zahnärzte bestimmen. Terpe verwies auf



Rund 500 Gäste kamen in den Kaisersaal der Parlamentarischen Gesellschaft



Peter Friedrich, SPD, lobte die Zahnärzte in Sachen Prävention

politisch relevante Punkte anzusprechen. Denn: „Nicht die großen Lautstärken sind es, die bei Politik und BMG Gehör verschaffen, sondern mehr das leisere Nervensägen. So hat auch erfolgreiches Nervensägen sein Gutes“, sagte er augenzwinkernd. Die Anliegen der Zahnärzteschaft seien der Politik bekannt. Dazu gehöre eine „vernünftige GOZ“, auch unter Einbindung des Sachverständigen von Kabinett und Bundesrat. Dazu zähle weiterhin die Abschaffung des Budgets, zu dem die Zahnärzteschaft bereits entsprechende Vorschläge gemacht habe. Ein weiterer wichtiger Punkt sei die Angleichung der Honorarsituation in Ost und West, ein Punkt, der längst überfällig sei und zum Wohle von Ärzten, Zahnärzten und Patienten geregelt werden sollte.



Daniel Bahr, FDP, sieht die GOZ-Novelle als Einstieg in die Einheitskasse

Schnittstellenprobleme. Die Annäherung der Vergütungssysteme sei vernünftig, es sollte aber keine Einheitsversicherung geben. Er warb außerdem für eine Bürgerversicherung: Komme mehr Geld ins System, werde es auch eine bessere Versorgung geben, meinte er.

Standespolitisch relevant

Es oblag traditionsgemäß dem Vorsitzenden der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, vom formellen zum informellen Teil des Abends überzuleiten. Er übernahm dies – aber nicht, ohne zuvor aus seiner Sicht einige standes-



Dr. Harald Terpe, Bündnis 90 / die Grünen, warb für eine Bürgerversicherung.

Last but not least war es Fedderwitz ein Anliegen, für die Einführung neuer Wettbewerbsinstrumente im Gesundheitswesen zu plädieren und das Zahnersatz-Festzuschussmodell auf weitere Bereiche zu übertragen. „Wenn das Modell im Berufsstand konsentiert ist, werden wir für unsere Ideen weiter werben“, kündigte der KZBV-Vorsitzende an.

Hintergrundgespräche

Nach Abschluss des offiziellen Teils begann der eigentlich relevante Teil des Abends: Die BZÄK-Spitzenvertreter (Präsident Dr. Engel mit dem Vizepräsidenten Dr. Dietmar Oesterreich – Vizepräsident Dr. Michael Frank war erkrankt), der KZBV-Vorstand (der Vorsitzende Dr. Fedderwitz mit seinen beiden

Stellvertretern Dr. Wolfgang Eßer und Dr. Günther E. Buchholz) sowie zahlreiche zahnärztliche Standesvertreter nutzten die Gelegenheit zu angeregten und informativen Hintergrundgesprächen und neuen

Kontakten, die für die politische Lobbyarbeit der Zahnärzteschaft in Berlin so unerlässlich sind. Für all dies hat sich der Neujahrsempfang – wie auch in den vergangenen Jahren – bestens bewährt. pr

Die stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eßer (l.) und Dr. Günther E. Buchholz (r.) mit MdB Andreas Schmidt, Vorsitzender des Rechtsausschusses (2.v.l.) und Ausschussmitglied MdB Dr. Jürgen Gehb



Dr. Buchholz mit TK-Vorstandsmitglied Ralf Hermes



Dr. Engel mit MdB Willi Zylajew



Prof. Dr. Ralf Radlanski, Geschäftsf. Direktor der FU Berlin mit Dr. Oesterreich und dem DGZMK-Präsidenten Prof. Dr. Thomas Hoffmann



Dr. Eßer und Dr. Fedderwitz im Gespräch mit MdB Heinz Lanfermann (m.)

17. Zahnärztetag in Sachsen-Anhalt

Gute Argumente gegen den GOZ-Entwurf

Im Mittelpunkt des politischen Teils beim gut besuchten Zahnärztetag in Magdeburg stand die aktuelle GOZ-Diskussion. Die Zahnärzte bekamen argumentative Schützenhilfe von der Landesgesundheitsministerin. Im fachlichen Teil ging es um das Erkennen und Vermeiden von Risiken in der zahnärztlichen Therapie.

Sie teile weitgehend die Kritik der Zahnärzteschaft am Entwurf für die neue private Gebührenordnung, erklärte Dr. Gerlinde Kuppe, Ministerin für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, beim 17. Zahnärztetag Sachsen-Anhalt am 24. Januar 2009 in Magdeburg. Das Bundesgesund-

globaler Finanzmarkt entwickeln konnte, der sich einer staatlichen Regulierung weitestgehend entzog und auf dem zügellos Gewinne generiert wurden, die einer materiellen Basis entbehrten. Die Entwicklung mit „Basel II“ (gut „geratete“ Banken müssen Kredite mit geringerem Eigenkapital

Gerlach, Magdeburg, zwei renommierte Referenten eingeladen. Prof. Dr. Dr. Rolf Singer, Frankenthal, nahm zu zahnmedizinisch-fachlichen Fragen und hier insbesondere zum Gebiet der zahnärztlichen Chirurgie Stellung und vermittelte zahlreiche praxisnahe Hinweise. Zu rechtlichen Aspekten vor allem aus gutachterlicher Erfahrung sprach Dr. Dr. Klaus Oehler, Osnabrück, und unterstrich, dass auch der Gutachter die Pflicht habe, sich auf der Basis aktueller und gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse zu bewegen und nur solche Aufträge als Gerichtsgutachter anzunehmen, für die er tatsächlich über Expertenwissen verfügt. Die Schwierigkeit der gerichtsgutachterlichen Tätigkeit liege darin, dass juristische Experten (das Gericht) zahnmedizinische Laien



Gab den Zahnärzten argumentative Unterstützung: Landesgesundheitsministerin Dr. Gerlinde Kuppe



Kammerpräsident Dr. Frank Dreihaupt unterstrich die gravierenden Mängel im GOZ-Entwurf



Festredner Prof. Dr. Dr. Franz Josef Radermacher erörterte die aktuelle Finanz- und Wirtschaftskrise.

heitsministerium müsse die wirtschaftlichen Berechnungen, auf die es sich berufe, offenlegen und nachvollziehbar machen, forderte die Ministerin und sagte ihre Unterstützung für die Forderung der Zahnärzte nach einer Überarbeitung des Entwurfs zu.

Kammerpräsident Dr. Frank Dreihaupt unterstrich nochmals, dass neben der Punktwertfestlegung und der Gebührenbemessung vor allem gravierende Mängel in der Leistungsbeschreibung der Grund für die Ablehnung der GOZ aus zahnärztlicher Sicht seien. Die Gebührenordnung enthalte fachliche Fehler und sei vom Stand einer modernen, präventionsorientierten Zahnmedizin weit entfernt.

Als Festredner legte Prof. Dr. Dr. Franz Josef Radermacher, Ulm, seine Ansicht zur aktuellen Entwicklung auf dem Finanz- und Wirtschaftssektor dar. Die Krise sei unausweichlich gewesen, weil sich – als Folge technischer Entwicklungen, vor allem in der Informations- und Kommunikationstechnik – ein

hinterlegen) und die internationalen Bilanzierungsregeln (der Buchwert bleibt nicht konstant, sondern steigt mit dem Marktwert) habe das „Bonanza“ der Finanzwirtschaft noch befördert. Als „Geschwür“ bezeichnete er zudem die Steueroasen; die müssten verschwinden, forderte er nachdrücklich. Die hohen Bürgschaften der Bundesregierung für die Banken befürwortete er; der Staat habe gar keine andere Möglichkeit.

Praxisnahe Hinweise

Das wissenschaftliche Programm des Zahnärztetages, der eine Gemeinschaftsveranstaltung von Zahnärztekammer und Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg ist, stand diesmal im Zeichen des Erkennens und Vermeidens von Risiken in der zahnärztlichen Therapie. Dazu hatte der Tagungsleiter, Prof. Dr. Dr. Klaus Louis

sind, für ihre Entscheidungsfindung aber unabdingbar zahnmedizinischen Sachverständigen (von Gutachtern) benötigen, die wiederum juristische Laien sind – beide Seiten sollten sich nicht zum Rollentausch verleiten lassen, so der Referent.

Im Rahmen des Zahnärztetages wurde zum neunten Mal der Erwin-Reichenbach-Förderpreis der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt vergeben. Er würdigt wissenschaftliche Arbeiten, die die schnelle Überführung neuer Erkenntnisse in die Praxis ermöglichen. Die mit 2 500 Euro dotierte Auszeichnung erhielt Christian Heinzelmann, Halle/Saale, für seine Studie auf der Suche nach möglichen Knochenklebstoffen für die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

Sabine Fiedler
Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Große Diesdorfer Straße 162
39110 Magdeburg

So sollte jeder Patient behandelt werden

Rainer Buchmann

Im Mittelpunkt einer zeitgemäßen Parodontalbehandlung steht eine Therapie, die dem Patientenbedürfnis nach Gesundheit, Komfort und Wohlbefinden gerecht wird. Neue, minimal chirurgische Verfahren erleichtern die Wundheilung, verbessern die Ästhetik und fördern den Patientenkomfort. Die praktische Realisierung setzt für den Zahnarzt spezielle Fachkenntnisse im Gewebemanagement sowie für die chirurgische Assistenz erweitertes Detailwissen im Umgang mit mikrochirurgischem Instrumentarium, regenerativen Materialien und dem Nahthandling voraus. Der nachfolgende Beitrag stellt eine patientengerechte Parodontalbehandlung mit den resultierenden Kosten vor.

Im Dialog zwischen Zahnheilkunde und Humanmedizin steht die Parodontologie im Brennpunkt von Praxis, Wissenschaft und Industrie. Sie integriert sich neu in ein bestehendes human- und zahnmedizinisches Gesamtkonzept. Die Anwendung medizinrelevanter Erkenntnisse im Praxisalltag wird immer wichtiger. Das Praxisteam ist gleichzeitig Motivationstrainer, Gesundheitsberater und Prophylaxe-Coach für den Patienten.

Zeitgemäße Parodontalbehandlung

Die Integration einer patientengerechten Parodontalbehandlung in das Praxiskonzept ist eine Aufgabe der modernen Zahnmedizin, und für den Zahnarzt von heute selbstverständlich. Sie bringt Abwechslung in die Routine für das gesamte zahnärztliche Team.

Die fachlichen Weiterentwicklungen in der praktischen Parodontologie vollziehen sich heute in drei Teilbereichen. Dazu zählt die nicht chirurgische Therapie als der ideale Weg, Patienten minimalinvasiv und schonend zu behandeln. Die Lösung ästhetischer Patientenbedürfnisse gelingt am vorhersehbarsten durch vollkeramischen Defektausgleich interdentaler Knochen-

schäden und durch Rezessionsdeckung bei freiliegenden Wurzeloberflächen. Die regenerative Chirurgie ist eine Option zur Stabilisierung des Restgebisses und Erleichterung der Patientenmundhygiene.

Neue Technologien beziehen sich im Regelfall auf weniger als fünf Prozent aller Behandlungsindikationen [Needleman et al., 1987]. Vor Erlernung spezieller Detailkenntnisse in der operativen Defektrekonstruktion, dem Gewebemanagement und der Wundheilung bedarf es analog zur Medizin neben einer langjährigen Erfahrung der ge-



nauen Kenntnis und Beachtung der Indikationsstellung. Obwohl es in der Parodontologie zahlreiche kontrollierte Studien und evidenzgesicherte Untersuchungen zur

Therapiewahl gibt [Badersten et al., 1984 a, b; Ramfjord et al., 1987; Antczak-Bouckons et al. 1993; Wang et al., 2001; Heitz-Mayfield et al., 2002; Cosyn et al., 2007], unterliegt die richtige Therapie in der Praxis zusätzlich finanziellen und bedarfsorientierten Eckpunkten.

Als Kernleistungen des Zahnarztes im Rahmen einer umfassenden Parodontalbehandlung erwarten Patienten eine Beratungs- und Thera-

Behandlungsaufbau Parodontologie

- 1. Termin: **PAR-Grunduntersuchung** (30 Min.)
- 2. Termin: **1. PAR-VB** (1 Std.)
- 3. Termin: **2. PAR-VB** (1 Woche später) (1 Std.)
- 4. Termin: **PAR-Status** (2 Wochen später) (15 Min.)
- 5.- 6. Termin: **Subgingivale Kürettage*** (je 30 Min.)
- 7. Termin: **Nachkontrolle** (2 Wochen später) (10 Min.) (PAR-Abrechnung)
- 8. Termin: **Reevaluation** (6 Wochen später) (10 Min.) (Entscheidung über Parodontalchirurgie mit GTR)

* therapieunterstützende systemische Antibiose

Abbildung 1: Ein systematisch durchorganisierter Behandlungsaufbau mit Einhaltung von Reaktions- und Ausheilzeiten bietet die beste Gewähr für eine erfolgreiche Parodontalbehandlung und damit gesicherte Patientenbindung.



Fotos: Buchmann

wand und den Kosten. Die PAR-VB ist komplexer und damit teurer.

2. Nicht chirurgische Therapie: Sie ist die beste Basis für alle Patienten. Danach entwickelt sich eine Eigendynamik zwischen Zahnarzt und Patient. Je nach Sympathie und Wellenlänge, dem Mögefaktor, Erkenntnisstand und finanzieller Bereitschaft des Patienten erfolgt meist der Einstieg in die Ästhetik, dem Wunsch nach schönen Zähnen. Eine Behandlung mittels Full-Mouth-Disinfektion ist selten notwendig. Sie bietet nur dann Vorteile, wenn man kein mundhygienisches Intensivprogramm anbietet. Der Patient sollte auf die Nachteile einer umfassenden Chlorhexidin-Therapie, wie das Chlorhexidin-Staining auf Composite-Füllungen und Schleimhäuten wie der Zunge, auf die Inaktivierung von Fibroblasten bei Regenerationsbehandlung und auf Geschmacksstörungen aufmerksam gemacht werden (Abbildung 3).

3. Parodontalchirurgie: Es empfiehlt sich, mit der Anwendung von chirurgischen Maßnahmen zurückhaltend zu sein, insbesondere im Frontzahnbereich. Am bestem behandelt man seine Patienten so, wie man selbst gerne behandelt werden möchte. Falls sich die Notwendigkeit einer chirurgischen

piesicherheit. Um in den drei Teilbereichen der Parodontologie eine Planungs- und damit auch persönliche Sicherheit am Patienten zu erlangen, ist die Kenntnis folgender drei Bausteine notwendig:

A. Richtige Behandlungsplanung: Voraussetzung dazu ist eine konsequente Organisation der eigenen Behandlung mit Kostenbewusstsein für das Therapieangebot. Dem Patient sind die Vor- und Nachteile der Behandlung zu erklären, ansonsten fühlt er sich unzureichend beraten. Ist eine Überweisung zum Spezialisten vorgesehen, sollte man auf die Behandlungskosten hinweisen, um den Patienten korrekt zu informieren (Abbildungen 1 und 2).

B. Sichere Indikationsstellung für:

1. PAR-VB und PZR: Die Inhalte der parodontalen Vorbehandlung unterscheiden sich erheblich von der einfachen professionellen Zahnreinigung. Dies findet Niederschlag in der Durchführung, dem Zeitauf-

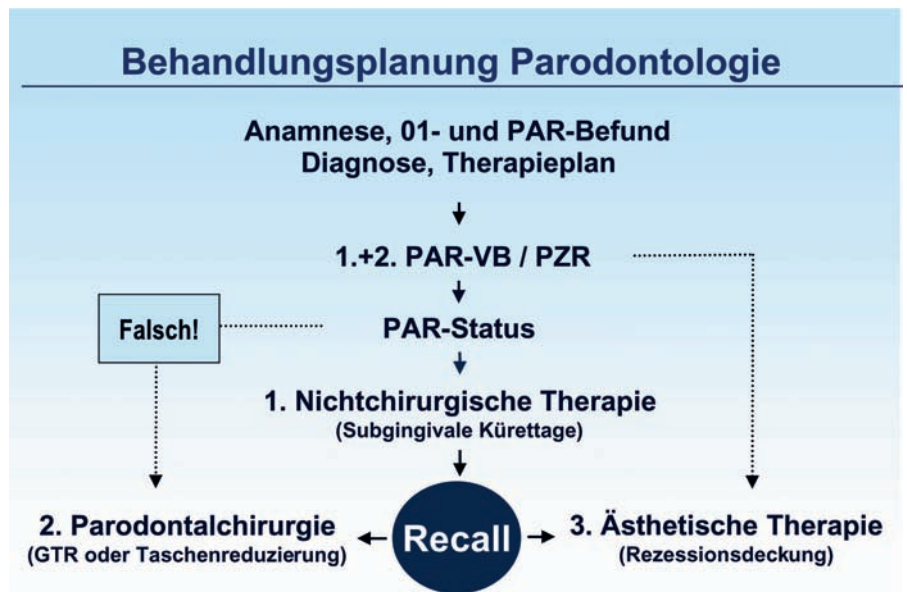


Abbildung 2: Im Mittelpunkt der Parodontaltherapie steht die sorgfältige, nicht chirurgische Behandlung. Nach sechs Wochen werden die Befunde zunächst neu beurteilt und erst dann parodontalchirurgische und ästhetische Eingriffe durchgeführt.

Revision stellt, bedeutet Beratungssicherheit, dass man bereits in der ersten Therapiebesprechung darauf hinweist. Anfangssondierertiefen von >6 mm sind immer kritisch. Patienten honorieren es gerne, wenn man sich mehr Mühe mit der minimalinvasiven Behandlung gibt und damit die OP vermeidet. Der praktische Nutzen der PAR-OP für den Patienten wird häufig überbewertet. Er besteht im Wesentlichen in der Vereinfachung der täglichen Mundhygiene.

4. Extraktion / Implantation: Wichtig ist eine frühzeitige Orientierung und Planung nach Möglichkeit schon bei der Erstuntersuchung. Der Patient wird sonst verunsichert. Zunächst ist die Möglichkeit des Zahnerhaltes anzusprechen. Chirurgische Alternativentscheidungen sind häufig sehr therapie- und kostenaufwendig. Man sollte dabei seine eigenen Grenzen kennen. Furkationsbeteiligte Molaren sind immer kritisch [Kocher, 1998]. Wünscht der Patient von vorneherein eine feste Versorgung und ist zum Recall wenig bereit, sind einfache Implantationen sicherer als aufwendiges Furkationsmanagement.

5. Ästhetische Therapie: Der Wunsch des Patienten nach einer Behandlung seiner freiliegenden Wurzeloberflächen wird vom Zahnarzt häufig überbewertet. Meist sind es junge Patienten mit singulären Rezessionen in der UK-Front nach KFO-Behandlung (Abbildung 4) oder im OK-Eckzahnbereich, bei denen eine Wurzeldeckung angezeigt ist. Dabei sollte man Putzläsionen und Habbits, beispielsweise das Fingernagelsyndrom, beachten. Auch gilt es, die familiäre Disposition im Patientenumfeld bei den Eltern oder Geschwistern herauszufinden. Parodontalpatienten haben häufig interdentale Dunkelfelder und benötigen einen Ausgleich durch vollkeramische Veneers, Additionalen, Chips oder adhäsive Restaurationen nach der Säure-Ätz-Technik.

C. Gezielte Anamnese: Bei Neupatienten ist die strukturierte Erhebung der Anamnese der



Abbildung 3: Ästhetisch, geschmacklich und funktionell störende Chlorhexidin-Ablagerungen auf Schmelzoberflächen nach wiederholter Kurzzeitanwendung



Abbildung 4: Der Wunsch nach ästhetischer Korrektur stellt sich sehr häufig bei jungen Patienten nach orthodontisch verursachter Frontzahnprotrusion mit vestibulär feiner Gingiva.



Abbildung 5: Verdickte Gingiva durch Einlagerung glykolysierter Endprodukte AGEs beim Typ I Diabetes mit familiär bedingt erhöhter Insulinresistenz; Verbesserung der Stoffwechsellage nach Parodontaltherapie durch Reduzierung des glykolysierten Hämoglobins HbA1c.

beste Einstieg in das Gespräch. Für Recallpatienten gilt das Anamnese-Update als das sicherste Warming-Up. Die Anamnese gliedert sich in drei Abschnitte, die bei klinischer Routine in kurzer Zeit erhoben werden können. Es ist selbstverständlich, sie für das gesamte Team im Praxis-PC zu dokumentieren:

1. Grunderkrankungen:

Klinische Relevanz für den Behandlungsverlauf haben:

a. Diabetes mellitus Typ I (Abbildung 5) und II;

b. Stressbewältigung: Hier wird häufig das Tragen einer Relaxierungsschiene erforderlich;

c. Großes Blutbild: Wichtig ist die Linksverschiebung der Leukozyten bei schwerer Parodontalerkrankung. Man sollte natürlich die wesentlichen Laborwerte, wie Leukozytenzahl, Blutglukosestatus, HDL/LDL-Cholesterin, Gesamttriglyceride und Leberwerte, kennen und den Laborbefund auch mit dem Patienten besprechen. Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfallrisiko und Übergewicht gehören noch nicht in die Routine, runden allerdings die Anamnese ab und machen den „Zahnarzt“ interessant (Tabelle 1) [Dörfer et al., 2004].

Große klinische Bedeutung im Hinblick auf die Vermeidung einer Bakteriämie während der Behandlung – dazu zählt auch die Zahnreinigung – haben Patienten mit:

d. Endokarditis: Aufgrund der Bildung von Narbengewebe bei chronischer Entzündung bestehen Leistungsschwächen im Lebensalltag, die auf die verminderte Durchblutung des Herzmuskels und des Endokards zurückzuführen sind;

e. Knie- und Hüftgelenkendoprothesen: Gelenkspalträume, Fettgewebe, beispielsweise das Gehirn, und Gefäßengpässe mit erhöhten Strömungswiderständen sind bevorzugte Anlagerungspunkte für Erreger aus dem Mund;

f. Organtransplantationen: Personen mit medikamentös eingestellter niedriger Immunabwehr zählen zu dem besonders gefährdeten Personenkreis.

2. Medikamente:

Nur wenige Medikamente stören tatsächlich die Behandlung, indem sie die Gefäßdurchlässigkeit oder das Fibroblastenwachstum in der Gingiva erhöhen. Dazu zählen:

Einflussfaktor	Odds Ratio	95% Confidence Interval	P-value
Attachmentverlust			
≤ 3,0 mm	1,0		
> 3,0 mm – ≤ 4,5 mm	1,64	0,73 – 4,39	0,230
> 4,5 – ≤ 6,0 mm	4,82	1,13 – 8,13	0,028
> 6,0 mm	7,38	1,55 – 15,03	0,007
Bluthochdruck	1,81	1,24 – 2,60	0,002
Diabetes mellitus	2,25	1,35 – 3,80	0,002
Rauchen	1,48	1,10 – 2,00	0,001
Ehemaliger Raucher	0,69	0,44 – 1,07	0,098
Alkoholkonsum	3,16	1,26 – 7,92	0,014
Vorhofflimmern	7,13	2,42 – 21,0	0,001
Koronare Herzerkrankung oder Durchblutungsstörung	1,47	0,87 – 2,50	0,150
Vorheriger Schlaganfall oder Transischämische Attacke TIA	9,87	5,23 – 18,60	0,001
Erblich bedingtes Schlaganfallsleiden	1,58	1,08 – 2,33	0,020

Tabelle: In der Ursachensuche für den cerebralen Schlaganfall ist eine schwere Parodontalerkrankung mit Sondertiefen vom mehr als 6 mm genauso wichtig wie die transischämische Attacke TIA, ein vorheriger Schlaganfall oder Vorhofflimmern.

a. Cortison über einer täglichen Grenzdosis von einem Gramm (häufig bei Systemerkrankungen wie Lupus, Morbus Crohn und mehr), wie Prednisolon;

b. Immunsuppressiva (Achtung: HIV-Patienten), zum Beispiel Cyclosporin A;

c. Antihypertensiva, beispielsweise Nifedipin, Adalat und mehr.

3. Allergische Disposition:

In der Anamnese sind unbedingt eine Penicillin-, Jodallergie und allergische Reaktionen gegenüber Lokalanästhetika (Konservierungsmittel) zu erfragen. Alle anderen Angaben sind unwesentlich. Bis zu 11,4 Prozent aller Patienten reagieren auf die orale Gabe von Penicillin empfindlich [Macy et al., 2003].

Die Kenntnis und transparente Aufklärung über die voraussichtlichen Behandlungskosten, insbesondere über den möglichen Eigenanteil (Schriftliche Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 GOZ Absatz 3) ist heute genauso wichtig wie die eigentliche Therapieinformation. Der Zahnarzt lenkt die Wahl des Patienten im Erstgespräch durch Einflüsterungsvermögen für die Wünsche des

Patienten und Sicherheit in der Indikationsstellung. Ein zusätzliches ärztliches Engagement verstärkt die Behandlungsmotivation. Ist die Entscheidung gefallen, dem Patienten die bestmögliche Behandlung aus praktischer und wissenschaftlicher Evidenz anzubieten, haben sich folgende Indikationspakete als Behandlungsbausteine klinisch bestens bewährt. Sie beziehen sich auf wissenschaftlich fundierte Basisuntersuchungen, die auch in absehbarer Zukunft Geltung haben [Tonetti, 2000; Tonetti et al., 2004]:

Initialtherapie

Die parodontale Initialtherapie ist immer Privatleistung. Im Gegensatz zur reinen Prophylaxe (PZR) ist die Initialtherapie bei Parodontalpatienten medizinisch orientiert, umfasst den supra- und subgingivalen Bereich und ist daher teurer. Neben der Mundhygieneinstruktion und der Verminderung der Keimbelastung beinhaltet sie alle aus ärztlicher Sicht bekannten Risikofaktoren: Parodontitis-Stopp-Programm.

1. PAR-VB / alternativ PZR, Privatleistung

- **1. Aufklärungsgespräch** zur Behandlungsmotivation und Patienteninstruktion.
- **2. Anamnese zu Grunderkrankungen** einschl. vorhandener Medikationen.
- **3. Instruktion mit professioneller ZR** zur Verbesserung der Mundhygiene.
- **4. Information über Schädlichkeit des Rauchens** zur Reduzierung der Rauchgewohnheiten und Raucherentwöhnung.
- **5. Erweiterte Anamnese plus regelmäßiges Update** zur Kontrolle und Reduktion der Stressfaktoren.
- **6. Mikrobiologischer Test** zur Beurteilung des Erregerspektrums. (Aggressive Parodontitis)

Abbildung 6: Muss- und Kann-Leistungen in der parodontalen Vorbehandlung; die Initialtherapie unbedingt als Profi(t)-Center organisieren, Patienten als Kunden sehen, aufklären und binden.

Als Muss-Leistungen gelten:

1. Aufklärungsgespräch zur Patientenmotivation und Behandlungsinstruktion;
2. Anamnese zu Grunderkrankungen, Medikamenten und vorhandenen Allergien;
3. professionelle supra- und subgingivale Zahnreinigung plus Vermittlung einer effektiven Mundhygiene.

Kann-Leistungen sind:

4. Information über die Schädlichkeit des Rauchens;
5. erweiterte Anamnese plus regelmäßiges Update zur Reduktion der Stressfaktoren;
6. Erregertestung und Antibiose: 120 bis 140 Euro zusätzlich, nur bei aggressiver Parodontitis (Abbildung 6).

Kurzinformation und Beratung sind kostenlos, ein individuelles Check-Up mit Zahnreinigung liegt regional unterschiedlich zwischen 60 und 180 Euro pro Sitzung (eine Stunde). Patienten hoppen auch zum preiswertesten Anbieter in der Umgebung. Es kann sinnvoll sein, zu speziellen Tageszeiten

2. Nicht chirurgische Therapie, P 200/201

Indikationen:

- A. Horizontaler Knochenabbau
- B. Sondiertiefen 6 mm
- C. Prothetische Versorgung:
 - nicht vorhanden oder
 - funktionstüchtig

Abbildung 7: Die nicht chirurgische Therapie deckt die meisten klinischen Indikationen ab. Sie ist allerdings keine Sofortlösung für schnelle Zahnmedizin.

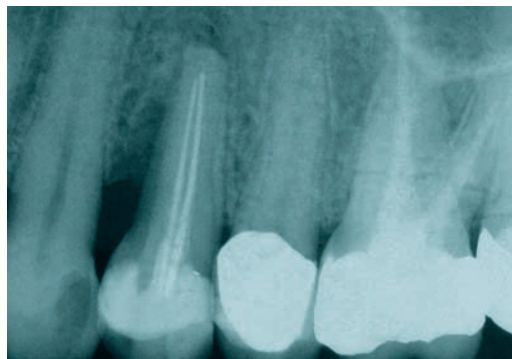


Abbildung 8: Parodontale Knochentasche am Zahn 24; die zweiwandige knöcherne Begrenzung des Defektes bietet günstige Voraussetzungen für eine intraalveoläre Regeneration.

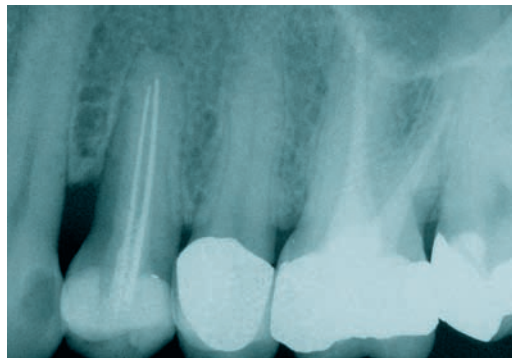


Abbildung 9: Refill der Knochentasche fünf Jahre nach minimalinvasiver Parodontologie durch SRP mit systemischer Antibiose und konsequentem Recall unter Verzicht auf chirurgische Regeneration

mit geringer Patientenauslastung, beispielsweise vormittags oder nach 19 Uhr, besondere Rabatte zu offerieren. Falls besonders informierte Patienten Aufklärung über eine frühzeitige Vermeidung chronischer Erkrankungen, eine präventionsorientierte Lebensführung und Stärkung der eigenen Konstitution wünschen, sollte man auf Hausärzte,

Homöopathen oder speziell ausgebildete Präventivmediziner, wie Preveo-Kliniken, verweisen, die privat nach Aufwand berechnen.

Nicht chirurgische Therapie

Im Regelfall ist die geschlossene Parodontalbehandlung Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und wird über die Positionen P 200/201 abgerechnet. Man sollte mit der Durchführung der Therapieergänzung zurückhaltend sein, da die Kosten-Zeit-Relation nicht stimmt, sie zusätzlich das PAR-Budget schrumpft, und eine regenerati-

ve Behandlung für den Patienten im Regelfall die bessere Entscheidung ist.

Bei schwerer Parodontitis mit Sondiertiefen von mehr als sechs Millimetern ist eine zusätzliche Tanschendesinfektion mit 0,1-prozentiger Chlorhexidinlösung völlig ausreichend sowie eine Sprühdesinfektion zur Keimzahlverminderung bis 1,5 m um den Behandlungsplatz sinnvoll.

Es empfiehlt sich, Handinstrumente nur bei „restaurationsfreien“ Zähnen anzuwenden, da ansonsten ein früher Schärfeverlust oder sogar ein Bruch des Arbeitsendes resultieren kann. Aufgrund der sehr grazilen Arbeitsenden sind für enge und tiefe Knochentaschen Schall-Scaler (KaVo, Sirona) ratsam.

Die Indikationen zur nicht chirurgischen Therapie sind:

1. gleichmäßiger horizontaler Knochenabbau;
2. Sondiertiefen (6 mm, Furkationsbefall Grad I);
3. nicht vorhandene oder funktionstüchtige prothetische Versorgung (Abbildung 7).

Lupenbrillen sind sehr hilfreich. Patienten fragen auch nach speziellen Behandlungsverfahren wie dem Laser oder einem niedrig abrasiven Air-Polishing (Clinpro Prophypuder, Fa. 3M Espe). Mit Scaling und Root Planing erreicht man im Regelfall eine klinisch akzeptable Situation. Bei engen Knochentaschen tritt häufig sogar eine Regeneration

3. Parodontalchirurgie*

Privatleistung

Lappen-OP plus GTR/Knochenersatz

Indikationen:

- A. Singuläre vertikale Knochendefekte
- B. Sondertiefen > 6 mm
- C. Wichtige Zähne:
 - Erhalt der geschlossenen Zahnreihe
 - Prothetische Pfeiler

* 6 Wochen nach nichtchirurgischer Therapie!

Abbildung 10: Die chirurgische Revision ist eine seltene Therapieoption. Häufig müssen fehlender Knochen oder Gingiva zusätzlich mit Aufbaubehandlungen (GTR / Bindegewebe / Implantate) kombiniert werden. Die chirurgische Therapie gehört in die Hand von Fachzahnärzten für Parodontologie oder ausgewiesenen Spezialisten der DGP.

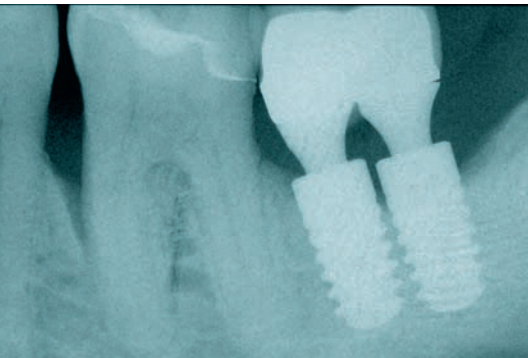


Abbildung 11: Fehlender Kontaktbereich als Co-Faktor für die Entwicklung einer ein- bis zweiwandigen Knochentasche am Zahn 36 mesial



Foto: Dr. Derks, Emmerich

Abbildung 12: Entzündungsüberlagerter, bis in Apexnähe reichender Knochendefekt am Zahn 21. Danksagung: Dr. H. Derks, Emmerich, hat die Abbildungen 12-20 überlassen.



Foto: Dr. Derks, Emmerich

Abbildung 13: Die Eröffnung des Diastemas, die Protrusion von 21 und die erhöhte Zahnbeweglichkeit führen zur Protrusion und Verstärkung der intraalveolären Knochentaschenbildung.

ein [Antczak-Bouckons et al., 1993; Badersten et al., 1984a; Suvan, 2005; Serino et al., 2001], (Abbildungen 8 und 9).

Langfristig führt die nicht chirurgische Behandlung nur dann zur Stabilisierung, wenn die Praxis ein konsequent durchorganisiertes Recallsystem anbietet. Eine dauerhafte Patientenbindung entwickelt sich, wenn durch das Engagement im Team bei den Patienten eine medizinisch motivierte Verhaltensumstellung zur Gesundheitsvorsorge entsteht.

Parodontalchirurgie

Die Option Parodontalchirurgie bezieht sich auf den Seitenzahnbereich und betrifft dort bei guter Primärbehandlung weniger als fünf Prozent aller Fälle. Parodontale Grenzsituationen, beispielsweise der Furkationsbefall Grad III, werden im Idealfall implantologisch gelöst. Die chirurgische Option muss immer mit einer Regeneration als Ausgleich für die Schrumpfung unter Narbenbildung kombiniert werden. Auch nach Papilla Preservation Schnittführung und gutem interdentalen Knochenangebot ist mit einer postoperativen Gingivaretraktion von einem Millimeter zu rechnen. Dies ist im Frontzahnbereich unakzeptabel, da immer ein Papillenverlust eintritt.

Im Seitenzahngebiet gelten folgende Indikationen:

1. singuläre vertikale Knochendefekte;
2. Sondertiefen > 6 mm;
3. Erhalt der vollständigen Zahnreihe, und

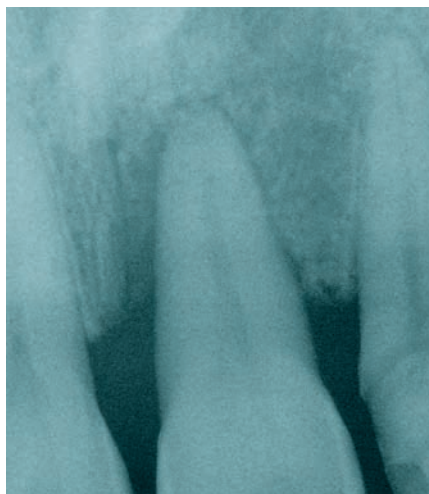


Abbildung 14: Sieben Millimeter tiefer, dreiwandiger Knochendefekt als Basis für regenerativen Ansatz

Foto: Dr. Derks, Emmerich

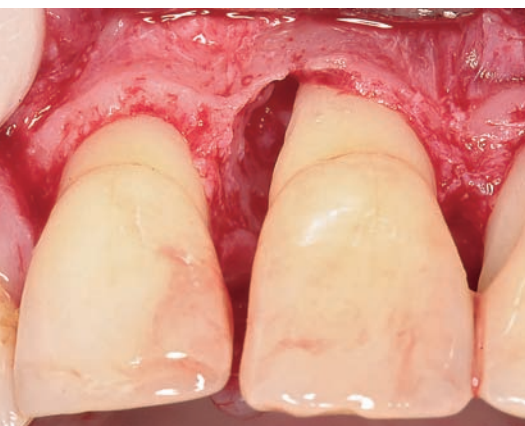


Abbildung 15: Access-Flap mit sorgfältiger Knochentaschenkürettage; günstige Defektmorphologie für postoperative Wundstabilität

Foto: Dr. Derks, Emmerich

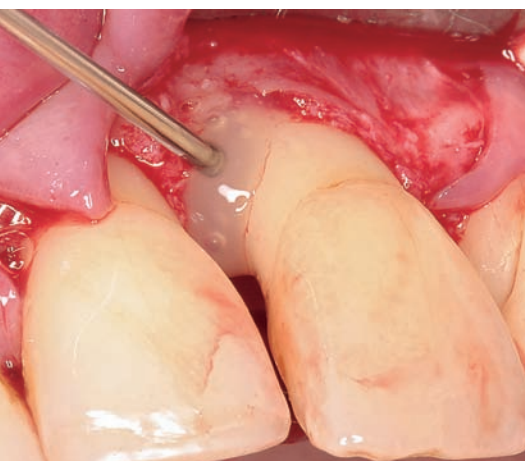


Abbildung 16: Applikation von EMD auf dem zuvor dekontaminierten Wurzelzement

Foto: Dr. Derks, Emmerich

prothetisch wichtige Pfeilerzähne (Abbildung 10).

Weiter gilt es, nach dem Typ des parodontalen Defektes zu unterscheiden. Reine entzündungsbedingte Knochentaschen sind lokalisiert, zumeist zwei- bis dreiwandig, eng und schmal. Zum raschen Defektausgleich eignet sich Emdogain plus BioOss. Emdogain fördert die Wundheilung, BioOss ist ein synthetisch hergestellter, gut untersuchter Defektstabilisator [Heitz-Mayfield, 2005; Trombelli, 2005].

Ein- bis zweiwandige, breite Knochentaschen sind selten. Häufig sind funktionelle Störungen, wie fehlende Kontaktpunkte nach prothetischer Versorgung oder Distalwanderung der Oberkiefermolaren (Abbildung 11), anatomische Grenzsituationen, wie schmale interalveoläre Distanzen in der UK-Front, oder endodontische Besonderheiten, wie ein hoher Abgang von Seitenkanälen, verantwortlich. Eine Defektausheilung ist nur durch Beseitigung der Primärursache möglich. Zur parodontalen Auffüllung ist Emdogain unrentabel. Der passive Defektausgleich erfolgt mit BioOss und BioGide Collagen (Abbildungen 12 bis 20) [Sculean et al., 2005].

Man sollte sich darüber im Klaren sein, dass

- eine konsequente Papilla Preservation Schnittführung aufgrund des interpapillären Mindestabstandes von zwei Millimetern im Molarenbereich selten möglich ist und damit die Voraussetzungen zu einer primären Wundheilung wegfallen. Zudem ist die Ernährung der Brückenpapille bei tiefen Taschen mit fehlender knöcherner interapproximaler Unterstützung nicht immer gegeben, was zu einer sekundären Heilung mit Zusammenbruch und Schrumpfung des Interdentalgewebes führen kann (Abbildungen 21 bis 26);

- eine Regeneration nur im intraalveolären Abschnitt der Knochentasche erfolgt;

- die Regeneration zahnabhängig ist und im Durchschnitt selten mehr als einen Millimeter beträgt;

- das Behandlungsergebnis, die Zunahme an bindegewebigem Attachment, röntgenologisch nicht nachweisbar sind und damit für Zahnarzt und Patient unsichtbar bleiben;
- die Behandlungskosten für den Eingriff



Abbildung 17: Einlagerung von BioOss als Defektauffüller und -stabilisator über die Höhe des Knochentaschenrandes

Foto: Dr. Derks, Emmerich

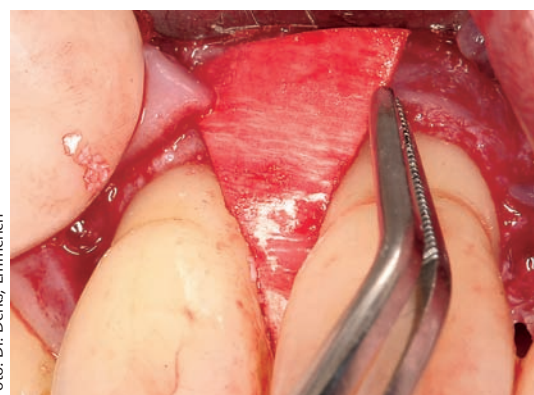


Abbildung 18: Abdeckung der Defektzone mit BioGide Collagen zum Schutz der Parodontalwunde

Foto: Dr. Derks, Emmerich



Abbildung 19: Klinisch akzeptable Sondierung drei Jahre nach PAR-Chirurgie; geringe postoperative Gingivaretraktion mit Diastema-Schluss

Foto: Dr. Derks, Emmerich

plus Material bei zirka 850 Euro pro Zahn liegen. Preiswerter wird es bei mehreren Einheiten. Die Kostenübernahme der Regenerationsbehandlung, insbesondere von Leistungen aus dem Verzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wird heute von vielen Versicherern zurückhaltend entschieden;

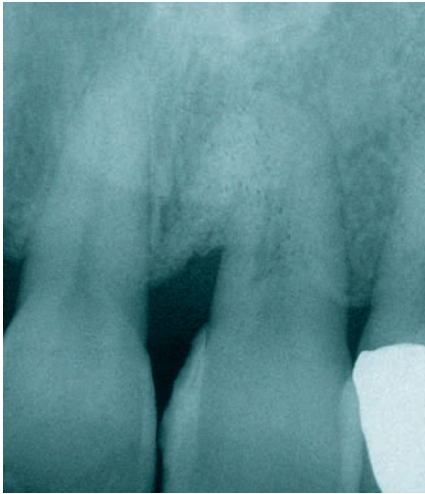


Foto: Dr. Deiks, Emmerich

Abbildung 20: Parodontale Stabilisierung drei Jahre post-OP mit röntgenologischer Ausbildung einer Verdichtungszone = Lamina densa

behandlung notwendigen Voraussetzungen an Kenntnissen in der Defektmorphologie, Schnittführung und Nahttechnik sind hoch und zeitintensiv. Darüber hinaus eignen sich nur nicht rauchende Patienten mit hoher Compliance.

Extraktion und Implantation

Das wichtigste Merkmal für die Entscheidung zur Implantation ist neben subgingivaler Wurzelkaries und endodontischem Misserfolg der Furkationsbefall.



Abbildung 21: Papilla-Präservations Schnittführung interdental regio 35 und 36 bei fehlendem Kontaktpunkt und intraalveolärer einwandiger Knochentasche mit Anfangs-sondierertiefe von sieben Millimetern

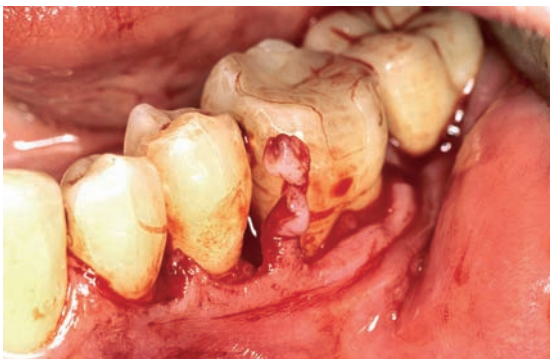


Abbildung 22: Vollständige Mobilisierung des interproximalen Weichgewebes nach lateral mit komplettem Erhalt der Interdentalpapille

f. die Knochentaschenauffüllung mit BioOss zu einer passiven Verkeilung des Zahnes mit im Regelfall bindegewebigem Einschluss der Auffüllpartikel führt (Abbildung 27).

Der praktische Nutzen der PAR-OP für den Patienten ist vergleichbar gering. Die für eine erfolgreiche chirurgische Regenerations-

Oberkiefer: Ab mehr als 50 Prozent an horizontalem Knochenabbau ist die Implantation anzuraten, da sämtliche Furkationseingänge freiliegen, eine korrekte Reinigung durch den Patienten nicht mehr möglich ist und auch bei guter Knochendichte die Entzündung unterhalb der marginalen Gingiva weiter fortschreitet (Abbildung 28). Vor Implantation ist eine sichere Ausheilzeit von vier bis sechs Monaten ratsam, da die Implantation der OK-Prämolaren und Molaren häufig mit einem internen oder externen Sinusbodenlift kombiniert werden muss. Die Zahntfernung ist schonend durchzuführen. Das bedeutet eine vorsichtige Teilung des Zahnes plus Abdeckung der Alveole mit einer BioGide-Membran zum Knochenhalt (Socket Preservation). Ansonsten werden durch Kollaps der Alveolenränder die klinischen Kronen später zu lang. Der Implantatdurchmesser und die -länge sind großzü-

gig zu wählen, um eine sichere Knochenführung zu erhalten.

Unterkiefer: Bei Furkationsbefall Grad III mit durchgängiger Furkation und schlitzförmiger Wurzelmorphologie bis in Apexnähe, häufig bei zweitem Molaren, sinkt die Zahnprognose drastisch (Abbildung 29). Karies



Abbildung 23: Einwandiger Knochendefekt interdental an den Zähnen 35 und 36 mit ausreichender interapproximaler Breite von zwei Millimetern



Abbildung 24: Auffüllung der Knochentasche mit Emdogain und BioOss Granulat 0,25-1 mm vor Abdeckung mit BioGide Perio



Abbildung 25: Nahtfixierung mit monofiler 5-0 Naht-Faden-Kombination

in der Wurzelteilungsstelle [Eickholz et al., 1991; Müller et al., 1995; Rüdiger, 2001], Seitenkanäle im Furkationsgebiet oder Kanalobliterationen erschweren die Behandlung. Betroffene Zähne sollte man bereits in der Vorbehandlung entfernen. Die Implantation ist schon nach zwei bis drei Monaten möglich. Intraossäre Spalträume werden

während der Implantation mit einer Mischung aus BioOss und Eigenknochen aufgefüllt, der durch Ansaugen bei Implantatinsertion mit BoneTrap™ (Astra Tech GmbH, Elz) gewonnen wird.

Man sollte sich maximal auf ein bis zwei Implantatsysteme beschränken, wobei die Kenntnis der prothetischen Vor- und Nachteile besonders wichtig ist. Da sich Einzelteile schnell aufbrauchen, ist ein schneller Lieferservice wichtig. Die Langzeitprognose ist nicht vom Implantat selbst, sondern von einem konsequenten Implantatrecall abhängig, das immer Privatleistung ist. Mit der Zahl der Implantationen steigt auch die Zahl der Reklamationen, wie gelockerte Kronen, periimplantäre Entzündungen (Patientenwortlaut: Die Krone drückt) und Implantatverluste [Roos-Jansäker, 2006, 2007; Renvert et al., 2008].

Preisgestaltung

Bereits in der Therapieplanung sollte man auf die Zusatzkosten für parodontale Eingriffe hinweisen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt lediglich die Kürettage (Scaling und Root Planing) plus Anästhesie als Einmalleistung, siehe Punkt zwei. Nachfolgend sind die Kosten der einzelnen Behandlungsbausteine getrennt für GKV- und privatversicherte Patienten aufgeführt:

GKV-Versicherte:

1. Motivation, Instruktion und Zahnreinigung zwischen 60 und 180 Euro pro Sitzung, falls erforderlich: Erregertestung und Antibiose 120 bis 140 Euro zusätzlich;
2. Wurzelreinigung: GKV;
3. Zuzahlung für Lasertherapie zwischen acht und 20 Euro pro Zahn;
4. Regenerationsbehandlung zwischen 500 bis 750 Euro pro Zahn je nach Aufwand als Privatleistung;
5. Recall im Regelfall pauschal zwischen 60 und 180 Euro pro Behandlung.

Privatversicherte:

1. Einfache Fälle 1 200 bis 1 400 Euro. Schwere Fälle bis zu 2 000 Euro für die Gesamtbehandlung (Abbildung 30). Zu den Risiken und Nebenwirkungen der nicht chirurgischen Parodontalbehandlung zählen eine temporäre Heiß-Kalt-Empfind-



Abbildung 26: Interapproximale Gingivaretraktion aufgrund nicht ausreichender Ernährung der Brückenpapille

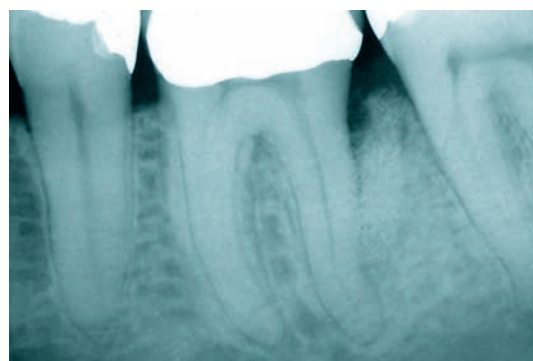


Abbildung 27: Behandlungsergebnis ein Jahr nach Knochentaschenauffüllung mit Emdogain plus BioOss: passive Verteilung des Zahnes mit bindegewebigem Einschluss der Auffüllpartikel

lichkeit, bei schwerem Knochenschaden kosmetisch störende dunkle Schatten zwischen den Zähnen durch Verlust an interpapillärem Weichgewebe.

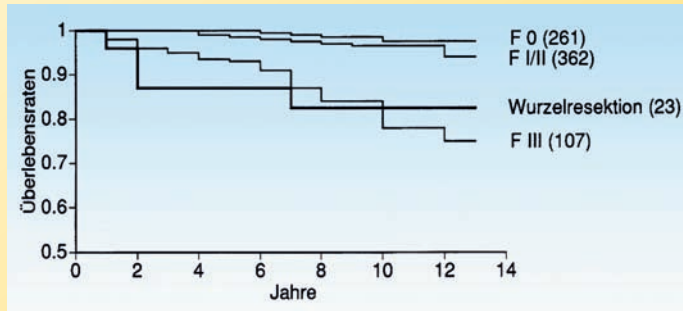
4. Extraktion/ Implantation Privatleistung

Entscheidungsfindung:

- A. OK-Molaren:**
Knochenabbau 50 % röntgenologischer Wurzellänge
- A. UK-Molaren:**
Horizontaler Furkationsbefall Grad III

Abbildung 28: Wenn keine Substanzverluste oder endodontischen Probleme die vorzeitige Extraktion erfordern, gilt aus parodontaler Sicht der Furkationsbefall Grad III als wichtiges Indiz für eine Extraktion.

Chirurgische Furkationsbehandlung



Kaplan-Meier-Überlebenskurven von Molaren mit unterschiedlich ausgeprägtem Furkationsgrad (F) bei unterstützender Parodontitistherapie (n=753 Molaren bei 136 Patienten). Die Nummern in den Klammern geben das „n“ beim jeweiligen Furkationsgrad an. Kocher 1998

Abbildung 29: Sicherheit in der Indikationsstellung und der richtige Blick auf die Langzeitaussichten der geplanten Behandlung sind vertrauensfördernde und kundenbindende Maßnahmen. Es wird immer noch zu früh implantiert.

Für die Regenerationstherapie gilt: Nur bei Patienten, die persönlich bekannt oder durch die zahnärztliche Abrechnungsstelle geprüft sind, bei effektiver Mundhygiene und bei Nichtraucher.

Kostenstruktur Parodontologie

■ 1. 01-, 04- und PAR-Befund, danach OPG GOZ ca. 200 €

Anamnese (Update):

- Grunderkrankungen
- Regelmäßige Medikation
- Allergische Disposition

Diagnose, vorläufiger Therapieplan

Aufklärung Behandlungskosten

■ 2. PZR oder 1.+2. PAR-VB incl. PAR-Status 120 € Termin

■ 3. Nicht chirurgische Therapie (SRP OK UK) GOZ ca. 1200 €

■ 4. Regenerative PAR (EMD+BioOss/BioGide) GOZ 850 €

■ 5. Alternativ frühe Exaktion mit Implantation GOZ 2000 €

■ 6. Ästhetische Therapie (Vollkeramik, Rezessdeck) GOZ 800 €

Abbildung 30: Eine gewebeschonende, medizinisch ausgerichtete umfassende Parodontalbehandlung sichert die zahnmedizinische Zukunft unserer Patienten. Die Preisgestaltung und ihre Kommunikation mit dem Kunden sollte daher für das gesamte PARO-Team transparent und selbstverständlich sein. Preise können regional variieren.

Schlussfolgerungen

Die Parodontalbehandlung integriert sich neu in ein zahn- und humanmedizinisches Gesamtkonzept. Die konsequente Umsetzung einer biologisch und ästhetisch orientierten Parodontalbehandlung unter Berücksichtigung der medizinrelevanten Kenndaten unserer Patienten ist notwendiger als je zuvor. Implantologische Versorgungen werden von Forschung, Wissenschaft und Industrie überbewertet und aufgrund der guten Honorierung viel zu schnell durchgeführt. Die Zahnärzteschaft ist nur dann wirtschaftlich erfolgreich, wenn sie ihre traditionell gute Patientenbindung ausbaut und unabhängig von Modetrends eine Zahnmedizin realisiert, die indikationsbezogen den Patientenbedürfnissen nach Komfort, Verkürzung der Behandlungsdauer, komplikationslosem Verlauf und bestmöglicher ästhetischer Lösung folgt.

Dr. Rainer Buchmann, Privatdozent
Fachzahnarzt für Parodontologie
Poliklinik für Zahnerhaltung und Präventive
Zahnheilkunde, Sektion Parodontologie
Westdeutsche Kieferklinik
Heinrich-Heine Universität
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

c/o Lindemannstraße 96
40237 Düsseldorf
info@rainer-buchmann.de



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.

Schleimhautveränderungen im Kindesalter

Fibröses Histiozytom der Schleimhaut

Marcus Kriwalsky, Martin Kunkel



Abbildung 1: Klinischer Situs
Es handelte sich um eine kleine, fast filiform erscheinende verrucöse Läsion am Übergang der fixierten zur mobilen Schleimhaut mesial des Zahnes 36. Am Übergang zur Umgebung erscheint die Läsion granuliert und ähnelt einem Granuloma teleangiectaticum

Ein neunjähriges Mädchen wurde wegen einer knapp zwei Millimeter (mm) durchmessenden Schleimhautveränderung im linken unteren Vestibulum vorgestellt. Klinisch zeigte sich eine fingerförmige Hyperkeratose, die am Marginalsaum mesial des Zahnes 36 hervortrat und basal eine etwas granuläre Oberfläche aufwies (Abbildung 1).

Die Sensibilität der Nachbarzähne war ungestört. Anamnestisch ergaben sich Hinweise auf eine mechanische Irritation, wie beispielsweise das Aufbeißen auf Stifte oder andere „Habits“. Es gab auch keine Anzeichen auf lokale Reizfaktoren wie Füllungsänderungen oder bakterielle Beläge. Damit ergab sich klinisch zunächst der Verdacht auf ein Viruspapillom hier unter dem Erscheinungsbild einer filiformen Schleimhautwarze. Vor diesem Hintergrund wurde die Schleimhautläsion mit einer kleinen Kauterschlinge abgetragen, um eine lokale Virus-Aussaatz zu vermeiden.

Histologisch ergab sich zwar die nach dem klinischen Erscheinungsbild erwartete sägeblattartige Hyperkeratose (Abbildung 2 a) mit deutlicher Parakeratose. Im subepithelialen Stroma fand sich aber ein zellreicher spindelzelliger Tumor mit in Zügen ange-

ordneten, durchflochtenen, wachsenden Zellen, allerdings ohne prominente Mitosen (Abbildung 2 b). Die weitere immunhistologische Differenzierung zeigte dann eine Expression von CD-68, einem Marker für Makrophagen und Histiocyten (Abbildung 2 c) und eine sehr geringe Proliferationsfraktion von unter einem Prozent. Abschließend ergab sich die histologische Diagnose eines fibrösen Histiozytoms der Mundschleimhaut. Nachdem sich dieser benigne, mesenchymale Tumor im basalen Anteil des Exzisesates befand, wurde zur vollständigen Entfernung eine umschriebene Nachresektion abgeschlossen. Die Operationswunde heilte unter freier Granulation ab.

Diskussion

Das fibröse Histiozytom betrifft als sehr häufiger benigner Tumor der Haut (Dermatofibrom) ganz überwiegend die Extremitäten und dort die lichtexponierte Haut. Interessanterweise kommt dieser Tumor in der gleichermaßen lichtexponierten Haut der Gesichtregion nur recht selten (0,1 Prozent der Fälle) vor [Mentzel, Kutzner et al. 2001]. Die orale Schleimhaut ist nur in Ausnahme-



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

fällen betroffen [Alves, Vargas et al. 2003], und der Befall des Gesichtsschädels ist eine ausgesprochene Rarität [Kishino, Murakami et al. 2005]. Die bevorzugte Patientengruppe sind Frauen im mittleren Lebensalter.

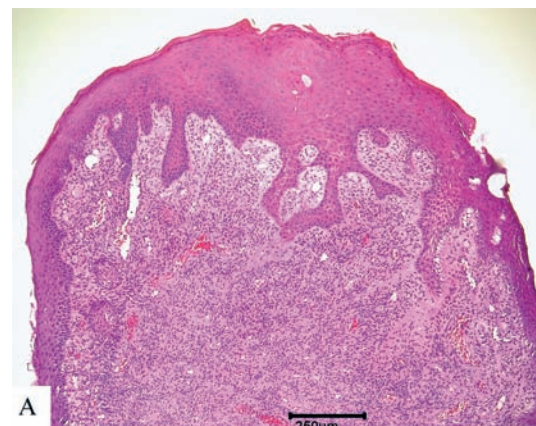
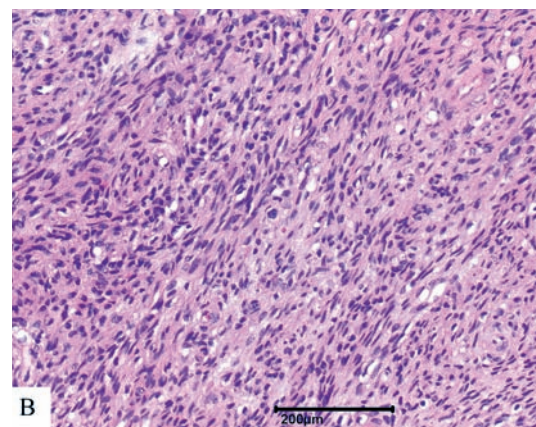
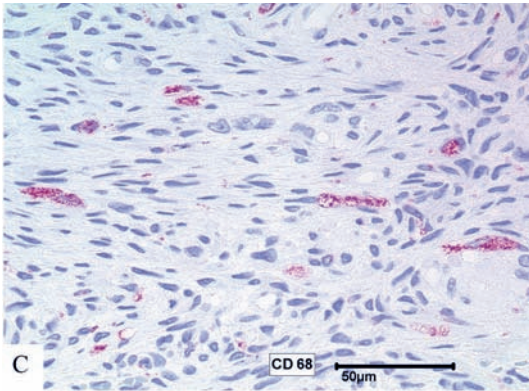


Abbildung 2: Histologischer Befund: Die Übersichtsvergrößerung (Abbildung 2a) zeigt die fingerartige Läsion mit einer deutlichen Hyper- und Parakeratose. In den basalen Anteilen des Präparates findet sich ein zellreicher Abschnitt mit mesenchymalen Zellen.



In der Vergrößerung des Ausschnitts (Abbildung 2b) kommt die Anordnung der teils spindelzelligen, in Zügen und fast wirbelartig angeordneten Zellen zur Darstellung.



Immunhistologisch (Abbildung 2c: Markierung von CD-68) lässt sich neben den fibroblasten-ähnlichen Zellen auch noch eine andere Zellpopulation darstellen. Hier handelt es sich um die CD-68 positiven Histiozyten. Die histologischen Bilder wurden durch Prof. Dr. Andrea Tannapfel, Direktorin des Instituts für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum zur Verfügung gestellt.

Klinisch imponiert das Histiozytom zumeist wie ein Schleimhautfibrom und wird erst in der histopathologischen Untersuchung durch den spindelzelligen Aufbau und anhand immunhistologischer Marker erkennbar. Typisch ist die Expression von CD-68, einem Marker für Makrophagen, und das Fehlen von S-100 und CD-34.

Im Gegensatz zu den fibrösen Histiozytomen der Gesichtshaut, die in knapp 20 Prozent der Fälle ein klinisch aggressives Verhalten mit lokaler Infiltration und Rezidivneigung haben, ist die Prognose von Schleimhaut-Histiozytomen sehr gut. Auch nach lo-

kaler Exzision sind Rezidive eine seltene Ausnahme.

Ungewöhnlich war im vorliegenden Fall die marginale Lokalisation, die verrucöse Erscheinungsform und das niedrige Alter der Patientin, so dass klinisch vor allem an ein virusbedingtes Papillom oder einen mechanischen Artefakt zu denken war. Gerade verhaltensbedingte, mechanische Alterationen können zahlreiche Pathologien imitieren und werden in der Differentialdiagnostik bei unklaren Schleimhautveränderungen oft außer acht gelassen. Im vorliegenden Fall gab es allerdings keinerlei Hinweise auf eine irritative Ursache.

Die Läsion blieb offensichtlich über einen Zeitraum von rund vier Monaten unverändert bestehen.

Für die zahnärztliche Praxis weist dieser ungewöhnliche Zufallsbefund auf die nicht immer einfache Differentialdiagnostik bei kindlichen Mundschleimhautveränderungen hin. Gerade im Kindesalter empfiehlt es sich, unklare Läsionen frühzeitig einer histologischen Klärung zuzuführen.

Dr. Dr. Marcus Kriwalsky
 Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
 Klinik für Mund-, Kiefer- und
 plastische Gesichtschirurgie
 Knappschafts Krankenhaus
 Bochum Langendreer, Universitätsklinik
 Ruhr Universität Bochum
 In der Schornau 23-25
 44829 Bochum
 E-Mail: martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de

Fazit für die Praxis

- Das fibröse Histiozytom ist ein benigner Tumor der überwiegend an der Haut der Extremitäten beobachtet wird. Das Histiozytom der Gesichtshaut zeigt in knapp 20 Prozent ein klinisch aggressives Verhalten mit lokaler Infiltration und Rezidivneigung.
- Eine Manifestation an der Mundschleimhaut ist sehr selten und betrifft dann noch am häufigsten die Wangenschleimhaut. Das klinische Bild ähnelt zumeist einem Schleimhaut-Fibrom.
- Die Therapie der Wahl ist eine lokale Exzision, danach sind Rezidive im Bereich der Mundschleimhaut ausgesprochen selten.



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.

Thema des Millerpreises richtungsweisend

Früherkennung von malignen Mundhöhlenläsionen

Der höchste wissenschaftliche Preis der DGZMK wurde anlässlich des Deutschen Zahnärztetages in Stuttgart erstmals seit vier Jahren wieder vergeben. Bei der preiswürdigen Arbeit handelt es sich um eine wissenschaftliche Grundlagenarbeit, die aber in der niedergelassenen Praxis unter Umständen lebensrettende Dienste am Patienten liefert. Hier eine Zusammenfassung der Forschungsarbeit.

Der Titel der Studie lautete „Identifikation oraler Risikoläsionen und Karzinome mittels oraler Zytologie – Immunzytochemische, massenspektrometrische (SELDI), DNA-zytometrische und quantitative mRNA-Analyse oraler Bürstenbiopate.“ Hinter dieser Formulierung „versteckt“ sich die moderne Form des zytologischen Abstrichs, mit dessen Hilfe „verdächtige“

hilft die Verwendung von relativ harten Bürstchen (siehe Abbildung 1) weiter. Entscheidend für die Aussagekraft der sogenannten Bürstenbiopsie sind die in Driemels Studie erstmals immunzytochemisch markierten extrazellulären Matrixproteine wie die Gamma2-Kette von Laminin-5 und hochmolekularem Tenascin-C. Diese sind Schlüsselproteine der Invasions- und Metas-

zm-Info

Der Deutsche Millerpreis

Der Deutsche Millerpreis wird vom Vorstand der DGZMK jährlich als Anerkennung für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde seit 1908 und nach Unterbrechung seit 1961 vergeben. Nicht in jedem Jahr wurden die eingereichten Studien für preiswürdig befunden: 2008 wurde erstmals nach einem preislosen Intervall von drei Jahren der mit 10 000 Euro dotierte Preis an Privatdozent Dr. Dr. Oliver Driemel, bislang Oberarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Regensburg, wieder vergeben. Der Preisträger lässt sich ab 2009 in Lüneburg in einer Praxis nieder.



Abbildung 1: Bürstenbiopsie einer verdächtigen Schleimhautveränderung am Gaumen

tasierungskaskade von oralen Plattenepithelkarzinomen. Die immunzytochemische Markierung von atypischen Zellen in den Bürstenbiopsiepräparaten erleichtert das Auffinden der diagnoseentscheidenden Zellen, rationalisiert die Diagnostik und ermöglicht eine hohe Sicherheit der Interpretation. Daraus resultiert eine Sensitivität (Karzinom richtig erkannt) von 95 Prozent und eine Spezifität von 99 Prozent (nur einer von 100 positiven Tests ist falsch positiv). Die hohe Sensitivität der methodisch erweiterten und abgesicherten Bürstenzytologie macht diese Technik als ersten diagnostischen Schritt im Rahmen des Monitorings von Mundschleimhautläsionen empfehlens-

Schleimhautveränderungen in der Mundhöhle ohne Skalpell und mit hoher Sicherheit der Aussage überprüft werden können. Die Folge: Eine kleine Bürste ersetzt (zumindest vorläufig) das Messer!

Die „gewöhnliche“ Zytologie mit Auswertung nach Papanicolaou, wie sie in der Gynäkologie zu großen Erfolgen in der Frühbehandlung von Zervixkarzinomen geführt hat, gelingt in der Mundhöhle nicht mit gleicher Aussagekraft, da das Mundhöhlenepithel verhornt und die entscheidenden Zellen mit einem einfachen Wattestab-Abstrich nicht gewonnen werden können. Hier

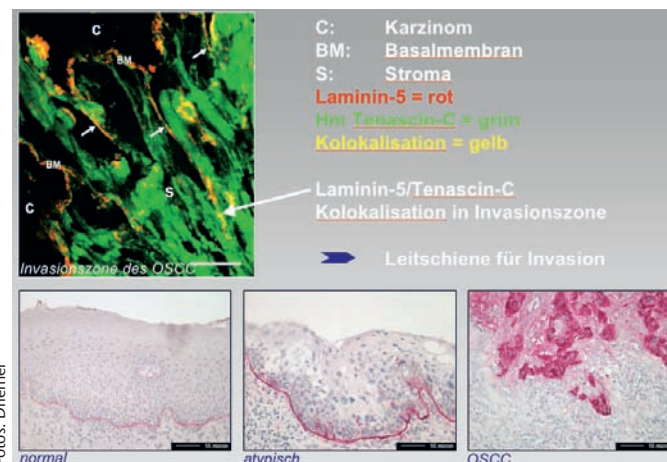


Abbildung 2: Standardisierte Immunzytochemie mit Laminin-5 und Tenascin-C; Normale Schleimhaut und immunzytochemisch erkannte und markierte Zellen eines Plattenepithelkarzinomes der Mundhöhle (OSCC)

wert. Positiver Befund und Progression der Läsion bei negativem Befund sind hiernach Indikationen zur Überweisung des Patienten an Fachkliniken und zur dort durchzuführenden histopathologischen Kontrolle. Sie sollen immer dann zum Einsatz kommen, wenn eine Schleimhautläsion klinisch als nicht dringend tumorverdächtig angesehen wird und zunächst durch Beobachtung verfolgt wird. In diesen Fällen sind auf Bürstenbiopsie basierende Verfahren geeignet, diagnostische Fehleinschätzungen frühzeitig zu erkennen. (Abgerechnet werden können die Gebührennummer 05 des BEMA 2004 beziehungsweise die GOÄ-Nr. 279 und 7.) Bei jedem klinisch eindeutigen Karzinomverdacht erübrigen sich sämtliche Verfahren der oralen Bürstenbiopsie, denn es wird unmittelbar eine Skalpellbiopsie erforderlich. Durch frühe Überweisung in eine Fachklinik kann die notwendige chirurgi-



Der Millerpreisträger hatte diese Technologie während seiner Facharztausbildung an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen des HELIOS Klinikums Erfurt bei Chefarzt Prof. Dr. Dr. Hans Pistner und in enger Zusammenarbeit mit Professor Dr. Hartwig Kosmehl, Chefarzt des Institutes für Pathologie am gleichen Klinikum, zugleich einem sehr versierten und anerkannten Oralpathologen, entwickelt. An der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Regensburg (Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert) wurden die Daten vervollständigt und die Technik zur Rezidivüberwachung erweitert. Driemel hat zu diesem Thema an der Universität Regensburg habilitiert. Im Verlauf wurden die Studien mit Mitteln der Europäischen Union FP6, LSCH-CT-2003–5032, Stroma und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung BMBF unterstützt. ■

sche Therapie im Umfang kleiner bleiben. Die Überlebenschancen und Lebensqualität eines Patienten sind um so höher, desto kleiner ein Tumor bei Diagnosestellung und Behandlungsbeginn war.

Die Verleihung des Millerpreises für die Bürstenbiopsie ist ein wichtiger Schritt für die Zahnmedizin hin zur ZahnMedizin: Die Augen des Zahnarztes können mithilfe dieses neuen Werkzeuges für maligne Erkrankungen der Mundhöhle geschärft werden. Die einfache nicht-invasive Wiederholbarkeit in der Zahnarztpraxis erlaubt die engmaschige Kontrolle oraler Vorläuferläsionen und ermöglicht eine frühzeitige Erkennung maligne transformierter Zellen. sp/pi

Aktueller Standard – umgesetzt in der Praxis

In der heutigen Ausgabe der *zm* können die Leser zwei Falldarstellungen verfolgen, die nach aktuellen Standards ausgerichtet sind, sich an den Vorstellungen der jeweiligen Patienten orientieren, aber auch durchaus individuelles Geschick erfordern.



Foto: privat

Professor Dr.
Detlef Heidemann

Zunehmend sind in der Praxis der Zahnärzte Situationen zu finden, deren therapeutische Herausforderungen auf den Folgen von Hartsubstanzverlusten beruhen, die durch Kombinationen von Attrition, Abrasion und Erosion beruhen.

Hier sieht man sich häufig vor die Frage gestellt, mit weiteren umfangreichen Verlusten an Zahnhartsubstanz – wie durch eine komplette Überkronungstherapie – zu agieren, wenn die gesamten Zahnreihen noch wenige oder gar keine Restaurationen aufweisen.

Alternativen wie die Therapie durch okklusale Keramikveneers auf den Seitenzahnreihen sind bislang noch keine Standardlösung.

Oft liegen auch Situationen vor, bei denen, wie hier, der Spielraum eingeschränkt ist,



Fotos: Cebirand



weil relativ neue – also erst vor Kurzem eingegliederte – Restaurationen möglichst unangetastet bleiben sollen. Gerade dieses stellt besondere Anforderungen an den Behandler, wenn er dem Patienten im Rahmen des Möglichen entgegenkommen will.

Der besondere Charme der von **Dr. Christine Gebrende**, Freiburg, dargestellten Lösung liegt darin, dass die Einbindung von Kompositrestaurationen und Keramikteilrekonstruktionen weitere Hartsubstanzverluste in minimalen Grenzen hält.

Im zweiten Beitrag von **Dr. Dominik Trohorsch**, Frankfurt wird ein „verfahrener“ endodontischer Behandlungsfall wieder aufgegriffen und zu einem befriedigenden Ende gebracht. Der Patient war seit 2001 in unregelmäßigen Abständen in Behandlung, ohne dass bislang ein den Patienten dauerhaft befriedigendes Ergebnis erreicht werden konnte. Die Darstellung des Behandlungsablaufes in der Anamnese macht die wichtige Rolle der Desinfektion des Kanalsystems deutlich. Dieses Ziel war in dieser langen Zeit offensichtlich nicht konsequent

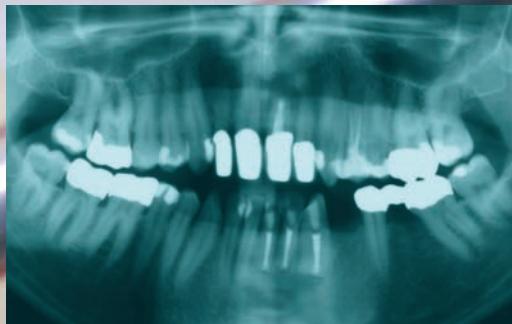
umgesetzt worden, unabhängig davon, ob ein konservatives oder ein chirurgisches Vorgehen gewählt wurde. Ein wesentlicher negativer Einfluss ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch der koronalen Reinfektion zuzuschreiben, bedingt durch einen

unzureichenden Verschluss der Zugangskavitäten. Ein weiteres Mal mussten konservative und chirurgische Vorgehensweisen – in dieser Reihenfolge – gewählt werden, um zum Ziel zu gelangen. Insbesondere war es wichtig, die dislozierten, apikalen, retrograden Verschlussmaterialien des Ersteintriffes zu beseitigen und einen suffizienten Defektverschluss zu erreichen.

Beide Autoren konnten mit ihren Darstellungen aufzeigen, wie wichtig ein Behandlungsansatz

über enge Fachgrenzen hinaus für ein patientengerechtes Resultat ist, sicher eine nicht gerade neue, aber immer wieder zu betonende Anmerkung, die, und das ist besonders erfreulich, offensichtlich gerade bei den jungen Behandlern ihren Niederschlag gefunden hat.

Professor Dr. Detlef Heidemann, Frankfurt



Fotos: Trohorsch et al.

Verantwortlich für den Fortbildungsteil:

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

Für den diesjährigen zm-Fortbildungsteil können Sie Fortbildungspunkte sammeln.

Die Fragen finden Sie bei www.zm-online.de unter @-Fortbildung

Bisshebung – konservierend und prothetisch gelöst

Christine Gebrande, Christian Hannig

Der Verlust der ursprünglichen vertikalen Dimension, wie er im Zuge von Attrition und Abrasion auftritt, kann abgesehen von allgemeinästhetischen und zahnästhetischen Beeinträchtigungen auch negative gesundheitliche Auswirkungen haben [Rivera-Morales & Mohl, 1991]. Eine Wiederherstellung der ursprünglichen vertikalen Relation mithilfe prothetischer oder restaurativer Maßnahmen erfordert meist eine umfassende Therapie, da alle Zähne und deren unterschiedlicher Therapiebedarf bei der Planung berücksichtigt werden müssen [Allen, 2003]. Im folgenden Fallbericht werden unterschiedliche restaurative (Kompositrestaurationen, Keramikonlays) und prothetische (Kronen- und Brückenversorgung) Maßnahmen vorgestellt.

Eine sorgfältige Behandlungsplanung sowie eine vorherige Austestung der neu definierten Bisshöhe sind hierbei von besonderer Bedeutung.

Patientenfall

Eine 57-jährige Patientin wurde von ihrem Hauszahnarzt zur „Entfernung des beherdeten Zahnes 46“ in die Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde überwiesen. Akut bestanden keine Schmerzen, die Patientin berichtete jedoch von einer gelegentlich auftretenden Kälteempfindlichkeit

im Frontzahnbereich. Das Hauptanliegen der Patientin selbst war der Wunsch nach einer ästhetischen Verbesserung, da sie befürchtete, dass ihre „gelblichen, abgeschliffenen Unterkieferschneidezähne“ sie insgesamt älter erscheinen ließen.

Anamnese

Die allgemeine Anamnese der Patientin war unauffällig. Bezüglich der zahnmedizinischen Vorgeschichte berichtete die Patientin, dass vor einem halben Jahr die VMK-Kronen der Zähne 12, 11 und 21 aus ästhe-

tischen Gründen, die Vollgusskrone des Zahnes 26 aufgrund von Sekundärkaries erneuert worden waren. An Zahn 16 war vom Hauszahnarzt eine Wurzelkanalbehandlung begonnen worden.

Befund

Extraoraler Befund

Auffällig waren ausgeprägte Nasolabialfalten sowie ein in Okklusion verkürztes unteres Gesichtsdrittel (Abbildung 1)

Funktionsbefund

Es waren keine Anzeichen kranio-mandibulärer Dysfunktionen erkennbar.

Auffällig war lediglich ein großer Interokkusalabstand von fünf Millimetern (mm).

Intraoraler Befund

Die Befundaufnahme ergab ein prothetisch und konservierend insuffizient versorgtes Gebiss bei guter Mundhygiene (API: 32 Prozent, SBI: 25 Prozent). An diversen Kronenrändern lag eine Sekundärkaries vor (siehe Befundblatt Abbildung 2).

Die Zähne 13, 44 sowie die Unterkieferfrontzähne (von Zahn 33 auf 43) zeigten kleine Kompositfüllungen auf, ansonsten waren sie kariesfrei, wiesen jedoch massive Abrasionen mit Dentinexposition auf (Abbildung 3). Sowohl die neu angefertigten Oberkieferfrontzahnkronen als auch die abradieren Unterkieferschneidezähne waren klinisch zu kurz. Zudem lag ein ausgeprägter Tiefbiss vor (Abbildung 1). Die parodontale Untersuchung ergab einen altersentsprechenden Befund mit lokalisierter Gingivitis an den Kronenrändern im Oberkieferfrontzahnbereich.

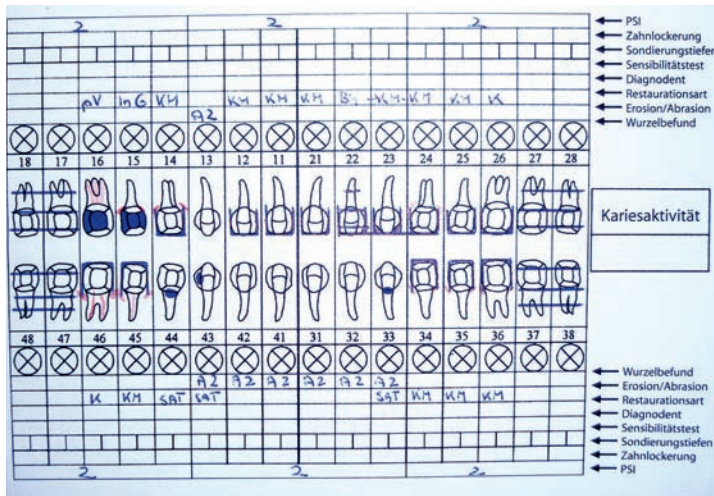
Röntgenologischer Befund (Abbildung 4)

An den Zähnen 46 und 45 waren apikale Läsionen bei röntgenologisch insuffizienter endodontischer Versorgung erkennbar. Zahn 24 war kariös zerstört. Zahn 48 war retiniert und in enger Beziehung zum N. alveolaris inferior verlagert, ohne Anzeichen von periodentalen Entzündungen.



Abbildung 1: Vergleich der vertikalen Dimension intra- und extraoral vor Therapie (a und c) und nach Durchführung einer Bisshebung (b und d); das ehemals verkürzte untere Gesichtsdrittel erscheint nun harmonisch.

Abbildung 2: Der Befund ergab ein prothetisch und konservierend versorgtes Gebiss sowie endodontisch insuffiziente Versorgung der Zähne 16, 45 und 46.



Diagnose

- Parodontitis apicalis der Zähne 45 und 46 bei insuffizienter endodontischer Versorgung
- Nicht abgeschlossene endodontische Behandlung des Zahnes 16
- Insuffiziente Kronenversorgungen der Zähne 14, 45 und 46, 36-34
- Insuffiziente Inlayversorgung des Zahnes 15
- Nicht erhaltungswürdiger Wurzelrest Zahn 24
- Schmerzhafte Dentinexposition der Zähne 13, 33-43 und 44
- Ausgeprägte Tiefbissituation bei abge-sunkener vertikaler Dimension mit Auswirkungen auf das extraorale Erscheinungsbild
- Lokalisierte Gingivitis im Oberkieferfront-zahnbereich



Abbildung 3: Ausgeprägte Abrasionen und Attrition (mit Dentinexposition) der nicht überkronen Zähne im Unterkiefer führten zur Hypersensibilität.

Therapieplan

Aufgrund der Aufhebung der Stützzonen in allen vier Quadranten nach Entfernung der insuffizienten prothetischen Versorgung ergab sich die Möglichkeit der Rekonstruktion der vertikalen Dimension und damit des Anhebens des eingefallenen unteren Gesichtsdrittels und der kausalen Therapie der Hypersensibilität der Unterkieferfrontzähne durch Aufbau der verlorengegangenen Zahnhartsubstanz. Da die Patientin die Alternative einer Implantatversorgung strikt ablehnte, wurde im zweiten Quadranten nach Entfernung des Zahnes 24 eine Extensionsbrücke geplant. Außerdem sollte ein Erhaltungsversuch der Zähne 46 und 45 durch Revision der insuffizienten Wurzelfüllung durchgeführt werden.

Im Einzelnen wurden die folgenden restaurativen und prothetischen Maßnahmen zur Durchführung der Bisshebung geplant:

- VMK-Kronen an den Zähnen 16, 15, 14, 36, 35, 34, 45 und 46
- VMK-Extensionsbrücke über die Zähne (22)-23-(24)-25
- Keramikonlays (Cerec) an den Zähnen 13, 33 und 43 zur Rekonstruktion der Eckzahnführung

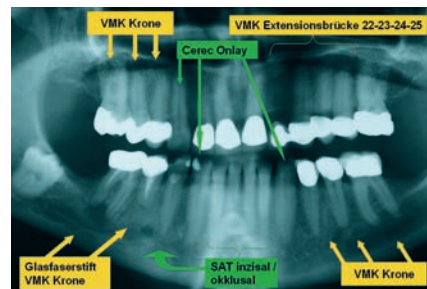


Abbildung 4: Orthopantomogramm und Therapieplan zur Durchführung der konservierend (grün) – prothetischen (gelb) Bisshebung; röntgenologisch ist an Zahn 46 eine apikale Läsion erkennbar (Durchmesser etwa 5 mm), Zahn 24 ist kariös zerstört.

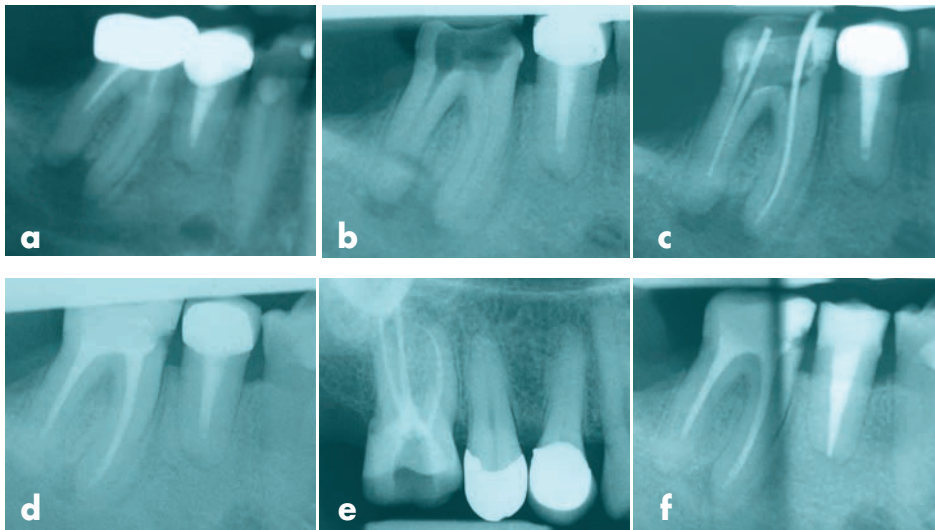


Abbildung 5: Endodontische Vorbehandlung:
 a: apikale Läsion Zahn 46 zu Beginn; b: Revision und maschinelle Aufbereitung Zahn 46;
 c: Längenbestimmung Zahn 46; d: Wurzelfüllung Zahn 46; e: Wurzelfüllung Zahn 16 (laterale Kondensation); f: Verlaufskontrolle zehn Monate nach Revision der Zähne 46 und 45 mit erkennbarem Rückgang der apikalen Läsionen

- Inzisale Kompositrestaurationen an den Zähnen 32, 31, 41, 42 mit Verlängerung um bis zu zwei Millimeter
- Okklusaler Kompositaufbau an Zahn 44 (auf Okklusionsniveau)

In Anbetracht des großen Interokklusar- raumes wurde eine interinzisale Bisshebung von drei Millimetern angestrebt. Da die Okklusionsebene im Oberkiefer durch die erst ein halbes Jahr zurückliegende Neuüberkronung der Zähne 11, 21 und 26 vorgegeben war, sollte die Bisshebung allein im Unterkiefer erfolgen. Trotz intensiver Aufklärung bezüglich der Vorteile einer Gesamtsanie- rung lehnte die Patientin eine Erneuerung dieser prothetischen Restaurationen ab.

Vorbehandlung: konservierend, chirurgisch

Zunächst wurde die Patientin im Rahmen einer Mundhygienesitzung über die Notwendigkeit der Interdentalraumpflege sowie der effizienteren Mundhygiene im Bereich der Oberkieferfrontzahnkronen aufgeklärt. Anschließend wurde die Revision der Wurzel- füllung an Zahn 46 durchgeführt und der bislang ungefüllte mesiolinguale Kanal dargestellt. Der distale Kanal war im unteren Wurzel Drittel obliteriert. Die anschließenden Wurzelfüllungen des Zahnes 46 sowie

der Zähne 45 und 16 erfolgten mit der Technik der lateralen Kondensation (Abbil- dung 5).

Klinik	Labor
Definitive, prothetische Versorgung des Oberkiefers	
	Arbiträres Einartikulieren der Situationsmodelle, Modellanalyse und Bisshebung im Artikulator
	Diagnostisches Wax-up im UK für Provisorien und adjustierte Schiene
Austestung der Bisshebung (adjustierte Schiene) für 1 Monat	
Präparation der Zähne 34–36, 45,46 und Registrierung der Bisshebung	
	Sägemodellherstellung und Einartikulieren
	Wax-up der Eckzahnführung
	Herstellung der Cerec-Onlays 13,33,43
	Wax-up der UK Frontzähne für Silikonschlüsselherstellung
Insertion der Cerec-Onlays, Kompositrestaurationen 32,31,41 und 42	Herstellung neuer Provisorien zur Austestung der Bisshebung (gemäß dem diagnostischen Wax-up)
Gerüstanprobe und erneute Bissregistrierung	
Definitive, prothetische Versorgung des Unterkiefers	
Kompositrestauration 44 sowie Diastemaschluss 33–32, 43–44	

Abbildung 6:Sequentielle Bisshebung: Schematische Darstellung des systematischen Behand- lungsablaufes der restaurativ-rekonstruktiven Phase

Aus persönlichen Gründen setzte die Patientin die Behandlung erst neun Monate später fort. Nach Entfernung der insuffizienten Restaurationen zeigte sich an sämtlichen Zähnen eine ausgeprägte Sekundärkaries. Die Zähne wurden zunächst mit adhäsiven Auf- baufüllungen (Clearfil Core) versorgt. Die Extraktion des Wurzelrests Zahn 24 erfolgte nach provisorischer Brücken- präparation und Anfertigung eines direkten Kunststoffprovisoriums (Sys- temp c&b), um der Patientin zu jedem Zeitpunkt eine lückenlose Zahnreihe zu gewährleisten und um ein „Ovate Pon- tic“ in Regio 24 auszuformen [Dylina, 1999].

Reevaluation

Die Reevaluation erfolgte nach Abschluss der vorbereitenden Maßnahmen zwölf Mo- nate nach Behandlungsbeginn. Die röntge-

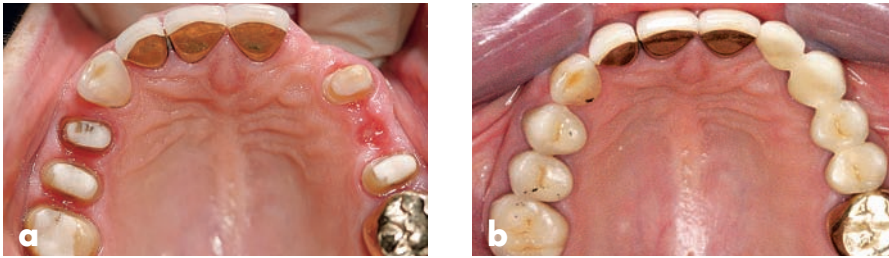


Abbildung 7: Prothetische Versorgung des Oberkiefers
 a: Präparation der Zähne 16 – 14 sowie 23 und 25 (zirkuläre Hohlkehle) nach Ausformung eines „ovate pontic“ Regio 24 mithilfe des Brückenprovisoriums (System p c&b);
 b: nach Insertion der prothetischen Restaurationen

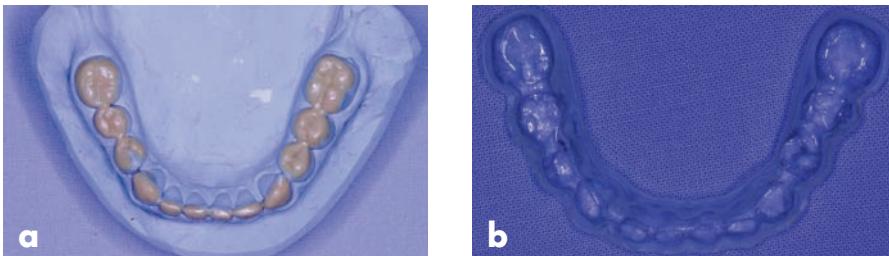


Abbildung 8:
 a: Diagnostisches Wax-up am Unterkiefer-Situationsmodell nach Bisshebung im Artikulator um 3 mm
 b: Herstellung einer entsprechenden Aufbisschiene zur mittelfristigen Austestung der korrekten Bisshöhe

nologische Verlaufskontrolle der apikalen Läsion an Zahn 46 zeigte eine sehr gute Heilungstendenz (Abbildung 5). Die Aufhellung um die distale Wurzel war trotz der Obliteration im apikalen Bereich vollständig verschwunden, lediglich um die mesiale Wurzel war noch eine leichte Aufhellung im Zahnfilm detektierbar. Angesichts des Zerstörungsgrades der Zähne 46 und 45 wurde vor Überkronung die adhäsive Insertion von Glasfaserstiften (Komet ER Dentin Post, inse-

riert mit Clearfil Core) in die Planung mit aufgenommen. Sämtliche mit Aufbaufüllungen versorgten Pfeilerzähne reagierten vital auf den Kältetest und waren klinisch unauffällig.

Sequenzielle Bisshebung

Die sequenzielle Bisshebung erfolgte entsprechend der Übersicht in Abbildung 6. Aufgrund der vorgegebenen Oberkieferebene erfolgte zunächst eine zügige prothe-

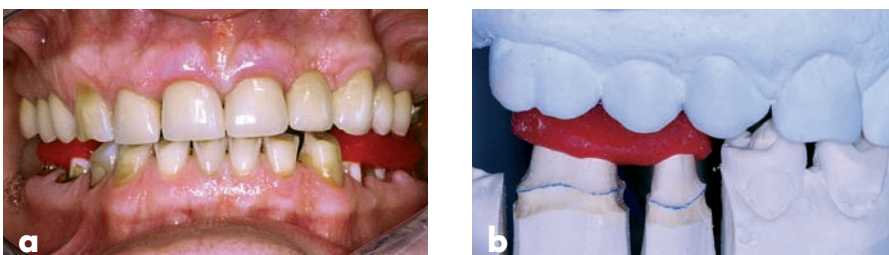


Abbildung 9:
 a: Bissregistrierung über die präparierten Zähne 36-34, 45 und 46 mit GC Pattern-Resin

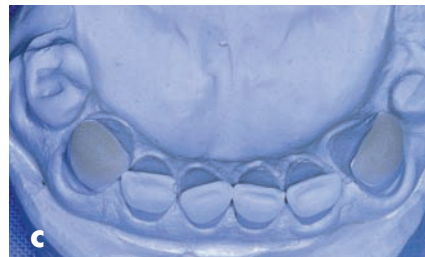
b: zum Einartikulieren des Sägemodells

c: Der Abgleich der Registrierung mit der anhand der Schiene ausgetesteten Bisshöhe erfolgt extraoral mithilfe eines Zirkels.





Abbildung 10:
Rekonstruktion der Eckzahnführung
a: Wax-up der Eckzahnführung am Sägemodell
b: Beschichtung des Wax-ups mit Titanoxid-spray für den optischen Abdruck zur Erstellung der Keramikonlays im Korrelationsmodus des Cerec-Systems
c: Gefräste Cerec Keramikonlays der Zähne 33 und 43 aus Vita-Mark II-Feldspatkeramik



tische Versorgung der Zähne 16, 15, 14, 23 und 25 (Abbildung 7). Nach Insertion dieser prothetischen Arbeiten wurden von Ober- und Unterkiefer Situationsmodelle für die Planung der Bisshebung hergestellt und mithilfe eines Gesichtsbogens einartikuliert. Nach Durchführung einer Modellanalyse wurde im Artikulator eine interinzisale Bisshebung um drei Millimeter vorgenommen und dementsprechend ein diagnostisches Wax-up im Unterkiefer durchgeführt (Abbildung 8). Über dieses Wax-up wurde ein Silikon-schlüssel aus Knetsilikon (Aquasil Soft Putty) angefertigt, der später zur Herstellung der direkten Provisorien nach Bisshebung diente. Vor Präparation der Unterkieferseitenzähne wurde zur Überprüfung der Bisshebung (entspannter Lippenschluss, subjektives Empfinden der Patientin) entsprechend der angehobenen Situation im Wax-up eine Unterkiefer-Kunststoffaufbiss-schiene hergestellt, die die Patientin so oft wie möglich tragen sollte (Abbildung 8). Die Patientin berichtete, jedes Mal nach Entfernung der Schiene das Gefühl zu haben, ins Leere zu beißen, so dass von einem physiologischen Ausmaß der Bisshebung und guter Akzeptanz ausgegangen werden konnte. Nach einmonatigem Austesten der angehobenen Bissituation erfolgten die Präparation und Abformung der Zähne 36-34, 45 und 46. Die intraorale Registrierung wurde über die präparierten Stümpfe mit GC Pattern vorgenommen (Abbildung 9). Davor wurde extraoral die vertikale

Dimension beim Tragen der Kunststoffaufbiss-schiene bestimmt und auf diese Weise die korrekte Registrierung mithilfe eines Zirkels überprüft (Abbildung 9).

Mit den GC Pattern-Registern wurde das Unterkiefersägemodell gegen das bestehende Oberkiefersituationsmodell einartikuliert. Anschließend erfolgte zunächst das Wax-up zur Rekonstruktion der Eckzahnführung (Zähne 13, 33 und 43) als Vorlage für die im Korrelationsmodus zu konstruierenden Cerec-Keramikonlays (Abbildung 10). Im Sinne einer minimalinvasiven Präparation wurden



Abbildung 11: *a: Wax-up der übrigen, nicht zu überkronenden Zähne*
b: Herstellung eines Silikon-schlüssels (Aquasil Soft Putty) zur intraoralen Übertragung der Wax-up-Situation bei der Anfertigung der Kompositrestaurationen. Die Keramikonlays sind bereits adhäsiv befestigt (Syntac classic / Ceram X Mono) und poliert.

die Schlifffacetten der Zähne 13, 33 und 43 lediglich mit einem feinkörnigen Diamanten finiert. Von dieser Situation wurde anschließend eine Minitray-Abformung angefertigt und ein „Präparationsmodell“ aus Superhartgips hergestellt. Anhand dieses Modells und des Wax-ups der Eckzähne erfolgte die Cerec-Onlay-Herstellung im Korrelationsmodus, so dass die ideale Wax-up Situation als Konstruktionsvorlage für die Onlays diente [Bette et al., 2005]. Nach Herstellung der Cerec Keramikonlays (Abbildung 10) (Vita Mark II Feldspatkeramik) wurden die übrigen nicht zu überkronenden Zähne (32-42, 44) auf dem Unterkiefersägemodell idealisiert aufgewachst (Abbildung 11).

Über diese Situation wurde ein Silikon-schlüssel als Übertragungshilfe für die spätere Anfertigung der Kompositrestaurationen hergestellt (Aquasil Soft Putty).

In der nächsten Behandlungssitzung erfolgten die adhäsive Befestigung der Keramikonlays an den Zähnen 13, 33 und 43 unter absoluter Trockenlegung mit Kofferdam (Syntac classic und Ceram X Mono) sowie die Anfertigung der inzisalen Kompositaufbauten der Unterkieferfrontzähne mithilfe des Silikon-schlüssels (OptiBond FL und Ceram X duo) (Abbildung 11). Nach der frontalen Fixierung der neuen Okklusions-ebene im Eckzahnbereich wurde eine erneute Bissregistrierung für die Herstellung der prothetischen Versorgung im Zuge der Gerüstanprobe mit Pattern Resin durchgeführt. Die Seitenzähne wurden im Anschluss mithilfe eines Silikon-schlüssels (entsprechend der Situation des diagnostischen Wax-ups) mit neuen Provisorien versorgt. Nach Insertion der VMK-Kronen an den Zähnen 36-34 sowie an 45 und 46 (Abbildung 12) wurde Zahn 44 unter absoluter Trockenlegung mit Kofferdam okklusal mit Komposit direkt aufgebaut (Abbildung 13). Auf Wunsch der Patientin erfolgte abschließend der restaurative Diastemaschluss zwischen den Zähnen 33-32 und 43-44 (Abbildung 12). Der Diastemaschluss 43-44 wurde durch mesiale Verbreiterung des Zahnes 44 im Zuge der okklusalen Restauration realisiert, der Lückenschluss 33-32 durch mesiale Verbreiterung des Eckzahnes mit Komposit. Insgesamt konnte ein sowohl intraoral als



Abbildung 12: Definitive, prothetische Restaurationen der Unterkieferseitenzähne. Zwischen den Zähnen 33-32 sowie 43-44 sind Diastemas erkennbar.

auch extraoral ästhetisch ansprechendes und funktionelles Endergebnis erreicht werden. Auch die Einjahreskontrolle (Abbildung 14) zeigte die Stabilität der vertikalen Dimension, die damit verbundene extraorale gesichtsharmonische Verbesserung (Abbildung 1), die gute klinische Haltbarkeit der angefertigten prothetischen und restaurativen Versorgungen sowie erfreulicherweise einen vollständigen gingivalen Verschluss der früheren Lücken in den Bereichen 33-32 sowie 43-44. Auch kam die Patientin mit der rekonstruierten Eckzahnführung durch die Keramikonlays sehr gut zurecht, es waren weder Abfrakturen der Keramik noch Randverfärbungen erkennbar.

Diskussion

Wichtig für die erfolgreiche Umsetzung einer Bisshebung sind die konsequente Diagnostik und Vorbehandlung. Die Vorbehandlung umfasst gleichermaßen kariologische, endodontische, parodontale und funktionelle Aspekte. In der eigentlichen restaurativ-rekonstruktiven Phase kann es hilfreich sein, die Sanierung systematisch in einzelnen Etappen durchzuführen, um die Behandlung für den Patienten weniger belastend zu gestalten.

Im aktuellen Patientenfall konnte auf diese Weise eine sequenzielle Rekonstruktion der ursprünglichen vertikalen Dimension erfolgreich durchgeführt werden. Da jedoch ein zu starkes Anheben der vertikalen Dimension gefürchtete Probleme nach sich ziehen kann wie Knochenatrophie, Zahnintrusion, Klappern der Zähne beim Sprechen, Bruxismus und kranio-mandibuläre Störungen [Hammond & Beder, 1984; Rivera-Morales

& Mohl, 1991; Gross & Ormianer, 1994], sollte eine Bisshebung nur bei entsprechender Indikation durchgeführt und im Vorfeld mithilfe von Aufbisschienen oder Provisorien über eine gewisse Zeit ausgetestet werden. Die Schlüsselfrage ist hierbei das Ausmaß der Bisshebung, für das kein allgemeingültiger Goldstandard definiert werden kann [Palla, 1999]. Kriterien für eine korrekte vertikale Dimension sind das Vorhandensein eines ausreichenden Interokklusalraumes in entspannter Position, die Abwesenheit von Zahnkontakten während des Sprechens und ein extraoral ansprechendes Gesichtsprofil [Palla, 1999]. Somit wird der Schwerpunkt bei der Bewertung der für den Patienten korrekten vertikalen Relation auf die Ruheschwebelage des Unterkiefers gelegt [Palla, 1999]. Abhängig von der Ruheschwebelage kann eine einfache Ausgangssituation von einer schwierigen abgegrenzt werden: Eine einfache Ausgangssituation ist – wie im vorliegenden Fall – dann gegeben, wenn der Verlust der vertikalen Dimension nur in Okklusion und nicht auch in Ruheschwebelage des Unterkiefers besteht [Palla, 1999]. In diesem Falle ist extraoral bei habitueller Mandibularposition ein harmonisches Profil erkennbar. Im Gegensatz dazu ist bei der schwieriger zu lösenden Situation auch in der Ruheschwebelage ein eingefal-



Abbildung 13: Direkter okklusaler Kompositaufbau des Zahnes 44 (Optibond FL/ Ceram X Duo) auf Okklusionsniveau und gleichzeitiger mesialer Diastemaschluss

Abbildung 14: Ein-Jahres-Kontrolle: Die Eckzahnführung ist nach wie vor intakt, es wurde kein Rezidiv des Einsinkens der vertikalen Dimension beobachtet. Die Papillen im Bereich der ehemaligen Diastemata 33-32 und 43-44 haben sich vollständig ausgebildet.



lenes unteres Gesichtsdrittel erkennbar [Palla, 1999]. Im aktuellen Patientenfall konnte zur Jahreskontrolle ein immer mögliches Rezidiv des Absinkens der vertikalen Dimension durch Zahnintrusion oder Knochenumformung ausgeschlossen werden, da diese Umbauvorgänge in den ersten Monaten am ausgeprägtesten sind [Carlson & Schneiderman, 1983; Quejada et al., 1987; Ellis et al., 1989].

Die Prognose der wurzelkanalbehandelten Zähne, insbesondere des Zahnes 46, ist als sehr gut zu bewerten, angesichts der im Röntgenbild dokumentierten rückläufigen endodontischen Läsion.

Da eine große Materialfestigkeit im Bereich der stark beanspruchten Führungsflächen der Eckzähne von essenzieller Bedeutung ist [Betke et al., 2005], wurde die Eckzahnführung minimalinvasiv mit Cerec Keramikonlays rekonstruiert. Alternativ wäre abgesehen von einer unnötig invasiven Überkronung der Zähne die kostenintensivere Herstellung von laborgefertigten Keramikonlays gewesen. Allerdings sind industriell verfügbare Fräskeramiken aus materialkund-

licher Sicht vorzuziehen, da sie weniger frakturinduzierende Strukturfehler aufweisen als andere Keramiken und somit in der klinischen Anwendung verlässlicher sind [Tinschert et al., 2000]. Außerdem ist das Abtragsverhalten von Vita-Mark II-Keramik dem des natürlichen Zahnschmelzes sehr ähnlich [Ramp et al., 1997; Estafan et al., 1999].

Bei der Herstellung der direkten inzisalen Kompositaufbauten der Unterkieferschneidezähne erwies sich der anhand des Waxes hergestellte, rein dental abgestützte Silikonschlüssel als gute Orientierung bei der Kompositschichtung [Felippe et al., 2005]. Eine Alternative zum minimalinvasiven okklusalen Aufbau des Zahnes 44 wäre ebenfalls die Versorgung mit einem

Keramikonlay gewesen. Allerdings wäre hierfür die Einebnung des okklusalen Reliefs im Sinne einer keramikgerechten Präparation notwendig geworden. Der Diastemabschluss im Bereich der Zähne 33-32 sowie 43-44 ist insofern als erfolgreich zu bewerten, da er ein sowohl hinsichtlich der weißen als auch der roten Ästhetik harmonisches Ergebnis ergab [Koch & Auschill, 2007].

Insgesamt konnte eine zufriedenstellende Gesamtanierung durchgeführt werden, wobei ein großer Beitrag zum Endergebnis auch der neu entstandenen guten Compliance der Patientin zuzuschreiben ist.

Dr. Christine Gebrande
Zahnarztpraxis Dr. Wilfried Weihe
Bahnhofstr. 16a
73240 Wendlingen / N
christine.gebrande@gmx.de

PD Dr. Christian Hannig
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg
christian.hannig@uniklinik-freiburg.de



Dr. Christine Gebrande

1999 bis 2004 Studium der Zahnmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 2006 Promotion, 2005 bis 2008 Assistenzärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie des Klinikums der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. E. Hellwig); seit 2008 angestellt in allgemeinärztlicher Praxis bei Stuttgart.

2009 Ernennung zur Spezialistin für Zahnerhaltung (präventiv und restaurativ) der DGZ



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.

Kombiniert endodontisch-chirurgische Intervention

Dominik Trohorsch, Detlef Heidemann

Die endodontische Behandlung gehört zu den Eckpfeilern im Behandlungsspektrum der meisten niedergelassenen Zahnärzte. Wie komplex sich aber Ausgangssituationen und die Chronologie der Therapie mitunter erweisen, wird anhand des folgenden Behandlungsablaufes dargestellt.

V ielfach sind anamnestische Angaben des Patienten die einzigen Anhaltspunkte zur Rekonstruktion des Behandlungsverlaufes, wodurch aber häufig wichtige Fakten auch falsch wiedergegeben werden oder in Vergessenheit geraten. Der Beobachtungszeitraum in diesem Fall erstreckt sich über mehr als 13 Jahre und ist lückenlos dokumentiert, was die Ursachenforschung und Therapieplanung wesentlich erleichterte.

Falldarstellung

Im Oktober 2007 stellte sich der 46 Jahre alte Patient zu einer Routineuntersuchung vor. Der letzte zahnärztliche Check-Up lag zwei Jahre zurück.

Anamnese

Der Patient leidet an essenzieller Thrombozythämie. Jene ist gekennzeichnet durch die Erhöhung der Thrombozytenzahl auf über eine Million pro Kubikmillimeter Blut. Symptome sind Mikrozirkulationsstörungen, Thrombenbildung sowie erhöhte Blutungsneigung. Als Dauermedikation erhält er α -Interferon, wodurch der Thrombozytenwert im Normbereich gehalten wird. Ansonsten ist der Patient allgemeinmedizinisch gesund und Nichtraucher.

Klinische Befunde

Bei der Untersuchung (Abbildung 2) gab der Patient an, schon seit längerer Zeit rezidivierende, subakute Beschwerden in der Frontzahnregion des linken Unterkiefers zu haben. Des Wei-



Abbildung 1: Exophytisch wachsender Fistelgang regio 32

teren klagte er über einen schlechten Geschmack im Mund. Klinisch imponierte ein exophytischer Fistelgang (Abbildung 1), der laut Patient in mehr oder minder starker Ausprägung seit mehr als zehn Jahren existierte. Die Zähne 31-33 waren leicht perkussionsempfindlich und wiesen apikale Druckdolenz auf. An den drei betreffenden Zäh-

nen zeigten die zehn Jahre alten Füllungen aus Glasionomerzement (GIZ) deutliche Randspalte (Abbildung 3). Es wurde der Parodontale Screening Index (PSI) erhoben und im fünften Sextanten ein Code 2 ermittelt. Digital und mit einem Kugelstopfer konnte durch die Alveolarmukosa in der Mandibula ein breiter Knochendefekt regio 31-33 von etwa 3x1 cm Größe ertastet werden. Eine Gingivatätowierung von etwa fünf Millimetern Durchmesser war regio 32-33 zu erkennen. Der Zustand der Zähne 31, 32, 33 war insgesamt als erhaltungswürdig einzuschätzen. Extraoral waren keine pathologischen Befunde festzustellen.

Röntgenologische Befunde

Das zeitlich letzte Orthophantomogramm (OPG) stammte aus dem Jahre 2001, weshalb aufgrund der geschilderten Beschwerden und der Befunde im dritten Quadranten zur weiteren Diagnostik erneut eine Panoramaaufnahme angefertigt wurde. Die Auswertung (Abbildung 4) zeigte in der betroffenen Region die endodontisch behandelten Zähne 31, 32, 33 im Zustand nach Wurzelspitzenresektion. Die Qualität der Wurzelkanalfüllungen ist röntgenologisch als gut zu bewerten. Die im Vergleich zur Aufnahme aus 2001 deutlich vergrößerte Transluzenz regio 31-33 apikal legt den Verdacht auf ein zystisches Rezidiv nahe. Die retrograden Wurzelkanalfüllungen der Zähne

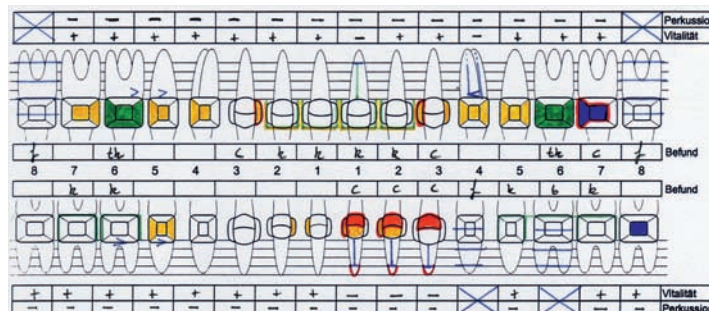


Abbildung 2: Klinischer Befund vom 30.10.07

31 und 32 sind disloziert. Zahn 21 lässt apikal eine Läsion endodontischen Ursprungs (LEO) erkennen, ist ebenfalls endodontisch behandelt und reseziert.

Behandlungshistorie

Bei der Durchsicht der Patientenunterlagen fiel auf, dass eine Fistelbildung mehrfach vermerkt wurde, aber aus nicht mehr nachvollziehbaren Gründen keine Therapie erfolgte. Die Chronologie der vorangegangenen Behandlung an den betreffenden Zähnen wurde zusammen mit dem Patienten aufgearbeitet. Die chirurgische Therapie in diesem Gebiet erstreckte sich demnach von Juni 1995 bis April 2002 (Tabelle 1). Pathohistologisch war der Befund „radikuläre Zyste“ nach dem Ersteingriff 1995 bestätigt worden. Die diagnostische Einzelzahnaufnahme vor der Operation (Abbildung 5) zeigt deutlich die zystische Aufhellung, offensichtlich ausgehend von dem devitalen Zahn 31. Intraoperativ kam es bei der Zystektomie zur Verletzung der Nachbarzähne, die daraufhin ebenfalls therapiert wurden. Im OPG (6/95), das zur Kontrolle des Operationsergebnisses angefertigt wurde, wird das volle Ausmaß des knöchernen Defektes sichtbar. Schon bald darauf ist eine deutliche Remission erkennbar (OPG 3/96). In Folge zeigen weitere Panoramaaufnahmen den Verlauf bis ins Jahr 2001 (Abbildung 6). Zahn 34 war primär nicht in das Geschehen involviert. Schmerzangaben des Patienten sowie die LEO im OPG 9/96 (Abbildung 6) führten zu einer intraoperativen Wurzelkanalbehandlung und Wurzelspitzenresektion, die im Zuge der Revision der Resektionen an 31-33 erfolgte. Im Jahre 2002 wurde Zahn 34 mit der Diagnose einer Vertikalfaktur extrahiert.

Verdachtsdiagnose am 30. 10. 07

Chronische apikale Parodontitis (ICD K04.5) der Zähne 31-33 sowie Neubildung oder Rezidiv einer radikulären Zyste (ICD K04.8), hervorgerufen durch koronale Reinfektion nach zwei bereits vorangegangenen Wurzelspitzenresektionen.



Abbildung 3: Koronale Versorgung mit Randspalt

Therapie

Eine orientierende Untersuchung der gesamten Mundhöhle ergab folgenden Behandlungsbedarf (Abbildung 1): Die Erneuerung multipler Füllungen war indiziert, außerdem die endodontische Revisi-

on an den Zähnen 31-33 und an Zahn 21. In den darauf folgenden Wochen wurde die Füllungstherapie durchgeführt. Der Patient wusste intuitiv selbst um den Handlungsbedarf in der Unterkieferregion, war aber versichert durch die vielen bereits zuvor erfolgten Eingriffe, welche nicht zur Besserung der Situation geführt hatten. Vorgeschlagen wurde die endodontische Revision der Wurzelkanalbehandlungen an den Zähnen 31-33 vor einem erneuten, zusätzlichen chirurgischen Eingriff, da von einer erneuten Reinfektion ausgegangen werden musste. Die chirurgische Revision sollte insbesondere einem möglichen Zystenrezidiv Rech-

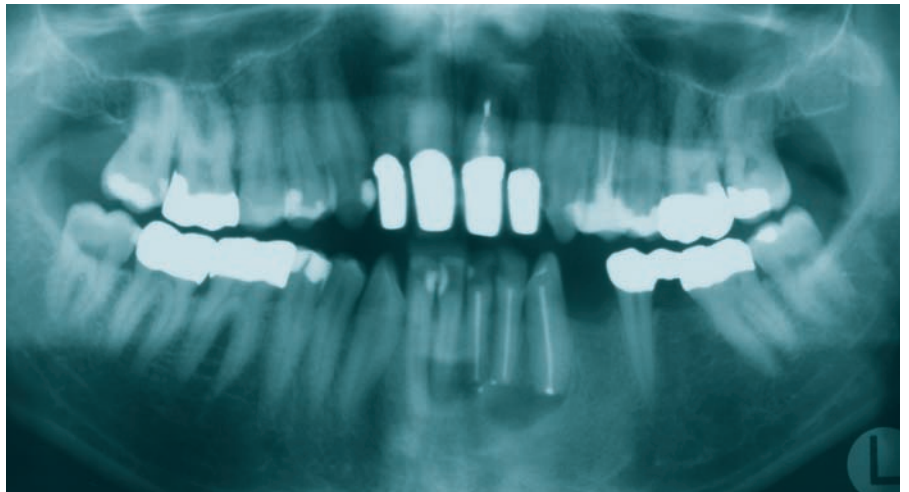


Abbildung 4: Ausgangsaufnahme 30. 10. 07

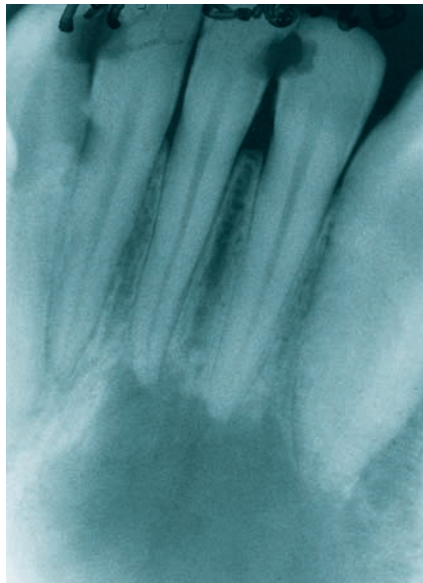


Abbildung 5: Diagnostische Röntgenaufnahme vor Zystektomie in 6/95

nung tragen. Die Erfolgsquote einer endodontisch-chirurgischen Erstbehandlung wird in der Literatur mit bis zu 92,5 Prozent angegeben [Maddalone & Gagliani, 2003]. Der Patient wurde über die Risiken und die eingeschränkt positive Prognose bei einem Dritteingriff [Gagliani et al., 2005] bei der vorliegenden Ausgangssituation aufgeklärt. Als prognostisch ungünstig waren die Größe des Knochendefektes [Carrillo et al., 2008] und die langjährige, chronische Fistel zu werten. Eine Behandlungsalternative stand nicht zur Diskussion. Die Extraktion der betroffenen Zähne kam für beide Seiten nicht in Frage. Der Zahnerhalt war für den Patienten von großer Bedeutung. Lediglich für den Fall des Zahnverlustes während oder nach dem Eingriff, sowie zum Ersatz von Zahn 34, wurde eine implantatprothetische Lösung erläutert. Die Behandlung an Zahn 21 sollte

DATUM	BEFUND	THERAPIE
08.06.1995	apikale Druckdolenz regio 41-33 Sensibilität an 41, 32, 33, 34 positiv Sensibilität an 31 negativ Perkussion an 31,32,33 positiv Transluzenz regio 41-32	Überweisung zur Zystektomie
20.06.1995		Zystektomie regio 31-33 Wurzelfüllung(WF) und Wurzelspitzenresektion 31, 32, 33 Probeexzision pV Phosphatzement
21.07.1995	Schwellung regio 31 vestibulär	Iodoformstreifen
01.08.1995	zwei Fistelgänge imponieren vestibulär in der betreffenden Region	Exzision der Fistelgänge Iodoformstreifen
04.03.1996	Kontroll-OPG: deutliche Ausheilungstendenz	
23.09.1996	Beschwerden Fistelgang regio 32 apikal OPG: apikale Osteolyse Zahn 34	Dontisolon Termin zur WSR 34 und WSR-Revision 31,32,33
11.10.1996		WF an 34 und pV Phosphatzement WSR-Revision 31, 32, 33 mit retrogradem Verschluss Cermet Rezept: Isocillin
6. 2. 1997	provisorischer Verschluss insuff.	Deckfüllung GIZ an 31, 32, 33, 34
7. 3. 1997		Exzision einer Fistel regio 33
24. 4. 1997	PUS-Austritt Zahn 32 marginal	keine
26. 3. 1998	Füllungen Zahn 32, 34 insuff. Fistelgang regio 32, 33 vestibulär OPG: Verlust der retrograden WF an 31	keine
29. 11. 2001	Schwellung Zahn 34 apikal	Rezept: Isocillin
21. 11. 2001	Zahn 34: Fistelgang lingual EZA: 75 % vertikaler Knochenabbau distal, sowie isoliert 6 mm sondierbar	keine Kontrolle angeraten.
7. 2. 2002		Lappen-Operation Zahn 34 kein Anhalt auf Vertikalfraktur
10. 4. 2002	Fistelgang regio 34 vestibulär Vertikalfraktur sichtbar	Extraktion 34
16. 11. 2005	klinischer Recall ohne pathologischen Befund; keine Röntgendiagnostik	keine

Tabelle 1: Behandlungshistorie 1995 bis 2005

im Anschluss an die Behandlung im Unterkiefer erfolgen und ist zum heutigen Zeitpunkt bereits abgeschlossen.

Erste Sitzung – endodontische Revision

Nach Anlegen des Kofferdams mit Klammer und Zahnseidenligaturen erfolgte am 7.2.08 die Präparation der Zugangskavitäten (Abbildung 7). Wie im Röntgenbild (Abbildung 4) schon zu erahnen war, reichten die eingebrachten Guttaperchastifte bis an die insuffizienten Deckfüllungen aus Glasio-

nomerzement (GIZ) und ließen ein Leakage vermuten. Die weitere Behandlung wurde mithilfe eines Operationsmikroskopes (Global, Sigma Dental Systems) durchgeführt. Die Revision der Wurzelkanalfüllungen erfolgte mittels Gates-Glidden-Bohrern und Ni-Ti Instrumenten (GT accessory files, Dentsply DeTrey). Ein foetider Geruch konnte wahrgenommen werden. Unter elektrometrischer Kontrolle wurde mit Standard-Handinstrumenten der apikale Anteil des Wurzelkanals revidiert und zirkumferent von Guttapercha-Resten befreit. Es folgten Spülungen des Kanalsystems mit Natriumhypo-

chlorit (2,5 Prozent, 55°C) und Chlorhexidin 0,2 Prozent. Ein Kalziumhydroxid-Präparat (UltraCal® XS, Ultradent Products) wurde als medikamentöse Einlage mit einer Kanüle eingebracht. Der temporäre Verschluss des Zahnes erfolgte im Bereich des Pulpenkavums mit einem provisorischen Zement (CAVIT™, 3M™ ESPE™) sowie mit Glasionomerzement (Ketac, 3M™ ESPE™) als Deckfüllung. Nach der Behandlung bildete sich die Fistel innerhalb von drei Tagen zurück.

Zweite Sitzung – medikamentöse Einlage

Als sich der Patient am 4.3.08 vorstellte, waren seine Beschwerden bereits abgeklungen. Die Druckdolenz im Vestibulum hatte deutlich abgenommen, ebenso wie die Perkussionsempfindlichkeit der Zähne. Intraoral war das Fistelmaul gerade noch erkennbar, aber bereits auf das Gingivaniveau reduziert. Pusaustritt konnte nicht beobachtet werden. Um den chirurgischen Eingriff den Wurzelkanalfüllungen zeitnah anschließen zu können, wurden mit dem Patienten zwei Termine in kurzem Abstand vereinbart und die Zähne erneut temporär versorgt. Nach Entfernen des provisorischen Verschlusses unter Kofferdam wurden die Zähne mittels Ultraschall-Spülung (piezo smart, Mectron) gereinigt und erneut mit einer temporären medikamentösen Einlage sowie provisorischem Verschluss versorgt.

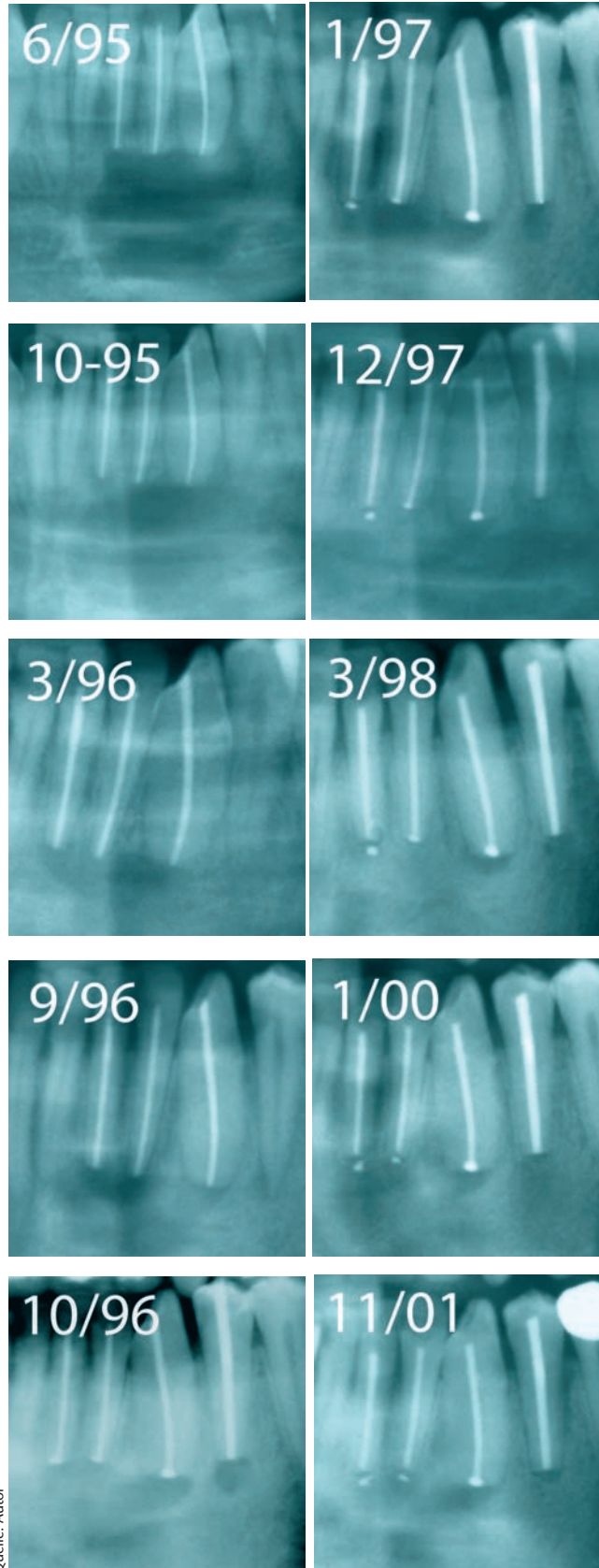
Dritte Sitzung – orthograde Wurzelkanalfüllung

Am 7.4.08 war der Patient beschwerdefrei. Lediglich die apikale Druckdolenz regio 31-33 war noch dezent vorhanden. Nach erneuter elektrometrischer Längenmessung erfolgte die Aufbereitung mit Handinstrumenten (Tabelle 2) unter Kofferdam. Es folgte eine finale Ultraschall aktivierte Spülung mit CHX, erwärmtem NaOCl (2,5 Prozent, 55°C) und EDTA (Calcinase, lege artis Pharma), gefolgt von steriler NaCl (Abbildung 8). Die Wurzelkanalfüllung wurde in vertikaler Kondensation mit individualisierten Guttaperchastiften (Abbildung 9) und einem Epoxidharzsealer (AH Plus™, Dent-

sply DeTrey) unter dem OP-Mikroskop durchgeführt. Zur Durchführung einer modifizierten Schilder-Technik wurde das Obturation Unit System (SybronEndo, USA) verwendet (Abbildung 10). Der koronale Verschluss erfolgte adhäsiv, primär mit einem leicht fließenden nicht röntgenopaken, durchsichtigen Flow-Komposit (CoroSeal, Ivoclar Vivadent) und sekundär mit einem Komposit (Revolution™ Formula 2, KerrHawe). Die röntgenologische Kontrolle zeigt suffiziente Wurzelkanalfüllungen an den betreffenden Zähnen (Abbildung 11). Die Entzündung flammte nach dem Eingriff für drei Tage erneut auf, um dann ohne Medikation abzuklingen.

Vierte Sitzung – chirurgische Revision

Zum Behandlungstermin am 14.4.08 war der Patient beschwerdefrei. Die Thrombozytenzahl lag dank der Interferon-Therapie auf Normalniveau. Bei keiner der drei vorangegangenen Operationen kam es zu Komplikationen durch Thrombenbildung oder erhöhte Blutungsneigung. Nach Infiltrationsanästhesie erfolgte ein Marginalschnitt unter Erhaltung der Interdentalpapillen von Zahn 41 distal bis Zahn 33 distal, jeweils mit vestibulärer Entlastung. Starke Narbenbildung durch die vorangegangenen Eingriffe erschwerte die Bildung des Mukoperiostlappens. Das Gewebe des Knochendefektes war dem Lappen adhärent. Beim Entfernen des zystischen Gewebes konnten die Reste der retrograden Füllungen problemlos aufgefunden werden, da ihre Lage durch die dunkle Färbung eindeutig sichtbar war. Soweit dies möglich war, wurden diese Gewebeanteile entfernt. Das exzidierte Gewebe wurde zur pathohistologischen Untersuchung eingesandt. Nach erfolgreicher Excochleation des Knochendefektes (Abbildung 12) und apikaler Kürettage wurden mit Ultraschallinstrumenten die Wurzeloberflächen geglättet und apikal eine retrograde Kavität angelegt. Zu deren Verschluss wurde MTA (ProRoot MTA Dentsply



Quelle: Autor

Abbildung 6: OPG-Ausschnitte

DeTrey) verwendet. Auf eine weitere Kürzung der Wurzeln wurde verzichtet. Mit dem Ziel einer verbesserten Knochenregeneration wurde eine resorbierbare Mem-

bran (Bio-Gide®, Geistlich) eingebracht. Der Lappen wurde mit zehn Einzelknopfnähten fixiert. Coe-Pak (GC Europe) diente als Wundverband für zwei Tage. Abschließend erfolgte eine Röntgenkontrolle (Abbildung 13).

Recalltermine

Der Patient benötigte postoperativ keine Analgetika. Nachkontrollen erfolgten an vier Terminen. Zu keinem Zeitpunkt war ein erneutes Aufflammen der Entzündung erkennbar. Zum letzten Kontrolltermin am 9.12.08 erschien der Patient völlig beschwerdefrei. Es waren intraoral (Abbildung 14 und Abbildung 15) und röntgenologisch (Abbildung 16) keine pathologischen Befunde zu erheben. Von vestibulär konnte eine Neubildung des Alveolarknochens palpieren werden. Weitere Kontrollen im Jahresabstand wurden angeraten.

Diskussion

Etliche Kausalitäten führten zu dieser unglücklichen Ausgangssituation. Inwieweit die endodontische Behandlung der vitalen Nachbarzähne bei der ersten Zystektomie an Zahn 31 vermeidbar gewesen wäre, ist nicht mehr eruierbar. Vielleicht hätte

eine endodontische Behandlung des devitalen Zahnes 31 alleine oder in Kombination mit einer Zystostomie sowie Obturator-Therapie eine Remission bewirkt und zu einer prognostisch günstigeren Ausgangssituation geführt.

Um den langfristigen Zahnerhalt zu sichern, war nun eine erneute Intervention unumgänglich.

Die vermutete bakterielle Reinfektion der Wurzelkanäle war zu beheben, um eine Ausheilung der chronischen Entzündung mit Fistelbildung zu ermöglichen.

Ein alleiniges chirurgisches Vorgehen hätte mit hoher Wahrscheinlichkeit einen erneuten Misserfolg der Behandlung bedeutet.



Abbildung 7: Zustand nach Trepanation: Guttapercha im Kavum



Abbildung 8: Kanäle aufbereitet und gereinigt

Als Ursache für die Unterhaltung der chronischen apikalen Parodontitis kommen Bakterien und deren Stoffwechselprodukte in Betracht, welche nicht der Körperabwehr zugänglich sind [Kakehashi et al., 1965; Nair, 2004]. Zu vermuten ist, dass es bereits nach dem Ersteingriff 1995 zur koronalen Reinfektion im Wurzelkanal kam. Förderlich hier-



Abbildung 9: Anpassung der Guttaperchastifte



Abbildung 10: Zustand nach Wurzelkanalfüllung

für waren die nicht am Kanaleingang abgetrennten Guttaperchastifte, welche in die Deckfüllung hineinragten und (Abbildung 7) in Kombination mit einem provisorischen, nicht bakteriendichten Verschluss durch Phosphatzement für den Zeitraum von weit über einem Jahr den Erregern als Leitpfad dienten. Viele Studien bestätigen die verschlechterte Erfolgsprognose bei inadäquater koronaler Versorgung [Ray & Trope, 1995; Siqueira et al., 2005; Hommez et al., 2002; Tronstad et al., 2000]. Bereits

ZAHN	AL/mm	ISO	TYP
31	19,5	50.02	△
32	20	60.02	△
33	20,5	70.02	△

Tabelle 2: Daten der Wurzelkanalaufbereitung

nach einer Woche kann es bei koronal zugänglicher Wurzelkanalfüllung zu einer bakteriellen Reinfektion des Kanalsystems kommen [Gilbert et al., 2001; Chailertvanitkul et al., 1996]. So kann selbst bei röntgenologisch befriedigendem Resultat einer Wurzelkanalfüllung aufgrund von vorangegangenen Versäumnissen bei der Aufbereitung, Füllung oder der koronalen Versorgung eine erneute Therapie indiziert sein. Hier führte der Ersatz des Phosphatzementes durch Glasionomerezement vier Monate nach dem Zweiteingriff nicht zu einer Verbesserung der Situation, sondern verschleierte eher das Problem der Reinfektion. Klinisch bestätigte sich der Verdacht durch den bekannten intensiven Foetor bei der Revisionsbehandlung. Entsprechend den Vorgaben der endodontischen Fachgesellschaften wurde

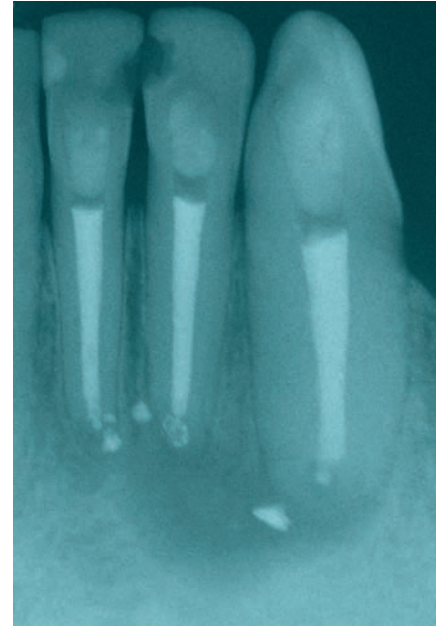


Abbildung 11: Kontrollaufnahme nach Wurzelkanalfüllung

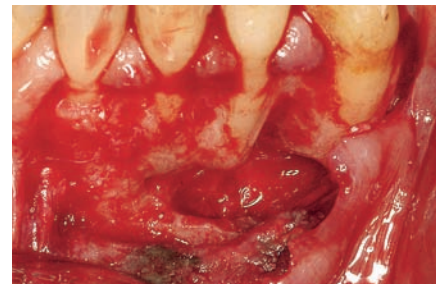


Abbildung 12: Knochendefekt intraoperativ

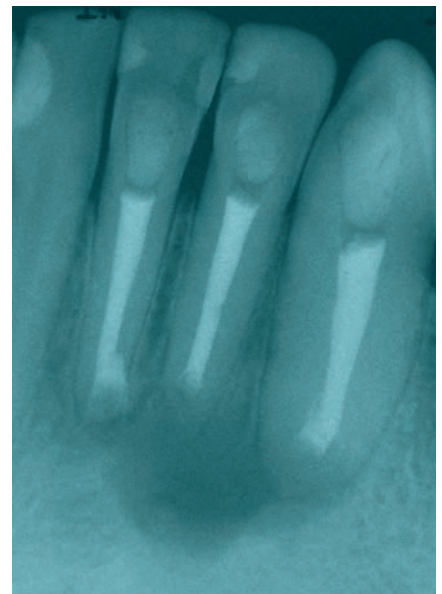


Abbildung 13: Kontrollaufnahme nach Wurzelspitzenresektion

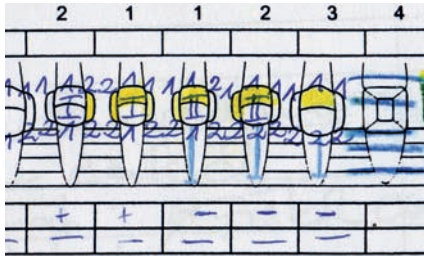


Abbildung 14: Klinischer Befund 9. 12. 08



Abbildung 15: Intraorale Situation acht Monate nach der Behandlung

primär die orthograde endodontische Revision durchgeführt, ergänzt durch den chirurgischen Eingriff [Kunkel et al., 2007]. Ein rein endodontisches Behandlungskonzept hätte dem komplexen Fall aus mehreren Gründen alleine nicht Rechnung getragen. Durch die endodontische Behandlung mit adhäsivem Verschluss wäre es zwar möglich, die koronale Reinfektion zu sanieren, aber eine Verbesserung der Knochen- und Weichgewebssituation ist ohne chirurgischen Eingriff nicht zu erwarten. Die Häufigkeit von radikulären Zysten in periapikalen Läsionen liegt wahrscheinlich unter 20 Prozent [Carrillo et al., 2008; Nair, 1998; Ricucci et al., 2007; Das et al., 1994] und rechtfertigt primär nicht den chirurgischen Eingriff. Durch die vorangegangenen



ZA Dominik Trohorsch

1999 bis 2005 Studium der Zahnmedizin in Frankfurt/Main
2005 Approbation
2005 bis 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Poliklinik für Zahnerhaltung der Goethe Universität Frankfurt am Main.
Mitglied der AGET-Gruppe Frankfurt/Main.

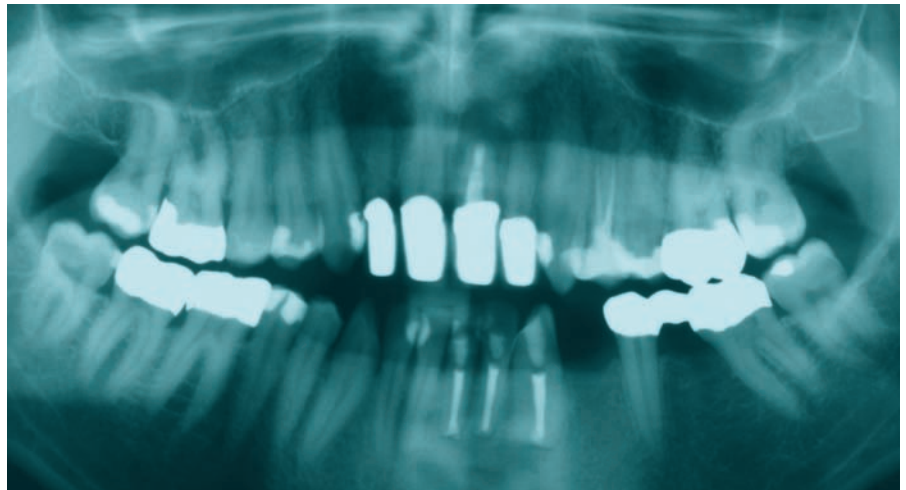


Abbildung 16: Kontrollaufnahme 9. 12. 08

pathohistologischen Untersuchungen bei Erst- und Zweiteingriff musste allerdings bei einem Knochendefekt dieses Ausmaßes mit einem Zystenrezidiv gerechnet werden, was sich auch später bestätigte. Die Verwendung einer Membran hat wesentlich zum Therapieerfolg beigetragen. Bei intaktem Periost ist bei einer Wurzelspitzenresektion die Verwendung einer Membran und Knochenersatzmaterial für die Prognose nicht entscheidend [Taschieri et al., 2007]. Fistelgänge sowie anhaftendes Granulations- und Narbengewebe hatten aber das Periost mehrfach großflächig perforiert. Bei Reposition des Lappens kann das Periost dabei seine zelloklusive Funktion in der Ausheilungsphase nicht erfüllen, und Weichgewebe wäre wieder in den großlumigen Knochendefekt eingesprossen.

Zur retrograden Wurzelfüllung wurde graues MTA verwendet, für das gute klinische Ergebnisse bekannt sind, und das nach dem derzeitigen Wissensstand bezüglich der Biokompatibilität [Economides et al., 2003; Regan et al., 2002; Ribeiro et al., 2005] und Dichtigkeit [Wu et al., 1998; Schultz et al., 2005; Torabinejad et al., 1995] für diese Indikation als optimal gilt.

Das Kontroll-OPG vom 9.12.08 zeigt eindeutig eine Remineralisation im Bereich des ehemaligen Knochendefektes. Man findet an den Zähnen 31-33 apikale Verhältnisse vor, welche einem regulären Parodontalspalt visuell vergleichbar sind.

In Kombination mit den klinischen Befunden und der Beschwerdefreiheit des Patienten kann nach den vergangenen acht Monaten von einem Therapieerfolg gesprochen werden.

Wie in diesem Beispiel, ist eine Wurzelspitzenresektion häufig nicht das alleinige Mittel zum Zahnerhalt. Die Kombination aus endodontischer Revision, retrograder Wurzelfüllung, Zystektomie und Membran zur gesteuerten Knochenregeneration hat in diesem Fall nach Jahren chronischer Entzündung eine Ausheilung der Situation bewirkt.

ZA Dominik Trohorsch
Prof. Dr. Detlef Heidemann

Zentrum der Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde der Goethe Universität Frankfurt am Main
Zahnärztliches Universitäts-Institut
Stiftung Carolinum
Poliklinik für Zahnerhaltung
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
d.heidemann@em.uni-frankfurt.de

zm Leser service

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



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	Freie Anbieter	S. 82	Implantologie	ZÄK Niedersachsen	S. 74
Ästhetik	ZÄK Niedersachsen	S. 74		ZÄK Nordrhein	S. 74
	ZÄK Nordrhein	S. 74		Freie Anbieter	S. 82
	Freie Anbieter	S. 84	Kieferorthopädie	LZK Sachsen	S. 75
Akupunktur	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76		LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
Chirurgie	LZK Sachsen	S. 75		Freie Anbieter	S. 82
	LZK Rheinland-Pfalz	S. 76	Kinderzahnheilkunde	ZÄK Niedersachsen	S. 74
	Freie Anbieter	S. 84		LZK Sachsen	S. 75
Endodontie	ZÄK Nordrhein	S. 74		LZK Berlin/Brandenburg	S. 76
Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Nordrhein	S. 74		Freie Anbieter	S. 87
	Freie Anbieter	S. 83	Notfallbehandlung	ZÄK Nordrhein	S. 74
Homöopathie	Freie Anbieter	S. 84	Parodontologie	Freie Anbieter	S. 82
Hypnose	LZK Berlin/Brandenburg	S. 76	Praxismanagement	ZÄK Nordrhein	S. 74
				Freie Anbieter	S. 82
			Prophylaxe	ZÄK Niedersachsen	S. 74
			Freie Anbieter	S. 83	
			Prothetik	Freie Anbieter	S. 85
			Restaurative ZHK	ZÄK Niedersachsen	S. 74
				ZÄK Nordrhein	S. 74
			Freie Anbieter	S. 85	
			Röntgen	LZK Sachsen	S. 75

Fortbildung der Zahnärztekammern Seite 74

Kongresse Seite 76

Universitäten Seite 81

Freie Anbieter Seite 82

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:

zm *Veranstaltungs*  *Service*

Ich möchte mich für folgende Fortbildungsveranstaltung anmelden:

Kurs/Seminar Nr.:

Thema:

Datum:

Ort:

Zahnärztekammern

ZÄK Niedersachsen



Zahnärztekammer Niedersachsen

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Die direkte hochästhetische Seitenzahnrekonstruktion
Referent: Dr. Wolfgang Fischer
Termin: 27. 02.2009, 10.00 – 18.00 Uhr
 28. 02.2009, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 760,- EUR
Kurs Nr.: Z 0908 (17 Punkte)

Thema: Methoden zur Schmerzbe-
 wältigung und zum Stressabbau
 für Patienten und Praxisteam
 (Denk nicht dran, dann tut's nicht
 weh)
Referent: Dr. Horst Freigang,
 Dr. Gerhard Schütz
Termin: 27. 02.2009,
 14.00 – 20.00 Uhr
 28. 02.2009, 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 385,- EUR
Kurs Nr.: Z/F 0909 (14 Punkte)

Thema: Implantologie für Einstei-
 ger
Referent: Dr. Jens Riegelmann
Termin: 06. 03.2009,
 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 380,- EUR
Kurs Nr.: Z 0910 (9 Punkte)

Thema: Prävention bei Kindern
 und Jugendlichen up to date
Referent: Prof. Dr. Christian Splieth
Termin: 11. 03.2009,
 14.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 176,- EUR
Kurs Nr.: Z/F 0912 (4 Punkte)

Thema: Update zahnärztliche
 Pharmakotherapie
Referent: Dr. Dr. Frank Halling
Termin: 14. 03.2009,
 9.00 – 17.00 Uhr
Gebühr: 165,- EUR
Kurs Nr.: Z 0914 (7 Punkte)

Thema: Moderne Präparations-
 techniken – Praktischer Arbeitskurs
Referent: Dr. Gabriele Diedrichs
Termin: 18. 03.2009,
 13.00 – 19.00 Uhr
Gebühr: 300,- EUR
Kurs Nr.: Z 0915 (7 Punkte)

Thema: Stift oder kein Stift? Adhäsiv
 befestigt oder zementiert?
 Aufbau tief zerstörter Zähne
Referent: Dr. Markus Kaup,
 Dr. Sven Duda
Termin: 21. 03.2009,
 9.00 – 18.00 Uhr
Gebühr: 430,- EUR
Kurs Nr.: Z 0918 (9 Punkte)

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

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 09023 P5 Fp
Thema: Die ästhetische Komposit-
 Restauration
 Workshop zur Schichtungstechnik
 nach Dr. Lorenzo Vanini
Referent: Dr. Jörg Weiler, Köln
Termin: 4. März 2009 von
 14.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 300 EUR

Kurs-Nr.: 0903116 Fp
 Karl-Häupl-Kongress 2009
Thema: Praktische Zahnheilkunde
 im Fokus der Medizin
 Fortbildungstage für Zahnärzte
 und Praxismitarbeiter mit beglei-
 tender Dentalausstellung
 verschiedene Referenten,

Termin: 6. März 2009 von
 9.00 bis 17.00 Uhr
 7. März 2009, 9.00 bis 17.00 Uhr
Veranstaltungsort: Köln Kongress
 Gürzenich, Martinstraße 29–37
 50667 Köln
Teilnehmergebühr: 150 EUR,
 Praxismitarbeiter (ZFA) 50 EUR

Kurs-Nr.: 09081 P15 Fp
Thema: Präimplantologische
 Diagnostik
 Modul 3–4 des Curriculums Im-
 plantologie
Referent: Prof. Dr. Jürgen Becker,
 Düsseldorf; Priv.-Doz. Dr. Frank
 Schwarz, Düsseldorf
Termin: 10. März 2009 von
 13.00 bis 18.00 Uhr
 11. 03. 2009, 8.30 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 090245 Fp
Thema: Notfallbehandlungsmaß-
 nahmen für Zahnärzte und ZFA
 Dr. Dr. Ulrich Stroink, Düsseldorf
Referent: Prof. Dr. Dr. Claus Udo
 Fritzscheier, Düsseldorf
Termin: 11. März 2009 von
 15.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 160 EUR,
 Praxismitarbeiter (ZFA) 25 EUR

Kurs-Nr.: 08184 P15 Fp
Thema: Abschnitt V des Curricu-
 lum Endodontologie
 Wurzelkanalaufbereitung (4): Auf-
 bereitung mit rotierenden
 NiTi-Instrumenten – Konzept und
 praktische Umsetzung
Referent: Dr. Hans-Willi Herrmann,
 Bad Kreuznach
Termin: 13. März 2009 von
 14.00 bis 18.00 Uhr
 14. 03. 2009, 9.00 bis 18.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 09026 T13 Fp
Thema: Wirtschaftlichkeit der
 Praxis optimieren – persönliche
 Zufriedenheit steigern
 QM für Newcomer –
 (Beachten Sie bitte auch unseren
 Kurs 09027.)
Referent: Dr. Gabriele Brieden,
 Hilden
Termin: 13. März 2009 von
 14.00 bis 18.00 Uhr
 14. 03. 2009, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 290 EUR,
 Praxismitarbeiter (ZFA) 190 EUR

Fortbildungen für Zahnmedizinische Fachangestellte

Kurs-Nr.: 09208
Thema: Röntgeneinstelltechnik
 Intensivkurs mit praktischen
 Übungen
Referent: ZMF Gisela Elter, ZMF,
 Verden
Termin: 11. März 2009 von
 14.00 bis 19.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 09218
Thema: Röntgenkurs für Zahnme-
 dizinische Fachangestellte zum Er-
 werb der Kenntnisse im Strahlen-
 schutz nach RÖV § 24 Absatz 2
 Nr. 3 und 4 vom 30. April 2003
 Seminar mit Demonstrationen
 und praktischen Übungen
Referent: Dr. Regina Becker,
 Düsseldorf
 Prof. Dr. Jürgen Becker, Düsseldorf
 Dr. Andreas Künzel, Hilden
Termin: 13. März 2009 von
 8.30 bis 17.45 Uhr
 14. 03. 2009, 8.30 bis 17.45 Uhr
 15. 03. 2009, 8.30 bis 11.45 Uhr
Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.: 09220
Thema: Prophylaxe beim Kassen-
 patienten nach IP1 bis IP4
 Seminar mit Demonstrationen
 und praktischen Übungen
Referent: ZA Ralf Wagner, Langer-
 wehe
Termin: 13. 03. 2009 von
 15.00 bis 19.00 Uhr
 14. 03. 2009, 9.00 bis 17.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 220 EUR

Kurs-Nr.: 09235
Thema: Mit Köpfchen durch die
 Ausbildung – Anregungen für eine
 erfolgreiche Ausbildung
 Seminar für Auszubildende im
 1. bis 3. Ausbildungsjahr
Referent: Katja Knieriem-Lotze,
 ZMF, Hann. Münden
 Susanne Rettberg, ZMV,
 Göttingen
Termin: 14. März 2009 von
 9.00 bis 16.30 Uhr
Teilnehmergebühr: 95 EUR

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

LZK Sachsen



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Bessere Qualität durch besseres Sehen

Referent: Dr. Uwe Kraffel, Berlin

Termin: 04.03.2009,

15:00–17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 60,- EUR

Kurs Nr.: D 11/09 (2 Punkte)

Thema: Der Tumorpatient aus zahnärztlicher Sicht

Referent: Dr. Ronald Mai, Dresden

Termin: 04.03.2009,

14:00–18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 85,- EUR

Kurs Nr.: D 12/09 (4 Punkte)

Thema: Selbstligierende Brackets, pseudoelastische Bögen, Miniimplantate – Was bringt's in der Praxis?

Referent: Dr. Heiko Goldbecher, Halle/Saale

Termin: 04.03.2009,

15:00–18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Kieferorthopäden, Zahnärzte

Gebühr: 85,- EUR

Kurs Nr.: D 13/09 (3 Punkte)

Thema: Perfekte Röntgenbilder und deren sichere Befundung – Aufgaben der Zahnärzte sowie der Praxismitarbeiterinnen

Referenten: Dipl.-Ing. Gerd Lamprecht, Dresden / Prof. Dr. Dr. Lutz Päßler, Wachau-Feldschlößchen

Termin: 06.03.2009,

14:00–19:30 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 160,- EUR

Kurs Nr.: D 14/09 (7 Punkte)

Thema: Craniomandibuläre Dysfunktion – Differenzierende Untersuchung (Kurs 2)

Workshop

Referent: Prof. Dr. Stefan Kopp, Frankfurt/M.

Termin: 06.03.2009,

9:00–18:00 Uhr und

07.03.2009, 9:00–18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 435,- EUR

Kurs Nr.: D 15/09 (19 Punkte)

Thema: Hochfrequenzchirurgie in der Zahnarztpraxis – ein Baustein zur Qualitätssicherung mit praktischen Übungen am Schweinekiefer und Fleischphantom

Referent: Dr. Frank Liebaug, Steinbach-Hallenberg

Termin: 13.03.2009,

14:00–18:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 125,- EUR

Kurs Nr.: D 18/09 (5 Punkte)

Thema: Kompositfüllungen – „State of the Art“

Referent: Wolfgang-M. Boer, Euskirchen

Termin: 13.03.2009,

14:00–19:00 Uhr und

14.03.2009, 9:00–17:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 345,- EUR

Kurs Nr.: D 19/09 (16 Punkte)

Thema: Schöpferische Pausen im Stressalltag

Referent: Prof. Dr. Gerd Schnack, Allensbach

Termin: 14.03.2009,

9:00–16:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen

Gebühr: 210,- EUR

Kurs Nr.: D 21/09 (8 Punkte)

Thema: Aktualisierung Kinderzahnheilkunde: Minimalinvasive Karies-therapie

Referent: Prof. Dr. Christian Splieth, Greifswald

Termin: 18.03.2009,

14:30–19:30 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 125,- EUR

Kurs Nr.: D 22/09 (6 Punkte)

Thema: Psychologische Aspekte der Kinderbehandlung

Referentin: Dr. Dipl.-Psych. Bettina Kanzlivi, Berlin

Termin: 20.03.2009,

13:00–19:00 Uhr

Ort: Zahnärzthehaus Dresden

Teilnehmer: Zahnärzte

Gebühr: 140,- EUR

Kurs Nr.: D 23/09 (7 Punkte)

Auskunft und schriftliche

Anmeldung:

Fortbildungsakademie der LZK Sachsen, Schützenhöhe 11 01099 Dresden

Tel.: 0351/806 61 01

Fax: 0351/80 66–106

e-mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

www.zahnaerzte-in-sachsen.de

Berlin/ Brandenburg



Fortbildungsangebot des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin

Thema: Extra-Biegekurs:

Zwei-Tages-Instensivkurs [18]

Referenten: Prof. Dr. Asbjörn

Hasund (Hamburg)

Dr. Karin Habersack (Weilheim)

Termin: 13.03.2009;

09:00 – 18:00 Uhr

14.03.2009; 09:00 – 18:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 675,00 EUR

Kurs-Nr.: 0918.0

Thema: Weichgewebsmanagement mit und ohne Implantaten Möglichkeiten und Grenzen [14]

Referent: PD Dr. Anton Friedmann (Berlin)

Termin: 13.03.2009;

14:00 – 19:00 Uhr

14.03.2009; 09:00 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 365,00 EUR

Kurs-Nr.: 0420.0

Thema: Update ZHK 2009: Zahnärztliche Arzneitherapie, Milchzahnendodontie, Implantieren am ortständigen Knochen [8]

Referenten: Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch (Dresden); Prof. Dr. Norbert Krämer (Buckenhof)

Dr. Dr. Alexander Tschakaloff

(Pinneberg)

Termin: 21.03.2009;

09:00 – 15:45 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 65,00 EUR

Kurs-Nr.: 4040.14

Titel: Strukturierte Fortbildung: Akupunktur mit Schwerpunkt CMD [68 Fp]
Moderation: Dr. Andrea Diehl – Berlin
Erster Teil: 20./21.03.2009
Insgesamt: 8 Veranstaltungstage, 4 Referenten
Kursgebühr: 1.975,-EUR
Kursnummer: 6042.0

Titel: Curriculum Kinder- und Jugendzahnmedizin [80 Fp]
Moderation: Prof. Dr. Christian H. Splieth – Greifswald
Erster Teil: 27./28.03.2009
Insgesamt: 10 Veranstaltungstage, 8 Referenten
Kursgebühr: 2.675,-EUR
Kursnummer: 4020.3

Thema: Raucherentwöhnung mit Hypnose in der Praxis [6]
 Erfolgreiche Erweiterung der zahnärztlichen Tätigkeit
Referenten: Dr. Elisabeth von Mezynski
Termin: 27.03.2009;
 14:00 – 19:00 Uhr
Veranstaltungsort: Berlin
Gebühr: 175,00 EUR
Kurs-Nr.: 6028.1

Thema: Hilfe, ich bin in der Wirtschaftlichkeitsprüfung [5]
Referenten: Rainer Linke (Potsdam)
Termin: 27.03.2009;
 15:00 – 19:00 Uhr
Veranstaltungsort: Berlin
Gebühr: 165,00 EUR
Kurs-Nr.: 5088.0

Thema: Refresher-Kurs: Funktionsanalyse und Funktionstherapie [8]
Referent: Dr. Uwe Harth (Bad Salzfluten)
Termin: 28.03.2009;
 09:00 – 18:00 Uhr
Veranstaltungsort: Berlin
Gebühr: 295,00 EUR
Kurs-Nr.: 1004.3

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

LZK Rheinland-Pfalz



Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Die Vaskularisation der Mundschleimhaut als Grundlage für die Strategie der Schnittführung in der Oralchirurgie
Referent: Prof. Dr. Dr. Kleinheinz
Termin: 04. 03. 2009
Ort: Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz
Sonstiges: Fortbildungsreihe: oralchirurgisches Kompendium
Kurs-Nr.: 098111
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: Hygiene-Workshop / MPG-Instrumentenaufbereitung und Klassifizierung
Referent: Frau Christmann
Termin: 04. 03. 2009
Ort: Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz
Kurs-Nr.: 098273
Kursgebühr: 150 EUR

Thema: Der Umgang mit Patienten aus fremden Kulturen
Referent: Dr. Hagemann
Termin: 18. 03. 2009
Ort: Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz
Kurs-Nr.: 098294
Kursgebühr: 150 EUR

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

Kongresse

■ Februar

41. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress Davos

Termin: 21. – 27. 02. 2009

Ort: Davos

Auskunft: Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.
 Mallwitzstraße 16,
 53177 Bonn
 Tel.: 0228/85 57.55
 Fax: 0288/34 54 65
 e-mail: rs@fvdz.de

Azubi-Tag Nord

Veranstalter: Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Termin: 28. 02. 2009

Ort: Alice-Salomon-Schule in Hannover

Auskunft: Sabine Rothe,
 Präsidentin,
 Humboldtsiedlung 17,
 02763 Zittau
 Tel.: 0358/79 12 45
 Mobil: 0177/753 70 18

Kindernotfalltag des AK für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA)

Termin: 28. 02. 2009

Ort: Universitätsklinik Mainz

Auskunft: DGZMK
 Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.,
 Liesegangstr. 17a,
 40211 Düsseldorf
 Tel.: 0211/61 01 98-24
 Fax: 0211/61 01 98-11
 e-mail: dgzmk.springer@dgzmk.de
 www.dgzmk.de
 www.apw.online.com

10. Internationales KFO-Praxisforum 2009

Thema: Kieferorthopädische und interdisziplinäre Erfahrungskonzepte aus Klinik und Praxis für die Praxis. Zum 10. Jubiläumspraxisforum u. a. 10 Top-Referenten on Top of the Alps und QM-Workshop für Praxispersonal / 48 Pkte.
Termin: 28. 02. – 07. 03. 2009
Ort: Hotel Zermatter Hof, Zermatt/Schweiz

Auskunft: Dr. Anke Lentrodt,
 Eidelstedter Platz 1,
 22523 Hamburg
 Tel.: 040/570 30 36
 Fax: 040/570 68 34
 e-mail: info@dr-lentrodt.de
 www.dr-lentrodt.de

■ März

Wintersportwoche Davos 2009

Veranstalter: fortbildungRosenberg

Thema: „Die restaurative Versorgung – moderne und innovative Verfahren“ CAD/CAM oder Konventionell?

Termin: 01. – 06. 03. 2009

Ort: Davos Hotel Belvédère*****

Auskunft: Flyer: www.praxisrosenberg.ch/pdf/davos.pdf
 Anmeldung: www.fbrb.ch

4. Kongress für Gesundheitsnetzwerker

Thema: Aufbruch in eine neue Vertrags- und Versorgungslandschaft

Termin: 04./05. 03. 2009

Ort: Berlin, Charité

Auskunft: www.gesundheitsnetzwerker.de

Dental Workshop und Skifahren

Termin: 05. – 08. 03. 2009

Ort: Adelboden, Schweiz

Auskunft: Miriam Ladner,
 Tel.: +41 (0)55 254 75 61
 e-mail: m.ladner@zeiss.ch
 www.zeiss.ch/academy

1. Siegener Implantologietage

Veranstalter: Oemus Media AG

Termin: 06./07. 03. 2009

Ort: Siegerlandhalle, Siegen

Auskunft: Oemus Media AG
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

2. Saarbrücker Symposium Schlafmedizin

Thema: Interdisziplinäre Therapie von Schlafstörungen; Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche
Termin: 06./07. 03. 2009
Ort: Hotel Mercure Süd an der Goldenen Bremm, Zinzingerstr. 9, 66117 Saarbrücken
Auskunft: Dr. H. Kares, Zahnärztliche Privatpraxis, Grumbachtalweg 9, 66121 Saarbrücken
 Tel.: 0681/89 40 18
 Fax: 0681/58 47 075
 e-mail: horst@kares.eu
 www.dr-kares.de

Diabetes 2009

Termin: 06. – 08. 03. 2009
Ort: Halle Münsterland, Münster
Auskunft: Projektleitung/Aussteller Christiane Eidmann
 Tel.: 0251/66 00 344
 Fax: 0251/66 00 345

e-mail: eidmann@halle-muensterland.de
 Fachkongress Teilnehmerregistrierung
 Nina Kall
 Tel.: 0251/66 00 349
 Fax: 0251/66 00 350
 e-mail: teilnehmer@diabetes-messe.com

Workshop innerhalb der Diabetes 2009

Veranstalter: Unter der Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer
Thema: Diabetes mellitus und Parodontitis (J. Deschner, Bonn)
Termin: 07. 03. 2009
Ort: Hallo Münsterland, Münster, Pavillion 1 + 2
Auskunft: Dr. Sebastian Ziller MPH
 Chausseestraße 13,
 10115 Berlin
 Tel.: 030/40 00 51 25
 Fax: 030/40 00 51 29

16. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

Thema: Ganz in Weiß – metallfreie Restaurationen
Termin: 07. 03. 2009
Ort: Neumünster, Holstenhalle 3-5, Foyer
Auskunft: KZV Schleswig-Holstein, Frau Ludwig
 Tel.: 0431/38 97-128

38. Int. Kieferorthopädische Fortbildungstagung

Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Kieferorthopädie
Termin: 07. – 14. 03. 2009
Ort: Kitzbühel, Wirtschaftskammer Tirol
Auskunft: Ärztezentrale Med.Info, Helferstorferstraße 4, A-1014 Wien
 Tel.: +43/1 531 16-38
 Fax: +43/1 531 16-61
 e-mail: azmedinfo@media.co.at

55. Zahnärztetag der ZÄK Westfalen-Lippe

Hauptthema: Wenn man keinen Biss mehr hat – Diagnostik und Therapie des funktionsgestörten Kauorgans – eine interdisziplinäre Herausforderung
Termin: 11. – 14. 03. 2009
Ort: Stadthalle Gütersloh
Auskunft: ZÄKWL, Auf der Horst 31, 48147 Münster, Frau Frank
 Tel.: 0251/507-601
 Fax: 0251 / 507-609
 e-mail: christel.frank@zahnaerzte-wl.de
 annika.brueemmer@zahnaerzte-wl.de

ConsEuro 2009

Veranstalter: Spanische Gesellschaft für konservierende Zahnheilkunde (SEOC) und European Federation of Conservative Dentistry (EFCD)

Hauptthema: Across European Borders – Prevention, Restoration and Esthetics
Termin: 12. – 14. 03. 2009
Ort: Sevilla
Auskunft: www.conseuro09.com

Frühjahrsakademie der DGEEndo
Termin: 13./14. 03. 2009
Ort: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU)
 Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Große Steinstraße 19, 06108 Halle
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V., Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
 Tel.: 0341/484 74-202
 Fax: 0341/484 74-290
 www.dgendo.de

6. Workshop der ARPA-Wissenschaftsstiftung
Hauptthema: Nachsorge bei parodontal erkrankten Patienten
Termin: 20./21. 03. 2009
Ort: Universität Münster
Auskunft: dgp Service GmbH, Clermont-Ferrand-Allee 34, 93049 Regensburg
 Tel.: 0941/94 27 99 0
 Fax: 0941/94 27 99 22
 e-mail: info@dgp-service.de

Kieler KinderCMD Konferenz
Schwerpunktthema: CMD-assoziierte Symmetriestörungen bei Kindern: Prophylaxe und Therapie
Termin: 20./21. 03. 2009
Ort: Hotel Kieler Kaufmann, Niemannsweg 102, 25105 Kiel
Auskunft: Interdisziplinäre Zahnmedizin, Dr. med. dent. Christian Köneke (wiss. Leitung), Heike Majer (Eventmanagerin) 28209 Bremen, Lüder-von-Bentheim-Str. 18
 Tel.: 0176/83 01 85 52
 0421/20 62 335
 Fax: 0421/27 79 402
 e-mail: fortbildung@cmd-therapie.de
 www.cmd-therapie.de

Symposium anlässlich der Emeritierung von Herrn Prof. Dr. Dr. Lutz Stöber
Thema: Preventive dentistry – finally!?
Termin: 21. 03. 2009
Ort: Aula der FSU Jena
Auskunft: www.conventus.de/pzhk

Azubi-Tag Süd
Veranstalter: Verband medizinischer Fachberufe e.V.
Termin: 21. 03. 2009
Ort: Berufsschule V in Augsburg
Auskunft: Sabine Rothe, Präsidentin, Humboldtsiedlung 17, 02763 Zittau
 Tel.: 0358/79 12 45
 Mobil: 0177/753 70 18

Gesundheitswirtschaft 2009
Veranstalter: Financial Times Deutschland
Termin: 23./24. 03. 2009
Ort: Berlin
Auskunft: www.ftd-gesundheitswirtschaft.de

IDS Köln
Termin: 24. – 28. 03. 2009
Ort: Köln
Auskunft: www.ids-cologne.de

4. Parodontologie-Tag
Veranstalter: Dr. med. dent. Udo Krause-Hohenstein
Termin: 28. 03. 2009 (Vorkongress am 27. 03. 09)
Ort: Festspielhaus Recklinghausen
Auskunft: Monika Plaumann-Damberg
 Tel.: 02361/90 10 00
 Fax: 02361/90 10 02
 e-mail: info@krause-hohenstein.de

19. Jahrestagung und Gemeinschaftstagung mit European College of Gerodontology
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V.
Termin: 28. 03. 2008
Ort: Frankfurt

Auskunft: Prof. Dr. Bernd Wöstmann, Schlangenzahl 14, 35392 Giessen
 e-mail: Bernd.Woestmann@dentist.med.uni-giessen.de
 www.dagz.org

■ April

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP)
Thema: „Wissen was geht ...“
Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
Termin: 23. – 25. 04. 2008
Ort: Michael-Pacher Kongresshaus St. Wolfgang / Salzkammergut
Auskunft: MAW Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft, Maria Rodler & Co Ges.mBH, Stadtbüro Freyung6, 1010 Wien, Austria
 Tel.: +43/1/536 63-48
 Fax: +43/1/535 60 16
 e-mail: iris.bobal@media.co.at

20. Fortbildungsveranstaltung der BZK Freiburg für ZFA in Schluchsee
Thema: Zahnmedizin der Zukunft
Termin: 24. 04. 2009
Ort: Schluchsee
Auskunft: BZK Freiburg, Tel.: 0761/45 06-314
 Fax: 0761/45 06-450
 e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

34. Schwarzwaldtagung der südbadischen Zahnärzte in Titisee
Thema: Zahnmedizin der Zukunft
Termin: 24./25. 04. 2009
Ort: Titisee
Auskunft: BZK Freiburg, Tel.: 0761/45 06-314
 Fax: 0761/45 06-450
 e-mail: dori.mueller@bzk-freiburg.de

Vertragszahnärztetag Bayern 2009
Termin: 24./25. 04. 2009
Ort: Hilton Munich Park, München
Auskunft: www.kzvb.de

1. CAMLOG Zahntechnik-Kongress
Termin: 25. 04. 2009
Ort: München
Auskunft: CAMLOG Vertriebs GmbH, Veranstaltungsorganisation, Katja Steiper, Maybachstraße 5, 71229 Wimsheim
 Tel.: 07044/94 45-603
 Fax: 07044/94 45-653
 e-mail: katja.steiper@camlog.com

Azubi-Tag West
Veranstalter: Verband medizinischer Fachberufe e.V.
Termin: 25. 04. 2009
Ort: Robert-Schumann-Berufskolleg in Dortmund
Auskunft: Sabine Rothe, Präsidentin, Humboldtsiedlung 17, 02763 Zittau
 Tel.: 0358/79 12 45
 Mobil: 0177/753 70 18

Azubi-Tag Ost
Veranstalter: Verband medizinischer Fachberufe e.V.
Termin: 25. 04. 2009
Ort: Oberstufenzentrum Gesundheit in Berlin
Auskunft: Sabine Rothe, Präsidentin, Humboldtsiedlung 17, 02763 Zittau
 Tel.: 0358/79 12 45
 Mobil: 0177/753 70 18

■ Mai

19. Jahrestagung des DZOI – Deutsches Zentrum für Orale Implantologie
Veranstalter: DZOI – Deutsches Zentrum für Orale Implantologie
Termin: 01./02. 05. 2009
Ort: Hilton Hotel München City, München
Auskunft: Oemus Media AG
 Tel.: 0341/484 74-308
 Fax: 0341/484 74-290
 e-mail: kontakt@oemus-media.de
 www.oemus-media.de

10. Kärntner Seensymposium

Veranstalter: ÖGZMK Kärnten, gemeinsam mit dem Zahnärztlichen Interessenverband (ZIV)

Thema: Parodontologie, Prophylaxe, Kieferorthopädie

Termin: 07. – 10. 05. 2009

Ort: Casino Welden, Wörthersee

Kongresspräsident: DDr. Martin Zambelli (ÖGZMK Kärnten)

DDr. Franz Tuppy (ZIV)

Auskunft: ZÄK Kärnten,

Frau Karin Brenner,

Tel.: ++43 (0)505 11 90 20

Fax: ++43 (0)505 11 90 23

e-mail: brenner@ktn.zahnaerztekammer.at

16. IEC Implantologie-Einsteiger-Congress

Veranstalter: Oemus Media AG

Termin: 08./09. 05. 2009

Ort: Maritim Hotel, Bonn

Auskunft: Oemus Media AG

Tel.: 0341/484 74-308

Fax: 0341/484 74-290

e-mail: kontakt@oemus-media.de

www.oemus-media.de

4. Zimmer Implantologie-Tage

Veranstalter: Zimmer Dental GmbH

Termin: 08./09. 05. 2009

Ort: Frankfurt am Main

Auskunft: Zimmer Dental GmbH,

Wentzinger Straße 23,

79106 Freiburg

Tel.: 0761/156 47-265

Fax: 0761/156 47-269

e-mail: marketing.dental@zimmer.com

www.zimmerdental.de

www.zimmerdental.de

10. ESI Expertensymposium „Innovationen Implantologie“**Frühjahrstagung der DGZI 2009**

Veranstalter: DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Oemus Media AG

Termin: 08./09. 05. 2009

Ort: Maritim Hotel, Bonn

Auskunft: Oemus Media AG

Tel.: 0341/484 74-308

Fax: 0341/484 74-290

e-mail: kontakt@oemus-media.de

www.oemus-media.de

Zahnärztetag Rheinhessen

Termin: 09. 05. 2009

Auskunft: BZK Rheinhessen,

Eppichmauergasse 1,

55116 Mainz

Tel.: 06131/23 20 09

Fax: 06131/22 57 06

BVD-Fortbildungstage 2009

Termin: 11./12. 05. 2009

Ort: Millenium Hotel & Resort Stuttgart

Auskunft: BVD, Unnauer Weg 7a, 50767 Köln

Tel.: 0221/240 93 42

Fax: 0221/240 86 70

e-mail: info@bvdental.de

www.bvdental.de

Gemeinschaftskongress DGI, ÖGI, SGI, IAOFR in Zusammenarbeit mit BBI

Termin: 14. – 16. 05. 2009

Ort: Berlin

Auskunft: DGI GmbH,

Henkerstr. 91, 91052 Erlangen

Tel.: 09131/92 00 70

Fax: 09131/92 00 72

e-mail: info@dgi-gmbh.com

23. Jahrestagung der DGZ**Thema:** Basisversorgung vs.

Luxusversorgung

Termin: 15./16. 05. 2009**Ort:** Hannover**Auskunft:** Kongressbüro,

Tel.: 06172/67 96-0

Fax: 06172/67 96-26

e-mail: info@kmb-lentzsch.de

www.dgz-online.de

Fachtagung**Gesundheit für's Leben!****Thema:** Bessere medizinische Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung**Veranstalter:** Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**Termin:** 15./16. 05. 2009**Ort:** Potsdam**Auskunft:** Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.,

Raiffeisenstraße 18,

35043 Marburg

Tel.: 06421/491-0

Fax: 06421/491-167

www.lebenshilfe.de

6. Jahrestagung der DGKZ**Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.****Veranstalter:** Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V.**Termin:** 15./16. 05. 2009**Ort:** Dorint Sofitel Alter Wall,

Hamburg

Auskunft: Oemus Media AG

Tel.: 0341/484 74-308

Fax: 0341/484 74-290

e-mail: kontakt@oemus-media.de

www.oemus-media.de

59. Jahrestagung der AG Kieferchirurgie (AGKi)**30. Jahrestagung des AK für Oralpathologie und Oralmedizin (AKO-POM) innerhalb der DGZMK****43. Jahrestagung der AG für Röntgenologie****Termin:** 21. – 23. 05. 2009**Ort:** Rhein-Main-Hallen Wiesbaden,

Rheinstraße 20,

65185 Wiesbaden

Auskunft: www.ag-kiefer.de**38. Jahrestagung der AG Dentale Technologie e.V.****Termin:** 21. – 23. 05. 2009**Ort:** Stuttgart, Liederhalle**Auskunft:** Geschäftsstelle der AG

Dentale Technologie e.V.,

Frau Katrin Stockburger,

Hartmeyerstraße 62,

72076 Tübingen

Tel.: 07071/96 76 96

Fax: 07071/96 76 97

info@ag-dentale-technologie.de

www.ag-dentale-technologie.de

Ostseekongress**2. Norddeutsche Implantologietage****Veranstalter:** Oemus Media AG**Termin:** 22./23. 05. 2009**Ort:** Hotel Neptun, Rostock**Auskunft:** Oemus Media AG

Tel.: 0341/484 74-308

Fax: 0341/484 74-290

e-mail: kontakt@oemus-media.de

www.oemus-media.de

51. Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein in Westerland/Sylt**Thema:** Alles in Funktion – Von der Diagnostik zur Therapie**Veranstalter:** ZÄK Schleswig-Holstein**Termin:** 25. – 29. 05. 2009**Ort:** Congress Centrum Sylt,

25980 Westerland

Auskunft: ZÄK Schleswig-Holstein,

Tel.: 0431/26 09 26-82

Fax: 0431/26 09 26-15

e-mail: hhi@zaek-sh.de

Tel.: 0431/26 09 26-82

Fax: 0431/26 09 26-15

Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie**Termin:** 29./30. 05. 2009**Ort:** Krakow/Polen**Auskunft:** Prof. Dr. drs.dr. Jerome

Rotgans (President)

Tel.: 0241/80 88-733 oder -110

Fax: 0241/80 82-468

e-mail: jrotgans@ukaachen.de

www.esde.org

■ **Juni****Europerio 6****Veranstalter:** European Federation of Periodontology**Termin:** 04. – 06. 06. 2009**Ort:** Stockholm, Schweden**Auskunft:** www.efp.net**23. Bergischer Zahnärztetag****Thema:** Tipps und Tricks für die Praxis**Veranstalter:** Bergischer Zahnärztereverein e.V. 1896**Termin:** 05./06. 06. 2009**Ort:** Historische Stadthalle Wuppertal**Auskunft:** Geschäftsstelle Bergischer Zahnärztereverein,

Holzer Straße 33,

42119 Wuppertal

Tel.: 0202/42 50 567

Fax: 0202/42 08 28

e-mail: info@bzaev.de

www.2009.bzaev.de

16. Europäisches Sommersymposium Usedom**Termin:** 08. – 13. 06. 2009**Ort:** Heringsdorf auf Usedom**Auskunft:** Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.

Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn

Tel.: 0228/85 57.55

Fax: 0288/34 54 65

e-mail: rs@fvdz.de

Tag der Schmerzausschaltung des AK für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA)**Termin:** 13. 06. 2009**Ort:** Universitätsklinik Mainz**Auskunft:** DGZMK

Deutsche Gesellschaft für Zahn-,

Mund- und Kieferheilkunde e.V.,

Liesegangstr. 17a,

40211 Düsseldorf

Tel.: 0211/61 01 98-24

Fax: 0211/61 01 98-11

e-mail: dgzmk.springer@dgzmk.de

www.dgzmk.de

www.apw.online.com

3. Jahrestagung des Landesverbandes Hessen im DGI e.V., gemeinsam mit dem Landesverband Rheinland-Pfalz im DGI e.V.**Termin:** 19. – 20. 06. 2009**Ort:** Mainz**Auskunft:** DGI GmbH,

Henkestr. 91, 91052 Erlangen

Tel.: 09131/92 00 70

Fax: 09131/92 00 72

e-mail: info@dgi-gmbh.com

■ **Juli****4th International Dental Workshop and Montreux Jazz Festival****Termin:** 02. – 05. 07. 2009**Ort:** Montreux, Schweiz**Auskunft:** Miriam Ladner,

Tel.: +41 (0)55 254 75 61

e-mail: m.ladner@zeiss.ch

www.zeiss.ch/academy

14. Greifswalder Fachsymposium**Veranstalter:** Mecklenburg-Vorpommersche Gesellschaft für Zahn-,

Mund- u. Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald

und Rostock e.V.

Termin: 04. 07. 2009**Ort:** Greifswald, Alfried-Krupp-

Wissenschaftskolleg,

M.-Luther-Str. 14

Auskunft: Prof. Dr. Wolfgang

Sümnick,

Poliklinik für MKG-Chirurgie,

Zentrum für Zahn-, Mund- und

Kieferheilkunde,

Ernst-Moritz-Arndt-Universität,

Rotgerberstr. 8,

17475 Greifswald

Tel.: 03834/86 71 80

Fax: 03834/86 73 02

e-mail: suemnick@uni-greifswald.de

MEDcongress**36. Seminarkongress für ärztliche Fort- und Weiterbildung****Termin:** 05. – 11. 07. 2009**Ort:** Baden-Baden, Kongresshaus**Auskunft:** MEDICA Deutsche Ges.

für Interdisz. Medizin e.V.,

Postf. 70 01 49, 70571 Stuttgart

Tel.: 0711/72 07 12-0

Fax: 0711/72 07 12-29

e-mail: bn@medicacongress.de

www.medicacongress.de

■ September

16. Sommersymposium des Mitteldeutschen Landesverbandes für Zahnärztliche Implantologie

Hauptthema: Implantate – oberflächlich betrachtet und unpässlich

Termin: 03. – 05. 09. 2009

Ort: Dessau

Auskunft: Nina Henkel,
Project Manager,
boeld communication,
Bereiteranger 15,
81541 München
Tel.: 089/18 90 46-19
Fax: 089/18 90 46-16
e-mail: nhenkel@bb-mc-com
www.bb-mc.com

6. Jahrestagung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der DGI

60. Jahrestagung der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für ZMK-Heilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

18. Zahnärztetag der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Termin: 04. – 06. 09. 2009

Ort: Rostock-Warnemünde,
Hotel Neptun

Auskunft: DGI GmbH,
Henkestr. 91, 91052 Erlangen
Tel.: 09131/92 00 70
Fax: 09131/92 00 72
e-mail: info@dgi-gmbh.com
ZÄK Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Tel.: 0385/59 108-0
Fax: 0385/59 108-20
www.zaekmv.de

NordDental Hamburg

Termin: 05. 09. 2009

Ort: Hamburg Messe

Auskunft: www.norddental.de

Infodental Düsseldorf

Termin: 11./12. 09. 2009

Ort: Düsseldorf

Auskunft: www.infodental-duesseldorf.de

Notfalltag des AK für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA)

Termin: 19. 09. 2009

Ort: Universitätsklinik Mainz

Auskunft: DGZMK
Deutsche Gesellschaft für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde e.V.,
Liesegangstr. 17a,
40211 Düsseldorf
Tel.: 0211/61 01 98-24
Fax: 0211/61 01 98-11
mail: dgzmk.springer@dgzmk.de
www.dgzmk.de
www.apw.online.com

42. Jahrestagung der DGFDT

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der DGZMK

Thema: Computerunterstützte Funktionsdiagnostik und -therapie

Termin: 25./26. 09. 2009

Ort: Bad Homburg

Auskunft: www.dgfdt.de

Universitäten

RWTH Aachen

CEREC 3D-Basisseminar und/oder -Update-/Aufbauseminar

Thema: Kompetenzorientiertes Training nach stufenweisem AACZ-Qualifizierungskonzept CEREC-Junior, -Fellow, -Master durch Lernzielabstimmung

Thema: Von Halitosis bis Xerostomie – Spezielle Krankheitsbilder erfordern individuelle Prophylaxetherapien

Veranstalter: Henry Schein Dental Depot Rosenheim

Termin: 06. 03. 2009,
14.00 – 18.00 Uhr

Ort: Henry Schein Dental Depot, Kirchenweg 39-41, 83026 Rosenheim

Sonstiges: Ref.: Susanne Keck, Fa. Dent-x-press

Kursgebühr: 49 EUR p.P. + MwSt. inkl. Catering

Auskunft: Henry Schein Dental Depot, Kirchenweg 39-41, 83026 Rosenheim

Tel.: 08031/90 16 00

Fax: 08031/90 16 011

e-mail: info.rosenheim@henryschein.de

www.henryschein.de

Thema: Quarzfaser-Stiftaufbauten

Veranstalter: Komira e.K.

Termin: 06. 03.2009,
17.00 – 19.00 Uhr

Ort: Gießen

Sonstiges: 2 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 59,50 EUR

Auskunft: Komira e.K., Dr. Ing. Malene Wanzeck,

Pommernring 47,
76877 Offenbach

Tel.: 06348/919 200

Fax: 06348/919 202

e-mail: info@komira.de

www.komira.de

Thema: Die Herbstapparatur: eine Bereicherung für die tägliche Praxis

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 06. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Dres. Claudia und Georg Zöller, Kaiserlautern; 9 Punkte

Kursgebühr: 350 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: KFO-Prophylaxe und Frühbehandlung

Veranstalter: Haranni Akademie

Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 06. 03. 2009,
9.00 – 17.00 Uhr

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz und Tagungspauschale;

Kursgebühr: 360 EUR inkl. MwSt.

480 EUR inkl. MwSt. und Ta-

gungspauschale Team;

200 EUR inkl. MwSt. für jede wei-

tere Person aus derselben Praxis

Auskunft: Haranni Akademie,

Frau Renate Dömpke

Schulstraße 30,

44623 Herne

Tel.: 02323/94 68-300

Fax: 02323/94 68-333

Thema: Grundwissen und Ausbildung der ZMF im Bereich Kieferorthopädie

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 06./07. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Ralf J.

Radlanski, Charité Berlin

Kursgebühr: 475 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann,

Dentaurum, J. P. Winkelstroeter

KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: Funktionstherapie – „Klinische und instrumentelle Diagnose eines funktionsgestörten dysgnathen Patienten als Grundlage für die Planung einer Schiene zur Vorbehandlung“ (Hands-on-Kurs)

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 06./07. 03. 2009

Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstraße 4,

(Marienplatz), 80333 München

Sonstiges: Ref.: Tilman Fritz,

Kursnr.: E-FU 01

Kursgebühr: 725 EUR p.P. +

gesetzl. MwSt.

Auskunft: absolute Ceramics Schu-

lungszentrum GmbH, München

Tel.: 06221/64 99 710

(bei Buchungsfragen)

Tel.: 089/20 35 94 670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/64 99 71 20

www.absolute-ceramics.com

Thema: KFO-Grundkurs Teil I – Herstellung von Plattenapparaturen

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 06./07. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZT Jörg Stehr

Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann,
 Dentaforum, J. P. Winkelstroeter
 KG/CDC,
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.de

Thema: Hart- und Weichgewebs-
 management
Veranstalter: Dentaforum,
 J. P. Winkelstroeter KG
 CDC – Centrum Dental Commu-
 nikation
Termin: 07. 03. 2009
Ort: Nürnberg
Sonstiges: Ref.: Dr. Stephan Kres-
 sin, Berlin; 9 Punkte
Kursgebühr: 295 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann,
 Dentaforum, J. P. Winkelstroeter
 KG/CDC,
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.de

Thema: Quarzfaser-Stiftaufbauten
Veranstalter: Komira e.K.
Termin: 07. 03. 2009,
 10.00 – 12.00Uhr
Ort: Kassel
Sonstiges: 2 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 59,50 EUR
Auskunft: Komira e.K.,
 Dr. Ing. Malene Wanzeck,
 Pommernring 47,
 76877 Offenbach
 Tel.: 06348/919 200
 Fax: 06348/919 202
 e-mail: info@komira.de

Thema: Sinusbodenelevation mit
 Live-OP
Veranstalter: Dentaforum,
 J. P. Winkelstroeter KG
 CDC – Centrum Dental Commu-
 nikation
Termin: 07. 03. 2009
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Dr. Matthias Eiss,
 Berlin; 9 Punkte
Kursgebühr: 435 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann,
 Dentaforum, J. P. Winkelstroeter
 KG/CDC,
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.de

Thema: Hart- und Weichgewebs-
 management
Veranstalter: Dentaforum,
 J. P. Winkelstroeter KG
 CDC – Centrum Dental Commu-
 nikation
Termin: 07. 03. 2009
Ort: Henstedt-Ulzburg
Sonstiges: Ref.: ZA Daniel Schulz,
 Henstedt-Ulzburg; 9 Punkte
Kursgebühr: 295 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann,
 Dentaforum, J. P. Winkelstroeter
 KG/CDC,
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.de

Thema: Impolantationskurs an Hu-
 manpräparaten
Veranstalter: Dentaforum,
 J. P. Winkelstroeter KG
 CDC – Centrum Dental Commu-
 nikation
Termin: 07. 03. 2009
Ort: Jena
Sonstiges: Ref.: OÄ Dr. Rosemarie
 Fröber, Dr. Joachim Hoffmann;
 9 Punkte
Kursgebühr: 460 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann,
 Dentaforum, J. P. Winkelstroeter
 KG/CDC,
 Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaforum.de
 www.dentaforum.de

Thema: P.R.G.F. in der plastischen
 Parodontal-Chirurgie
Veranstalter: B.T.I. Deutschland
 GmbH
Termin: 07. 03. 2009 und
 12. 09. 2009
Ort: Praxis Dr. Marggraf Berlin
Sonstiges: Ref.: Dr. Erwin Marg-
 graf; Life OP Seminar; 6 Punkte
Kursgebühr: 200 EUR + MwSt.
Auskunft: B.T.I. Deutschland
 GmbH, Mannheimer Str. 17,
 75231 Pforzheim
 Tel.: 07231/42 80 610
 Fax: 07231/42 80 615

Thema: Klassische Homöopathie in
 der Zahnheilkunde
 Grundkurs über 3 WE
Veranstalter: Chiron Bildungs- und
 Gesundheitszentrum

Termin: 07./08. 03. 2009,
 25./26. 04. 2009 und
 13./14. 06. 2009,
 jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Ibis Hotel Medical Park,
 Feodor-Lynen-Str. 1,
 30625 Hannover
Kursgebühr: 325 EUR pro WE inkl.
 Verpflegung
Auskunft: Chiron Bildungs- und
 Gesundheitszentrum,
 Obere Siedlung 9,
 01796 Dohma
 Tel.: 03501/47 040
 Fax: 03501/47 04 15
 e-mail: info@chiron-net.de
 www.chiron-net.de
 www.chiron-versand.com

Thema: Homöopathie in der Zahn-
 heilkunde
Veranstalter: Chiron Bildungs- und
 Gesundheitszentrum
Termin/Ort: 07./08. 03. und
 25./26. 04., Lindner Congress
 Hotel, Frankfurt/M.; 14./15. 03.
 und 25./26. 04., Central Hotel
 Kaiserhof, Hannover; 21./22. 03.
 und 04./05. 04., Ascot-Bristol,
 Potsdam
Kursgebühr: 325 EUR pro WE
Auskunft: Chiron Bildungs- und
 Gesundheitszentrum,
 Obere Siedlung 9, 01796 Dohma
 Tel.: 03501/47 040
 Fax: 03501/47 04 15
 e-mail: info@chiron-net.de
 www.chiron-net.de
 www.chiron-versand.com

Thema: Qualitätsmanagement für
 niedergelassene Zahnärzte
Veranstalter: Henry Schein Dental
 Depot Passau
Termin: 11. 03. 2008,
 14.00 – 17.00 Uhr
Ort: Henry Schein Dental Depot,
 Dr.-Emil-Brichta-Str. 5,
 94036 Passau
Sonstiges: Ref.: Christian Kuhring
Kursgebühr: 85 EUR p.P. + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental
 Depot, Dr.-Emil-Brichta-Str. 5,
 94036 Passau,
 Frau Sabrina Poindecker
 Tel.: 0851/95 97 227
 Fax: 0851/95 97 219
 e-mail: info.passau@henry-
 schein.de
 www.henryschein.de

Thema: Erfolgsrezept Qualitätsma-
 nagement
Veranstalter: Henry Schein Dental
 Depot München
Termin: 11. 03. 2009,
 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Henry Schein Dental Depot
 München, Theresienhöhe 13,
 80339 München
Sonstiges: inkl. Catering
Kursgebühr: 175 EUR p.P. + MwSt.
Auskunft: Henry Schein Dental
 Depot München,
 Theresienhöhe 13,
 80339 München
 Frau Rita Obermann,
 Tel.: 089/97 899-114
 Fax: 089/97 899-120
 e-mail: info.muenchen@henry-
 schein.de
 www.henryschein.de

Thema: Zahnaufhellungstherapie
 als Alternative zu restaurativen
 Maßnahmen
Veranstalter: Westerburger
 Kontakte
Termin: 11. 03. 2008
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Alexander
 Welk
Kursgebühr: ZA: 230 EUR +
 MwSt., ZA + ZH: 380 EUR +
 MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
 Schloss Westerburg,
 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/911 90-30
 Fax: 02663/911 90-34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Dentalfotografie – Einblick
 in die digitale Dentalfotografie
Veranstalter: CORONA Lava™
 Fräszentrum Starnberg
Termin: 11. 03. 2009,
 15.00 – 19.00 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: ZTM Wolfgang
 Weisser
Kursgebühr: 50 EUR
Auskunft: CORONA Lava™
 Münchener Str. 33,
 82319 Starnberg
 Tel.: 08151/55 53 88
 Fax: 08151/73 93 38
 e-mail: info@lavazentrum.de

Thema: Aktuelles zum Steuerrecht
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 12. 03. 2009,
 18.00 – 20.00 Uhr
Ort: DENS Akademie,
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin-Wilmersdorf
Sonstiges: Fortbildungspunkte 2,
 Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft: DENS Akademie,
 Potsdamer Str. 12-13,
 14163 Berlin
 Tel.: 030/80 49 65 20
 Fax: 030/80 49 65 21
 www.dens-berlin.com

Thema: RAYID – Familiensystematik (Geburtsreihenfolge) Kurs 2
Veranstalter: Aufwind Consulting GmbH
Termin: 12./13. 03. 2009
Ort: Schlehdorf in Obb.
Sonstiges: Ref.: Dr. Martina Obermeyer; 17 Punkte
Kursgebühr: 650 EUR steuerfrei
Auskunft: Dr. Martina Obermeyer, Aufwind Consulting; Kocheler Straße 1; 82444 Schlehdorf am Kochelsee
 Tel.: 08851/61 56 91
 Fax: 08851/61 56 90

Thema: MSA II Manuelle Strukturanalyse
Veranstalter: VIZ – Veranstaltungsmanagement im Zentrum
Termin: 12. – 15. 03. 2009
Ort: Berlin
Sonstiges: Ref.: Prof.Dr. Axel Bumann
Kursgebühr: 1 050 EUR netto (1 249,50 brutto)
Auskunft: VIZ – Veranstaltungsmanagement im Zentrum, Brigitte Wegener, Caroline-von-Humboldt-Weg 34, 10117 Berlin
 Tel.: 030/27 89 09 30
 Fax: 030/27 89 09 31

Thema: CAD/CAM-Keramik – „System Basiskurs für Zahnärzte“ (Hands-on-Kurs)
Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München
Termin: 13. 03. 2009
Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstraße 4, (Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajtő, Dr. André Hutsky, Dr. Uwe Pompl, Dr. Anna Theiss (Die Referenten werden nach zeitl. Gegebenheiten eingeteilt); Kurs-Nr. AC-B-Z 01
Kursgebühr: 415 EUR p.P. + gesetzl. MwSt.

Auskunft: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München
 Tel.: 06221/64 99 710
 (bei Buchungsfragen)
 Tel.: 089/20 35 94 670
 (bei Fragen zu Kursinhalten)
 Fax: 06221/64 99 71 20
 www.absolute-ceramics.com

Thema: Kompositversorgung im Seitenzahnbereich – Hands on
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 13. 03. 2008
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Lenhard
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte Schloss Westerburg, 56457 Westerburg
 Tel.: 02663/911 90–30
 Fax: 02663/911 90–34
 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Patienten überzeugen, gewinnen und Umsätze steigern, Auftaktveranstaltung
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 13. 03. 2009,
 16.00 – 20.30 Uhr
Ort: DENS Akademie,
 Georg-Wilhelm-Str. 7,
 10711 Berlin-Wilmersdorf

Sonstiges: Fortbildungspunkte 5,
 Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 70 EUR
Auskunft: DENS Akademie,
 Potsdamer Str. 12-13,
 14163 Berlin
 Tel.: 030/80 49 65 20
 Fax: 030/80 49 65 21
 www.dens-berlin.com

Thema: Umsatzmotor Prothetik – Zahnersatz-Abrechnungsworkshop für Profis
Veranstalter: Henry Schein Dental Depot München
Termin: 13. 03. 2009,
 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Henry Schein Dental Depot München, Theresienhöhe 13, 80339 München
Sonstiges: Ref.: Manuela Hackenberg, Fa. Praxis Plan
Kursgebühr: 175 EUR p.P. + MwSt. inkl. Catering
Auskunft: Henry Schein Dental Depot München, Theresienhöhe 13, 80339 München
 Frau Rita Obermann,
 Tel.: 089/97 899-114
 Fax: 089/97 899-120
 e-mail: info.muenchen@henryschein.de
 www.henryschein.de

Thema: Abrechnung in der Kieferorthopädie für Einsteiger

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 13. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Petra Schmidt-Saumweber; 8 Punkte

Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: Management & Therapie verlagertes Zähne, insbesondere Eckzähne

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 13./14. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Dr. Nezar Watted, 13 Punkte

Kursgebühr: 510 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: Veneers, Inlays, Teilkronen, Kronen und Brücken aus Vollkeramik – Prakt. Arbeitskurs

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 13. 03. 2009,

10.00 – 19.00 Uhr;

14. 03. 2009, 9.00 – 19.00 Uhr

Ort: 44623 Herne

Sonstiges: Ref.: Priv.-Doz. Dr. Jürgen Manhart

Kursgebühr: 790 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale

Auskunft: Haranni Akademie, Frau Renate Dömpke
Schulstraße 30,

44623 Herne

Tel.: 02323/94 68-300

Fax: 02323/94 68-333

Thema: Typodontkurs I – Gerade Bogentechnik I

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 13. – 15. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Grüner, Karlsruhe, 27 Punkte

Kursgebühr: 899 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer

Veranstalter: Dr. med. Dr. med. dent. Heinrich Bültemann-Hagedorn

Termin: 14. 03. 2009,

9.00 – 14.00 Uhr

Ort: Bremen

Sonstiges: Eintageskurs mit Patientenvorstellung; Praktische Implantationsübungen mit M1 Implantaten an Rinderrippen; 7 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 170 EUR

Auskunft: Praxis Dr. Dr. Bültemann-Hagedorn und Dr. Thieme, Faulenstraße 54,
28195 Bremen

Tel.: 0421/38 22 12

Fax: 0421/39 09 95 32

e-mail: Praxis@MKG-HB.de

Thema: CAD/CAM-Keramik – „System Basiskurs für Zahnärzte“ (Hands-on-Kurs)

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 14. 03. 2009

Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstraße 4, (Marienplatz), 80333 München

Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajtő, Dr. André Hutsky, Dr. Uwe Pompl, Dr. Anna Theiss (Die Referenten werden nach zeitl. Gegebenheiten eingeteilt); Kurs-Nr. AC-B-Z 01

Kursgebühr: 415 EUR p.P. +

gesetzl. MwSt.

Auskunft: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München
Tel.: 06221/64 99 710

(bei Buchungsfragen)

Tel.: 089/20 35 94 670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/64 99 71 20

www.absolute-ceramics.com

Thema: Abrechnung in der Kieferorthopädie für Fortgeschrittene

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 14. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Petra Schmidt-Saumweber; 8 Punkte

Kursgebühr: 229 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: Implantatchirurgie mit Live-OP

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 14. 03. 2009

Ort: Berlin

Sonstiges: Ref.: Dr. Jochen Scopp, Berlin; 9 Punkte

Kursgebühr: 383 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC,

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum.de

Thema: Herstellung eines ganthologischen Set-up

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 14. 03. 2009

Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Peter Stückrad; 11 Punkte

Kursgebühr: 219 EUR + MwSt.

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

Thema: Führung einfach =
Einfach führen – it's simple –
but noch easy
Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne
Termin: 14. 03. 2009,
9.00 – 18.00 Uhr
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Friedrich W.
Schmidt
Kursgebühr: 430 EUR inkl. MwSt.
und Tagungspauschale;
300 EUR inkl. MwSt. für jede wei-
tere Person aus derselben Praxis
Auskunft: Haranni Akademie,
Frau Renate Dömpke
Schulstraße 30,
44623 Herne
Tel.: 02323/94 68-300
Fax: 02323/94 68-333

Thema: Ausbildung zur SGS zerti-
fizierten Dentalberaterin
Veranstalter: DentalSchule –
Institut für zahnmedizinische Fort-
bildung GmbH
Termin: 14. 03., 21. 03., 28. 03.,
25. 04., 09. 05. und 16. 05. 2009
Samstags, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hamburg
Sonstiges: Ref.: Vera Thenhaus
Kursgebühr: 1 400 EUR + MwSt.,
Prüfungsgebühr: 364 EUR +
MwSt.
Auskunft: DentalSchule,
Poststraße 51, 20354 Hamburg
Tel.: 040/357 15 992
Fax: 040/357 15 993
e-mail: info@dentalsschule.de
www.dentalsschule.de

Thema: Ästhetische Frontzahnver-
sorgung mit Komposit –
Hands on
Veranstalter: Westerburger
Kontakte
Termin: 14. 03. 2009
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus
Lenhard
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte
Schloss Westerburg,
56457 Westerburg
Tel.: 02663/911 90–30
Fax: 02663/911 90–34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Sinfony – Ästhetische
Lösungen für Sekundärkronen
Veranstalter: CORONA Lava™
Fräszentrum Starnberg
Termin: 14. 03. 2009,
9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: ZTM Jürgen
Braunwarth
Kursgebühr: 290 EUR
Auskunft: CORONA Lava™
Münchener Str. 33,
82319 Starnberg
Tel.: 08151/55 53 88
Fax: 08151/73 93 38
e-mail: info@lavazentrum.de

Thema: Grundkurs Prophylaxe
Anpassungsfortbildung mit objek-
tivem Qualifikationsnachweis
Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberu-
fe, Herne
Termin: 16. – 18. 03., jeweils
9.00 – 17.00 Uhr;
22. 04. 2009, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Stol-
tenberg, Dr. Sigrid Olbertz,
Angelika Doppel
Kursgebühr: 600 EUR inkl. MwSt.
und Tagungspauschale zzgl. 65
EUR für Kurskript und Prüfungs-
gebühr der ZÄK

Auskunft: Haranni Akademie,
Frau Renate Dömpke
Schulstraße 30, 44623 Herne
Tel.: 02323/94 68-300
Fax: 02323/94 68-333

Thema: Kinder- und Jugendpro-
phylaxe mit FU, IP1-IP4, Kfo Be-
treuung
Veranstalter: Regina Regensburger
Dentalhygienikerin, Fortbildungs-
zentrum Burgau
Termin: 17. 03. 2009,
14.00 – 18.00 Uhr;
18. 03. 2009, 9.30 – 17.00 Uhr
Ort: 89331 Burgau (Schwaben)
Sonstiges: Gingivitis, Karies, Indi-
zes im Vergleich, Fluoridanamne-
se, praktisches Arbeiten, Oberflä-
chenpol., Anwendung von Flurid
u.s.w.; 17 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 290 EUR
Auskunft: Regina Regensburger
Dentalhygienikerin,
Schmidberg 3a, 89331 Burgau
Tel.: 0173/38 39 383
Fax: 08222/41 33 23
e-mail: info@dh-regensburger.de
www.dh-regensburger.de

Thema: Patienten überzeugen, ge-
winnen und Umsätze steigern,
Workshop
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 18. 03. 2009,
16.00 – 20.30 Uhr
Ort: DENS Akademie,
Georg-Wilhelm-Str. 7,
10711 Berlin-Wilmersdorf
Sonstiges: Ref.: Herr Tende, Tente-
Training; Fortbildungspunkte 2,
Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 70 EUR
Auskunft: DENS Akademie,
Potsdamer Str. 12-13,
14163 Berlin
Tel.: 030/80 49 65 20
Fax: 030/80 49 65 21
www.dens-berlin.com

Thema: Beraten mit Herz und Ver-
stand – Patienten von der Qualität
und Nutzen außervertraglicher
Leistungen überzeugen
Veranstalter: Dipl.-Germ. Karin
Namianowski
Termin: 18. 03. 2008,
9.00 – 16.00 Uhr
Ort: Hannover
Sonstiges: für ZFA, ZMF, ZÄ,
Teams; Teilnehmerzahl: 16;
7 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 250 EUR
Auskunft: Dipl.-Germ. Karin Na-
mianowski, Unternehmensbera-
tung/Kommunikationstraining,
Halbinselstraße 22,
88142 Wasserburg (Bodensee)
Tel.: 08382/989 68 57
Fax: 08382/989 68 54
e-mail: Namianowski.Bera-
tung.Training@t-online.de

Thema: Praxismarketing – „Er-
folgsstrategien durch gezieltes
Praxismarketing und Finanzie-
rungslösungen – Eine Kooperati-
onsveranstaltung von Dentalmar-
keting und der EOS Health AG“
Veranstalter: absolute Ceramics
Schulungszentrum GmbH,
München
Termin: 18. 03. 2009
Ort: absolute Ceramics Schulungs-
zentrum GmbH, Weinstraße 4,
(Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Lukas Schad, Uwe
Schäfer; Kursnr.: E-PM 02
Kursgebühr: 138 EUR p. P. +
MwSt.; 98 EUR p. P. + MwSt. für
Helferin; 90 EUR p. P. + MwSt. ab
3 Pers. bei gleichzeitiger Anmel-
dung
Auskunft: absolute Ceramics Schu-
lungszentrum GmbH, München
Tel.: 06221/64 99 710
(bei Buchungsfragen)
Tel.: 089/20 35 94 670
(bei Fragen zu Kursinhalten)
Fax: 06221/64 99 71 20
www.absolute-ceramics.com

Thema: Die perfekte Assistenz bei chirurgischen Eingriffen in der Zahnarztpraxis
Veranstalter: DentalSchule – Institut für zahnmedizinische Fortbildung GmbH
Termin: 18. 03. 2009
Ort: Berlin
Sonstiges: Dieser Kurs richtet sich an zahnmedizinische Fachangestellte, die in die chirurgische Assistenz einsteigen wollen oder ihr Wissen auffrischen möchten; Ref.: Andrea Klöppel
Kursgebühr: 200 EUR + MwSt. für ZFA und ZMF
Auskunft: DentalSchule, Papenreye 55, 22453 Hamburg Tel.: 040/357 15 992 Fax: 040/357 15 993 e-mail: info@dentschule.de www.dentschule.de

Thema: Die Präzisionsabformung
Veranstalter: CORONA Lava™ Fräszentrum Starnberg
Termin: 18. 03. 2009, 14.30 – 18.30 Uhr
Ort: Starnberg
Sonstiges: Ref.: Wolfgang Weber, 3M Espe AG
Kursgebühr: 60 EUR
Auskunft: CORONA Lava™ Münchener Str. 33, 82319 Starnberg Tel.: 08151/55 53 88 Fax: 08151/73 93 38 e-mail: info@lavazentrum.de

Thema: Farb- und Stilberatung für den wirtschaftlichen Erfolg
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 19. 03. 2009, 18.00 – 20.00 Uhr
Ort: DENS Akademie, Georg-Wilhelm-Str. 7, 10711 Berlin-Wilmersdorf
Sonstiges: Fortbildungspunkte 2, Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft: DENS Akademie, Potsdamer Str. 12-13, 14163 Berlin Tel.: 030/80 49 65 20 Fax: 030/80 49 65 21 www.dens-berlin.com

Thema: Marketing – werden Sie einzigartig!
Veranstalter: Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
Termin: 20. 03. 2009
Ort: Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
Sonstiges: Was ist Marketing? Positionierung versus Spezialisierung, Konzeptentwicklung u.s.w.
Kursgebühr: 225 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Hanse, Frau Stober, Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine Tel.: 05171/507 89 52 Fax: 05171/168 20

Thema: CAD/CAM-Keramik – „System Teamkurs für Zahnärzte und Helfer/innen“ (Hands-on-Kurs)
Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München
Termin: 20. 03. 2009
Ort: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, Weinstraße 4, (Marienplatz), 80333 München
Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajtő, Dr. André Hutsky, Dr. Uwe Pompl, Dr. Anna Theiss (Die Referenten werden nach zeitl. Gegebenheiten eingeteilt); Kurs-Nr. AC-B-T 01
Kursgebühr: 475 EUR p.P. + gesetzl. MwSt.; 395 EUR p. P. + MwSt. für Helfer/innen
Auskunft: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München Tel.: 06221/64 99 710 (bei Buchungsfragen) Tel.: 089/20 35 94 670 (bei Fragen zu Kursinhalten) Fax: 06221/64 99 71 20 www.absolute-ceramics.com

Thema: Abrechnung kieferorthopädischer Laborleistungen
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG CDC – Centrum Dental Kommunikation
Termin: 20. 03. 2009
Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Frank Weber, Karlsruhe; 4 Punkte
Kursgebühr: 199 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 e-mail: kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: KFO-Grundkurs Teil II – Herstellung von bimaxillären Geräten
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG CDC – Centrum Dental Kommunikation
Termin: 20./21. 03. 2009
Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Martin Geller
Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 e-mail: kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Typodontkurs IV – Spezial-Biegekurs
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG CDC – Centrum Dental Kommunikation
Termin: 20./21. 03. 2009
Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Oliver M. Bacher, 18 Punkte
Kursgebühr: 699 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 e-mail: kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Einführung in die Kieferorthopädie mit Richtlinien und Frühbehandlung – 1. Kurs des Curriculums Kieferorthopädie
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 20./21. 03. 2009, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: 44623 Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz
Kursgebühr: 780 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale
Auskunft: Haranni Academie, Frau Renate Dömpke Schulstraße 30, 44623 Herne Tel.: 02323/94 68-300 Fax: 02323/94 68-333

Thema: Funktionskieferorthopädische Apparaturen
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG CDC – Centrum Dental Kommunikation
Termin: 20./21. 03. 2009
Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim
Sonstiges: Ref.: ZT Monika Brinkmann, Zwickau
Kursgebühr: 429 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC, Turnstr. 31, 75228 Ispringen Tel.: 07231/803-470 Fax: 07231/803-409 e-mail: kurse@dentaurum.de www.dentaurum.de

Thema: Best of Kokich – Last Lecture in Europe Perfekter ästhetischer Erfolg für Zahnärzte, Parodontologen, Implantologen und Kieferorthopäden
Veranstalter: Dr. Jan V. Raiman
Termin: 20./21. 03. 2009
Ort: Hannover, Altes Rathaus
Sonstiges: Freuen Sie sich mit uns auf den letzten großen Auftritt von Prof. Vincent G. Kokich in Europa!
Kursgebühr: Ärzte: 690 EUR, Assistenten m. Nachweis 480 EUR, Ermäßigung ab 3 Personen pro Person 450 EUR, jeweils inkl. MwSt.
Auskunft: Dr. Jan V. Raiman, Kirchröderstr. 77, 30625 Hannover Tel.: 0511/55 44 77 Fax: 0511/55 01 55 e-mail: ios@raiman.de

Thema: Klinische Konzepte in der regenerativen Parodontaltherapie
Veranstalter: Westerburger Kontakte
Termin: 21. 03. 2008
Ort: 56457 Westerburg
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Anton Sculean, M.S.
Kursgebühr: 450 EUR + MwSt.
Auskunft: Westerburger Kontakte Schloss Westerburg, 56457 Westerburg Tel.: 02663/911 90–30 Fax: 02663/911 90–34 www.westerburgerkontakte.de

Thema: Non-Prep Veneers Zertifizierung-Hands-On-Kurs
Veranstalter: DentalSchule – Institut für Zahnmedizinische Fortbildung GmbH
Termin: 21.03. 2009, 10.00 – 17.00 Uhr
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: Dr. Jens Voss; Formen und Linien der dentalen Ästhetik; Theoretische Grundlagen der Veneertechnik; Tipps und Tricks der adhäsiven Eingliederung, Prakt. Übungen; 8 Punkte
Kursgebühr: ZFA/ZMF 279 EUR; ZA 1 490 EUR + MwSt. + 40 EUR Verzehrpauschale pro Teilnehmer
Auskunft: DentalSchule, Papenreye 55, 22453 Hamburg
 Tel.: 040/357 15 992
 Fax: 040/357 15 993
 e-mail: info@dentalschule.de
 www.dentalschule.de

Thema: Professionelle Wurzeloberflächenreinigung
Veranstalter: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Fortbildungszentrum Burgau
Termin: 21. 03. 2009, 9.30 – 17.00 Uhr
Ort: 89331 Burgau (Schwaben)
Sonstiges: Zahnärzte und ZMA die Instrumentationstechnik in der manuellen und maschinellen zahn- und Wurzeloberflächenreinigung verbessern möchten; Prakt. Arbeitskurs; 9 Fortbildungspunkte
Kursgebühr: 210 EUR
Auskunft: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Schmidberg 3a, 89331 Burgau
 Tel.: 0173/38 39 383
 Fax: 08222/41 33 23
 e-mail: info@dh-regensburger.de
 www.dh-regensburger.de

Thema: Glasfaserverstärkte Komposite: Klinische Anwendungen von A bis Z
Veranstalter: Dentapreg Deutschland
Termin: 21. 03. 2009, 10.00 Uhr
Ort: Würzburg, ZBV Unterfranken
Sonstiges: Theoretischer Teil in englischer Sprache, praktischer Teil in deutscher Sprache
Kursgebühr: 210 EUR

Auskunft: Dr. Olga Bauer, Kirchstraße 1, 97294 Unterpleichfeld
 Tel.: 0151/18 40 92 29
 Fax: 09367/75 59
 e-mail: dentapreg@dentapreg.de

Thema: Homöopathie in der Zahnheilkunde – AufbauSeminar
Veranstalter: Chiron Bildungs- und Gesundheitszentrum
Termin: 21./22. 03. 2009
Ort: Intercity Hotel Nürnberg
Kursgebühr: 325 EUR pro WE inkl. Verpflegung
Auskunft: Chiron Bildungs- und Gesundheitszentrum, Obere Siedlung 9, 01796 Dohma
 Tel.: 03501/47 040
 Fax: 03501/47 04 15
 e-mail: info@chiron-net.de
 www.chiron-net.de
 www.chiron-versand.com

Thema: Klassische Homöopathie in der Zahnheilkunde Grundkurs über 1 WE
Veranstalter: Chiron Bildungs- und Gesundheitszentrum
Termin: 21./22. 03. 2009 jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Frankfurt a.M., Lindner Congress Hotel, Blongarstr. 100
Sonstiges: Aufbaukurs Klassische Homöopathie – Die Metalle in der Zahnarztpraxis; 16 Punkte
Kursgebühr: 325 EUR pro WE inkl. Verpflegung
Auskunft: Chiron Bildungs- und Gesundheitszentrum, Obere Siedlung 9, 01796 Dohma
 Tel.: 03501/47 040
 Fax: 03501/47 04 15
 e-mail: info@chiron-net.de
 www.chiron-net.de
 www.chiron-versand.com

Thema: Der effektive Umgang mit Kofferdam
Veranstalter: DENS Akademie
Termin: 27. 03. 2009, 16.00 – 18.00 Uhr
Ort: DENS Akademie, Georg-Wilhelm-Str. 7, 10711 Berlin-Wilmersdorf

Sonstiges: Fortbildungspunkte 2, Anmeldung erbeten
Kursgebühr: 35 EUR
Auskunft: DENS Akademie, Potsdamer Str. 12-13, 14163 Berlin
 Tel.: 030/80 49 65 20
 Fax: 030/80 49 65 21
 www.dens-berlin.com

Thema: Expertensymposium „Implantatprothetik und Vollkeramik“
Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH
Termin: 27. 03. 2009, 13.00 – 19.30 Uhr
Ort: „Rheinterassen“ Köln, Rheinparkweg 1, 50679 Köln
Kursgebühr: 198 EUR + MwSt. pro Person (Frühbucher bis zum 28. 02. 2009 148 EUR + MwSt. pro Person)
Auskunft: Ivoclar Vivadent GmbH, Dr. Adolf-Schneider-Str. 2, 73479 Ellwangen
 Professional Service Team
 Tel.: 07961/889-205
 Fax: 07961/63 26
 www.ivoclarvivadent.de

Thema: Extraorale Kräfte + palatinale/linguale Bogensysteme
Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG
 CDC – Centrum Dental Kommunikation
Termin: 27./28. 03. 2009
Ort: 75228 Ispringen, Pforzheim
Sonstiges: Ref.: Dr. Jürgen P. Bachmann, Karlsruhe, 13 Punkte
Kursgebühr: 599 EUR + MwSt.
Auskunft: Sabine Trautmann, Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG/CDC, Turnstr. 31, 75228 Ispringen
 Tel.: 07231/803-470
 Fax: 07231/803-409
 e-mail: kurse@dentaurum.de
 www.dentaurum.de

Ökofonds

Rendite fürs gute Gewissen

Ökofonds liegen im Trend, Angebot und Nachfrage steigen. Doch Anleger, die ihr Erspartes nach ethischen und ökologischen Kriterien anlegen wollen, müssen erst ihre Hausaufgaben machen. Denn nicht immer hält der Inhalt eines Fonds, was die Verpackung verspricht.



Foto: CC

Jetzt, wo die Gier nach Super-Renditen zum finanziellen Gau führte, besinnen sich Anleger wie auch Fondsmanager auf Nachhaltigkeit bei Investitionen. Die Regel: Nur so viel von der Ressource aufnehmen, wie in dieser Zeit wieder nachwachsen kann.

Die Krise stimmt viele Menschen nachdenklich. Das ständige Schielen nach der Rendite lenkt leicht davon ab, auf welche Weise der eine oder andere Prozentpunkt mehr erzielt wird. Auch das hektische Kontenwechseln, um beim Tagesgeld das attraktivste Angebot zu erhaschen, führt nicht immer zum Erfolg, weil das Kleingedruckte übersehen wird.

Die Krise hat gezeigt, dass reines Gewinnstreben letztendlich zu herben Verlusten führen kann. Allmählich wandelt sich bei vielen Renditejägern diese Einstellung. Die Anleger möchten wissen, was mit ihrem Geld, das sie der Bank, dem Vermögensverwalter oder eben dem Fonds anvertrauen, geschieht. Bei der Planung der Geldanlage rücken Kriterien wie Ökologie, Ethik und langfristiges Denken in den Vordergrund.

Die Anzahl der Fonds, die auf diese Vorgaben reagieren, nimmt ständig zu. Inzwischen haben Anleger allein im deutschsprachigen Raum die Wahl unter mehr als 180 Angeboten. Rund 30 Milliarden Euro haben sie bislang in diese Anlage investiert. Das macht insgesamt kaum zwei Prozent der Gesamtanlagen in Fonds aus. Doch ihr Anteil wächst ständig.

Öko ist nicht gleich Öko

Probleme bereitet aber vielen Wechselwilligen die Wahl des richtigen Fonds. Denn Öko ist nicht gleich Öko, und unter Nachhaltigkeit versteht auch beinahe jeder etwas anderes. Eindeutige Regeln gibt es bislang immer noch nicht, aber verschiedene Ansätze. So kommt es, dass sich auch die Fonds-

manager zwar von ökologischen, sozialen und ethischen Motiven leiten lassen, sie aber unterschiedlich anwenden.

Auch die genaue Bedeutung von „nachhaltig“ ist vielschichtig: Der Begriff ist sozusagen trendy und findet in beinahe allen Bereichen des gesellschaftlichen und ökonomischen Lebens seine Anwendung. Ursprünglich stammt er aus der Forstwirtschaft und besagte, dass Bäume nicht schneller gefällt werden dürfen als andere nachwachsen.

Übertragen auf die gesamte Wirtschaft heißt es, dass die Teilnehmer am wirtschaftlichen Leben sehr sorgsam mit den Ressourcen umgehen sollten. Nachhaltige Fonds beinhalten dementsprechend alle möglichen Werte. Der größte Teil dieses Geldes fließt in Themenfonds. Sie beschäftigen sich zum Beispiel mit Bereichen wie Solarenergie, Wasser oder Windkraft. Die meisten setzen sich aus Technologieaktien zusammen. Andere wiederum schließen Rüstungsproduzenten aus, nehmen aber Autohersteller wie Toyota mit rein.

Der Women's Equity Fund investiert in Unternehmen, die die Gleichberechtigung der Frauen auf ihrem Banner tragen. Andere Fonds wiederum haben sich der Ethik verschrieben und sind religiös oder sozial orientiert. So beschäftigen nachhaltig arbeitende Unternehmen mehr Frauen als andere. Sie haben häufig spezielle Förderprogramme, die Frauen den Zugang zu technischen Berufen und in Führungspositionen ebnet. Voraussetzungen dafür sind eine ordentliche Kinderbetreuung und familienfreundliche

zm-Info

Nützliche Seiten im Netz

- **Forum Nachhaltige Geldanlage:**
<http://www.forum-ng.de>
- **Internet-Zeitschrift für nachhaltiges Investieren:**
<http://www.ecoreporter.de>
- Unter „**Fondssuche**“ den Anlagenschwerpunkt „**Ökologie**“ anklicken:
<http://www.fondsweb.de>

che Arbeitszeiten. Hervorgetan haben sich in diesem Bereich der Autobauer BMW und die Telekom.

Weltweit sozial

Unternehmen, die als nachhaltig gelten, realisieren solche Ziele nicht nur in ihren Herkunftsländern, sondern auch in den Weltregionen, in denen sie tätig sind. Sie zeichnen sich dort nicht nur durch ökonomische und ökologische Qualität aus, sondern auch durch soziales Engagement. Analysten und Fondsgesellschaften, die sich diesem Thema verschrieben haben, sammeln die Angaben mithilfe von Fragenkatalogen. Ermittelt wird unter anderem die Zufriedenheit der Mitarbeiter.



Der Women's Equity Fund zum Beispiel investiert in Unternehmen, die die Gleichberechtigung der Frauen auf ihrem Banner tragen. Hervorgetan hat sich in diesem Bereich unter anderem der Autobauer BMW.

Ein Logo als Indiz

Doch bleibt es für private Anleger weiterhin schwer, an alle diese Indizien zu gelangen und mit unzureichenden Information die richtige nachhaltige Anlage zu wählen. Wie komplex und entsprechend schwierig zu fassen der Bereich der nachhaltigen Geldanlage ist, zeigen die Bemühungen von Eurosif, dem europäischen Dachverband der Investmentforen und anderen Institutionen. Paschen von Flotow, Leiter der Sustainable Business Institute der European Business School in Oestrich-Winkel meint: „Alle Standardisierungsversuche auf der Ebene der Erfassung der sozialen und ökologischen Performance von Unternehmen machen Sinn, auch wenn alle angesichts der Komplexität

So hat BMW sich verpflichtet, in seinen Werken weltweit gültige Vereinbarungen zum Arbeitsrecht zu berücksichtigen. Dazu gehören verschiedene internationale Vereinbarungen zum Beispiel der Global Compact der Vereinten Nationen und die Vereinbarungen der Internationalen Arbeitsorganisation ILO.

Aber auch breiter aufgestellte Nachhaltigkeitsfonds finden ihre Investoren. Das Tempo, mit dem der Markt wächst, erschwert den Interessenten die Wahl.

Ihr Augenmerk richten die Analysten ebenfalls auf Korruption und Diskriminierung. So ist der Walldorfer Software-Produzent förderndes Mitglied bei Transparency International.

der Aufgabe unbefriedigend sind.“ Anleger, die mit ihrem Geld Sinnvolles bewirken wollen, können sich auf den ersten Blick an dem im vergangenen Jahr geschaffenen Transparenz-Logo orientieren. Fonds, die dieses Logo tragen, verpflichten sich, die strengen Leitlinien von Eurosif zu erfüllen. Sie müssen Anleger und Verbraucher ehrlich und korrekt informieren, so dass diese die Praxis und die Politik des jeweiligen Fonds verstehen können. Das Logo wird nur für ein Jahr vergeben. Danach müssen die Gesellschaften ihre Angaben aktualisieren.

Trotz der strengen Auflagen werden interessierte Verbraucher sich auch in Zukunft intensiv mit der Auswahl bei Ökofonds beschäftigen müssen. Eine Harmonisierung

der Kriterien für Nachhaltigkeit ist nicht geplant. Allein am Beispiel Verhütungsmittel scheiden sich die Geister: Die Einen rechnen ihre Produktion als Plus an, weil sie helfen, die Weltbevölkerung zu begrenzen und ihre Armut zu bekämpfen. Aus Sicht der Kirchen aber sind sie tabu und gelten als absolut negativ.

Sechs Punkte für den Check

Wer neu in die nachhaltige Geldanlage einsteigt, dem hilft es schon zu wissen, ob der Fonds in den Klimaschutz investiert oder ethisch orientiert ist. Dazu hat Eurosif eine Checkliste erarbeitet, die eine Eingrenzung erlaubt. Es werden sechs Bereiche überprüft: Personal, Umweltschutz, Kunden und Zulieferer, Menschenrechte, Engagement und Unternehmensführung. Entscheidend aber ist, wie die Fondsgesellschaften diese Kriterien umsetzen. Und daran scheiden sich die Geister wieder.

Es gibt zwei Strategien:

■ Negativauswahl

Hierbei wählen Fondsmanager Aktien nach dem Ausschlussprinzip, also zum Beispiel keine Firmen, die mit Atomkraft arbeiten. Ebenso wenig Firmen, die in Ländern produzieren, in denen es Kinderarbeit gibt und die Menschenrechte missachtet werden.

■ Best in class-Prinzip

Bei dieser Positivauswahl entscheiden sich die Fondsmanager für Aktien von Unternehmen, die bestimmte Kriterien erfüllen. Das heißt, es werden Firmen innerhalb eines bestimmten Sektors miteinander verglichen. Die Firma die am besten abschneidet, findet ihren Platz in dem jeweiligen Fonds. Dabei kann es aber passieren, dass in einem Nachhaltigkeitsfonds Aktien von Öl- oder Autoherstellern auftauchen. Das bedeutet, dass sie nachhaltiger als der Rest ihrer Branche arbeiten, auch wenn das auf den ersten Blick nicht zu erkennen ist. Beispiele dafür liefert der Dow Jones Social Index DJSI. Geegründet von dem Schweizer Reto Ringger, der auch Chef der nachhaltigen Vermögensverwaltung Sustainable Asset Management SAM ist, versammeln sich in diesem Index aus den weltweit 2 500 größten Unterneh-

men diejenigen 313, die in ihren Branchen die besten ökologischen, sozialen und wirtschaftlichen Leistungen bringen. Da reibt sich so mancher ökologische Idealist die Augen, wenn er in den SAM-Fonds Werte wie die Lufthansa findet. Für SAM macht das Sinn, weil die Lufthansa ihre Maschinen besser auslastet als andere Wettbewerber. Ebenso hat Toyota seinen Platz im Index, weil der Autoproduzent mit dem Modell Prius das erste serienmäßig verkaufte Hybrid-Modell auf den Markt gebracht hat. Total fördert neue Energien und produziert sauberen Treibstoff. Ebenso agiert der Konzern vorbildlich, was die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz angeht.

zm-Tipp

Beliebte Öko-Aktien

Laut Finanztest erfreuen sich bei den Managern internationaler Ökofonds diese sieben Aktien größter Beliebtheit:

■ Allianz

Der Versicherungskonzern ist im DJSI gelistet. Die SAM-Analysten loben besonders die Tochter Allianz Climate Solutions. Sie hilft anderen Firmen, sich für die Klimarisiken in ihrem jeweiligen Sektor zu rüsten. Außerdem beachte die Allianz Nachhaltigkeitskriterien bei der Geldanlage.

■ General Electric

Die zweitgrößte Firma der Welt ist einer der größten Erbauer von Kernkraftanlagen. Auf der ökologischen Seite engagiert sie sich bei umweltfreundlichen Technologien. So hat General Electric das bisher schubstärkste und gleichzeitig leiseste Flugzeugtriebwerk gebaut. Außerdem hat die Firma eine Technologie entwickelt, mit der Kohle 97,5 Prozent des Schwefelgehalts entzogen wird, so dass sie sauber verbrennt.

■ Hewlett Packard

Der amerikanische Computer-Hersteller engagiert sich besonders dafür, dass die Entwicklungsländer den Anschluss in der Computertechnik nicht verpassen. Außerdem verarbeitet sie beim Bau der Computer keine umweltschädlichen Stoffe.

Ökonomie mit Ökologie

Dass sich ökologisches Wirtschaften und soziales Engagement bei den Mitarbeitern und in der Gesellschaft für Unternehmen und Anleger auszahlen, beweist die Performance des DJSI. Verglichen mit seinem Start in 1996 hat der Index den Vergleichsindex MSCI World immer übertroffen. Zwar haben auch die Ökofonds in der Krise gelitten, doch liegen sie immer noch gut im Rennen. Fonds, die sich an diesem Index ausrichten sind zum Beispiel SAM Sustainable Leaders. Außerdem gibt es einen Indexfonds von iShares, der den DJSI Euro Stoxx 40 abbildet.

■ Nokia

Der finnische Handy-Produzent zeichnete sich bis vergangenes Jahr dadurch aus, dass er sich vorbildlich um seine Mitarbeiter gekümmert hat. Im Angebot waren flexible Arbeitszeitmodelle oder Heimarbeit. Doch seit der Werkschließung in Bochum steht er bei einigen Ökofonds-Managern unter kritischer Beobachtung.

■ Procter & Gamble

Der Windelproduzent fertigt seine Papiereinlagen jetzt dünner. Außerdem hat das Unternehmen Waschmittelzusätze entwickelt, die weniger Waschpulver bei niedrigeren Temperaturen erlauben. Als Indiz für die Innovationsfähigkeit des Unternehmens werten die Analysten die Entwicklung eines Pulvers, das Schmutzbrühe in Trinkwasser umwandelt.

■ Suncor

Der kanadische Energieversorger beutet Ölsand aus. Die Methode gilt als besonders umweltfreundlich. Außerdem beackert Suncor das größte Maisfeld Kanadas für die Biosprit-Produktion.

■ Vestas

Mit 23 Prozent Marktanteil ist Vestas der führende Produzent von Windkraftanlagen. Die Aktie befindet sich in vielen Ökofonds unter den Top-Werten.



Foto: MEV

Paradox? Auch Triebwerkhersteller finden sich in der Öko-Liste. Als Klassenbester zum Beispiel, weil sie die Belastung aufs Nötigste minimieren.

Aktien der Natur

Wer strengere Regeln für seine Geldanlage fordert, findet sie bei den Werten, die zum Natur-Aktien-Index gehören. Er besteht seit 1997 und hat im Verlauf der Jahre sowohl den Dax als auch den MSCI stets geschlagen. Allerdings hat die Krise auch ihm Dämpfer verpasst. Welche Unternehmen in den NAI aufgenommen werden, entscheidet ein Gremium aus Wissenschaftlern und Vertretern von Umwelt- und Menschenrechtsgruppen. Sie wählen ausschließlich Unternehmen, die weltweit ökologisch, sozial und ethisch korrekt arbeiten. Die Produkte dieser Firmen müssen dauerhaft und grundlegend zur Lösung ökologischer und sozialer Probleme beitragen.

Die Informationen beschafft Imug, eine Researchfirma in Hannover. Firmen, die Gentechnik in der Landwirtschaft einsetzen, Frauen diskriminieren, Kinderarbeit dulden oder die Menschenrechte anderweitig verletzen, haben keine Chance. Bislang haben es nur 30 Unternehmen in den NAI geschafft.

Im Unterschied zum Dax oder MSCI World setzt sich der NAI ausschließlich aus sogenannten Small Caps – also kleineren Unternehmen – zusammen. Ihr Wert hatte sich in der Vergangenheit besonders gut entwickelt. Allerdings sind sie in der Krise noch anfälliger als die großen Dax-Konzerne.

Zu den Fonds, die sich streng nach dem NAI ausrichten, gehört der Green Effects NAI Wertefonds für private Anleger. Auch andere Fonds, die sich an die strengen NAI-Regeln halten, haben in den vergangenen Jahren gut abgeschnitten. Zu ihnen gehört der Ökovicision der Düsseldorfer Versiko AG und der Pioneer Funds – Global Ecology. Beide sind über zehn Jahre alt. Während das Volumen des NAI-Wertefonds mit 60 Millionen eher klein ist, verzeichnen die beiden anderen rund

400 beziehungsweise 350 Millionen Euro. Auch die deutsche Börse setzt auf Öko. Seit knapp zwei Jahren gibt es den ÖkoDax, in dem sich zehn Werte versammeln. Sie konzentrieren sich auf Sonnen-, Wind- und Bioenergie.

Zwar gibt es inzwischen viele Versuche, nachhaltige Geldanlage zu definieren, gelungen ist es bis jetzt noch nicht. Doch in einem Punkt sind sich alle Experten einig. Nachhaltige Geldanlage bedeutet nicht einen Verzicht auf Rendite. Das bestätigt auch eine Studie des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) und der Universität Stuttgart über Portfolios langfristig orientierter Stiftungen. „Bemerkenswert ist allerdings, dass die Performance umso besser wird, je stärker die Nachhaltigkeitskriterien bei der Aktienauswahl und der Portfoliozusammensetzung berücksichtigt werden“, erläutert Mitautor Michael Schröder vom ZEW.

„Anleger werden zum gesunden Menschenverstand zurückfinden. Diese Art, Werte zu schaffen, ist nicht profitorientiert, sondern langfristig angelegt.“

Robert Hassler, Chef von Oekom-Research, Ratingagentur für Nachhaltigkeit, München.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der Studie: Der strenge NAI schneidet besser ab als der umfassendere DJSI. Allerdings blieben auch die nachhaltigen Anlagen nicht von der Krise verschont. Sie büßten ebenfalls einen Teil ihrer Werte ein. Doch Anleger, die sich für diese Geldanlagen entscheiden, sind sowieso eher langfristig orientiert. Sie sitzen die Krise aus. Dieser Meinung ist auch Robert Hassler, Chef von Oekom-Research, Ratingagentur für Nachhaltigkeit in München: „Nachhaltiges Investment wird gestärkt aus der Krise hervorgehen. Denn die Anleger werden zum gesunden Menschenverstand zurückfinden. Diese Art, Werte zu schaffen, ist nicht profitorientiert, sondern langfristig angelegt.“ Mit dieser Einstellung hätte es die Krise vielleicht nicht gegeben. Für Hassler ist eines der heißesten Themen „die Synchronisation von Finanz- und Realwirtschaft“. Wenn das gelingen sollte, würde es wohl das Ende aller Finanzkrisen bedeuten.

Das Augenmerk auf die Gesamtquote

Für alle, die in Zukunft auf Nachhaltigkeit setzen wollen, hält Verbraucherschützer Niels Nauhauser noch Tipps bereit: „Bei Investmentfonds ist immer entscheidend, dass eine gute Entwicklung der Börsen auch

tatsächlich beim Anleger ankommt und nicht durch hohe Managementkosten aufgezehrt wird. Daher ist es sinnvoll, bei der Auswahl eines Nachhaltigkeitsfonds auf die Gesamtkostenquote zu achten. Mehr als zwei Prozent jährlich sollten es nicht sein.“ Außerdem warnt er

davor, große Teile des Vermögens in einen eng gesteckten Fonds, wie Alternative Energien, zu investieren. Kriselt die Branche oder fallen Subventionen weg, hat der Anleger das Nachsehen. Außerdem muss niemand, der ökologisch denkt, sein ganzes Geld in nachhaltige Geldanlagen investieren – ein Teil davon reicht.

Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de

Abschied in Raten

Janine Reichert

Die Praxisabgabe ist ein Projekt, das Zeit und Planung erfordert. Schließlich ist es mit der Suche eines geeigneten Nachfolgers nicht getan. Auf den Niedergelassenen warten eine ganze Reihe Formalia.



Wer seine Praxis an einen Nachfolger übergeben will, hat eine Menge Vorarbeit zu leisten. Dazu gehört auch, sich einen Überblick über laufende Verträge zu verschaffen.

Wann ist der richtige Zeitpunkt, die zahnmedizinische Versorgung der eigenen Patienten anderen zu überlassen? Seitdem keine gesetzliche Altersgrenze mehr existiert und Zahnärzte auch nach Vollendung des 68. Lebensjahres tätig sein können, beantworten Niedergelassene diese Frage vor allem nach individuellen Kriterien. Neben dem eigenen Willen und der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit spielen auch steuerliche und vertragsrechtliche Faktoren sowie eine ausreichende Altersversorgung eine Rolle, so die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. Und es braucht Zeit, diese Details zu klären.

18 Monate Vorlauf

„Wer seine Praxis verkaufen will, sollte mit 18 Monaten Vorlauf oder mehr rechnen“, rät Dr. Hendrik Schlegel, Leiter der Zahnärztlichen Stabsstelle der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. Er unterstützt seit Jahren Niedergelassene, die ihre Praxis in andere Hände geben wollen.

Nicht jede Abgabe gelingt auf Anhieb. „Selbst wenn eine Praxis ein gutes Objekt ist, findet sie nicht unbedingt einen Abnehmer“, betont Schlegel. Seit Jahren sei das Angebot größer als die Nachfrage. Auch deshalb sollten Praxischefs ihren Abschied

aus der Selbstständigkeit sorgfältig planen. Steuerexperten raten sogar, langfristig zu denken und bereits fünf Jahre vor dem geplanten Ausstieg noch einmal in die Praxis zu investieren – soweit die Chancen auf einen Abnehmer gut stehen.

Wie Prof. Dr. jur. Vlado Bicanski in „Das Wirtschaftshandbuch des Zahnarztes“ berichtet, hat es zudem durchaus fiskalische Vorteile, eine Praxis zum Anfang – und nicht zum Ende – eines Jahres abzugeben. Diese und weitere Punkte lassen sich im Gespräch mit einem Steuerberater klären. Er gibt Niedergelassenen Tipps, die in geringem Umfang weiterarbeiten wollen – ob in der ehemals eigenen Praxis oder anderswo. Das ist nach der neuen Gesetzgebung möglich (Vertragsarztänderungsgesetz).

Gut sortiert und informiert

Zu den ersten Schritten für abgabewillige Niedergelassene gehört, sich bei der zuständigen Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über Rahmenbedingungen, Pflichten und Fristen zu informieren (siehe zm-Leserservice). Zudem sind beim Versorgungswerk die zu erwartenden Leistungen abzuklären.

Als Praxischef hat der Zahnarzt zudem eine Vielzahl von Verträgen abgeschlossen: Dazu gehören etwa Personal, Miete, Versicherungen, Leasing, Darlehen, Entsorgung und Wartung. Hinzu kommen unter anderem Heizung, Gas, Wasser, Strom, Telefon und Internet.

„Praxisinhaber sollten diese Verträge rechtzeitig sichten und sie vollständig in einer Mappe oder Dokumentation ablegen“, empfiehlt die Kammer. Hilfreich sei auch eine Übersicht der dazu gehörenden Daueraufträge und Einzugsermächtigungen.

Zu klären sind außerdem Kündigungsfristen und Übergabemöglichkeiten der einzelnen Verträge. Besonders relevant für den Nachfolger ist die Frage, ob er die Praxisräume weiterhin mieten kann. „Die Verlegung einer Praxis kostet richtig Geld“, begründet

Foto: MEV



Gute Planung und professionelle Hilfe erleichtern die Praxisabgabe.

Michael Goblirsch, Sachverständiger für Praxisbewertungen in Münster. Ähnlich wichtig: die Personalsituation. Mitarbeiter bleiben dem neuen Chef grundsätzlich erhalten, sofern sie dem zustimmen. „Der Niedergelassene kann seine Angestellten nicht einfach aus Anlass des Betriebsübergangs kündigen“, bekräftigt Schlegel. Abgeber sollten eine komplette Personalliste – inklusive der Kolleginnen in Mutterschutz/ Erziehungsurlaub sowie derer auf Stundenbasis – zusammenstellen. Nicht nur in Sachen Arbeitsrecht empfehlen Berater, einen Anwalt zu kontaktieren. Schließlich hat jeder Zahnmediziner bei der Praxisübergabe auch berufsrechtliche Vorgaben zu erfüllen und einen Kaufvertrag mit dem Nachfolger zu schließen.

Bereit für Bewerber

Damit es dazu kommt, sollten Praxisinhaber zielgerichtet nach einem geeigneten Kandidaten suchen. Bei der Praxisvermittlung helfen Inserate in Standespublikationen und Praxisbörsen von Zahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung. Zudem gibt es Angebote von kommerziellen Anbietern und Dentaldepots. Über deren Bedingungen sollte sich der Zahnarzt jedoch vorab gründlich informieren, rät Schlegel. Auch das Gespräch mit dem potenziellen Übernehmer braucht Vorbereitung. Unternehmensberater empfehlen, sich in die Lage des Käufers zu versetzen und zu überlegen, was ihn interessieren könnte. Dazu gehören

harte Zahlen ebenso wie Personal- und Patientenstruktur, Praxisausstattung und Standortflair. Zum Ermitteln des Werts der eigenen Praxis stehen verschiedenen Verfahren zur Auswahl (siehe dazu „Zahlenspiel mit Köpfchen“ auf den folgenden Seiten). Bevor ein Praxisinhaber Niederlassungswillige durch seine Räume führt, steht für ihn zudem eine weitere Entscheidung an, wie Schlegel betont: Sollen Perserteppich, Designerlampe, Gemälde, historisches Mikroskop oder Fachbücher ebenfalls den Besitzer wechseln? Falls nicht, bewahrt eine Aufstellung der Verkaufsgegenstände Käufer und Verkäufer vor Enttäuschungen. Alles andere Inventar gehört in den Kaufvertrag. Bei allen Medizingeräten und -produkten sollte der Zahnarzt im Vorfeld überprüfen, ob sie ordnungsgemäß kontrolliert und abgenommen sind. Damit die Übergabe reibungslos klappt, dürfen laut Kammer auch die entsprechenden behördlichen Genehmigungen zu Betrieb und Gebrauchsanweisungen nicht fehlen.

Wenn der Neue kommt

Ist der Nachfolger gefunden, werden nicht nur Verträge geschlossen, übertragen oder



Den potenziellen Käufer im Blick: Welche Praxisdetails interessieren ihn?

zm-Info

Überblick behalten

Die Praxisabgabe erfordert Zeit und Planungsgeschick. Eine persönliche Checkliste hilft, den Überblick zu behalten.

- Kassenzahnärztliche Vereinigung
- Zahnärztekammer
- Versorgungswerk
- Steuerberater
- Rechtsanwalt
- Banken
- Versicherungen
- Vermieter
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Amt für Arbeitsschutz (Röntgen)
- Bundesgesundheitsamt (Rezeptformulare)
- Finanzamt
- Telefongesellschaft
- Internetanbieter
- Stromlieferant
- Wartungsfirmen
- Apotheke
- _____
- _____

gekündigt. Während sich der Neue um eine Aufnahme ins Zahnarztregister bei der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung kümmert, steht für den Praxisabgeber die Verzichtserklärung an.

Zudem setzt er die Zahnärztekammer, das Versorgungswerk und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege über seine Praxisaufgabe in Kenntnis. Auch Finanzamt, Geschäftspartner, Lieferanten, Angestellte und natürlich die Patienten wollen informiert werden, dass der bisherige dem neuen Chef die Schlüssel übergibt.

zm Leser service

Mehr Informationen 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.

Zahlenspiel mit Köpfchen

Sigrid Olbertz

Was ist meine Praxis wert? Das fragen sich nicht nur Niedergelassene, die einen Nachfolger oder Partner suchen. Einen Anhaltspunkt liefern verschiedene Bewertungsverfahren. Jede Methode hat Vor- und Nachteile.

Ebenso vielfältig wie die Anlässe für eine Praxisbewertung sind die Herangehensweisen. Schätzer verwenden häufig Substanzwertverfahren sowie das Ärztekammer- und das Ertragswertverfahren. Welche Bewertungsgrundlage sich letztlich für die eigene Praxis am besten eignet, hängt von verschiedenen Faktoren ab.

Mehr als harte Zahlen

Wegen ihrer einfachen Handhabung sind Substanzwertverfahren bei Zahnärzten sehr beliebt. Zudem akzeptiert sie die deutsche Rechtsprechung. Ihr Ansatz ist rein vergangenheitsorientiert und bezieht sich auf einen Stichtag.

Es existieren zwei bekannte Varianten: die Umsatz- und die Gewinnmethode. Beide bestimmen den „Substanzwert“. Dieser besteht aus einer materiellen und einer immateriellen Komponente.

A) Materiell

Relativ einfach zu bestimmen ist der materielle Wert einer Praxis. Hierzu gehören:

- Praxiseinrichtung (Mobiliar)
- medizinisch-technischen Geräte
- EDV-Anlage mit Software
- bautechnische Ausstattung (Einbauten und Installationen)
- nicht verbrauchte Materialien (Vorräte).

Die Höhe setzt der Zahnarzt für jedes Wirtschaftsgut einzeln fest. Relevant: der Zeitwert – der Preis, der unter marktüblichen Bedingungen für ein gebrauchtes Gut zu erzielen wäre. Alter, Zustand und wirtschaftliche Nutzungsfähigkeit spielen somit eine Rolle.

Nicht gemeint ist der so genannte Rest-AfA-Wert. Dieser zeigt an, wie weit ein Niedergelassener Geräte und Möbel bereits steuerlich abgeschrieben hat. Die Anschaffungskosten werden dabei auf die Jahre der Nutzung verteilt. Ein Gerät, das laut Inventarverzeichnis



komplett abgeschrieben ist, hat aber häufig noch einen Zeitwert. Andererseits zählt nicht alles, was noch nicht abgeschrieben ist, für den Nachfolger. Hat der bisherige Praxisinhaber etwa eine auf ihn zugeschnittene Broschüre entwickelt, nützt diese dem Käufer meist nichts mehr.

B) Immateriell

Als zweite Größe berechnet der Praxisinhaber bei diesen Verfahren den immateriellen Wert, auch „Goodwill“ genannt. Dieser stellt häufig den höchsten Posten dar. Er umfasst alle organisatorischen und personellen Beziehungen innerhalb des Teams und der Praxis zu ihren Patienten. Dieser Wert ist weitaus schwieriger zu bestimmen als der materielle: Ein nicht zu unterschätzender Anteil beruht auf dem Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patienten – und lässt sich nicht automatisch auf den Neuen übertragen.

Zudem setzt sich der Goodwill aus verschiedenen Bestandteilen zusammen, die sehr schwierig einzeln zu bewerten sind. Deshalb werden bestimmte Zahlen aus der Bilanz beziehungsweise der Einnahmenüberschussrechnung als Berechnungsgrundlage genommen. Daraus ergeben sich dann die beiden wesentlichen Verfahren, die Umsatz- und die Gewinnmethode.

Umsatz oder Gewinn – die Kernfrage

Der Umsatzmethode liegt der durchschnittliche Umsatz der letzten drei bis fünf Jahre zugrunde. Von diesem werden 25 Prozent angenommen (Beispiel 1). Dabei zählt der Bruttojahresumsatz – inklusive Labor. Jedoch muss der Schätzer diesen um ungewöhnliche und persönliche Umstände korrigieren. Notwendig ist dies, wenn ein Niedergelassener zum Beispiel Leistungen erbringt, die sein Nachfolger nicht oder nur sehr schwer wei-



Fotos: MEV/Ingram

Wer den Wert seiner Praxis bestimmen will, kann zwischen mehreren Verfahren wählen.



Die Umsatzmethode

Beispiel:

Jahresumsatz 2005	400 000 Euro
Jahresumsatz 2006	350 000 Euro
Jahresumsatz 2007	300 000 Euro
Gesamtumsatz	1 050 000 Euro
Durchschnittsumsatz	350 000 Euro
25 Prozent vom Durchschnitt	87 500 Euro

terführen kann. Hierzu gehören Einkünfte aus einer Gutachter Tätigkeit, Zinsbelastungen und Arbeitsverträge. Im nächsten Schritt kommen individuelle Praxisbesonderheiten als werterhöhende beziehungsweise -mindernde Faktoren hinzu. Gerade diese beeinflussen den ermittelten Goodwill durch entsprechende Zu- beziehungsweise Abschläge. Dabei ist jedoch eine genaue Analyse der Praxis und ihres aktuellen Leistungsspektrums notwendig. Diese zeigt Stärken und Schwächen sowie nicht ausgeschöpftes Potenzial. Mögliche Faktoren sind:

- Leistungsspektrum, Spezialisierungen, Monopolstellungen
- spezielle zahnmedizinische Qualifikationen
- optischer Eindruck, Alter, Lage, Erreichbarkeit, Parkmöglichkeiten
- Ruf
- Zahnarzt dichte im Einzugsbereich
- Umsatz, Kosten, Gewinn
- Patientenstruktur, Anteil von Kassen- und Privatpatienten, Alter, spezielle Zielgruppen
- Sprechstunden- und Arbeitszeiten
- Personalsituation, Qualifikationen, Vergütungen, Arbeitszeiten, Einsatzgebiete, Erziehungsurlaub
- Mietvertrag, Mietzins mit Nebenkosten, Restlaufzeit
- Praxisorganisation, Qualitätsmanagement, Rationalisierung der Arbeitsabläufe,
- nicht genutztes Potenzial.

Diese Punkte spielen auch bei der Gewinnmethode eine Rolle. Der Schätzer setzt bei diesem Substanzwertverfahren jedoch für den immateriellen Praxiswert beispielsweise 50 Prozent des ermittelten durchschnittlichen Gewinns an. Anschließend berücksichtigt er, inwieweit die einzelnen Faktoren den Wert mindern oder erhöhen.



Foto: MEV

Bei der Praxisbewertung zählt nicht nur das Jetzt und Heute.

Akzeptiert und kritisiert

Kritiker bemängeln bei den genannten Substanzwertverfahren, dass beiden willkürliche Prozentsätze zugrunde liegen. Sie vermissen ersichtliche Gründe, warum gerade 25 Prozent vom Gesamtumsatz beziehungsweise 50 Prozent vom Gewinn die richtigen und maßgeblichen Größen darstellen sollen. Doch letztlich haben sich die Erfahrungswerte über Jahrzehnte bewährt; Zahnärzte und Rechtsprechung akzeptieren sie. Als problematisch schätzen einige Experten dabei auch ein, dass die meisten Zahnärzte ihren Praxisumsatz und -gewinn mit der Einnahmen-Überschuss-Rechnung ermitteln und so Umsätze und Kosten zeitlich verlagern können. Dies verändert das wirtschaftliche Erscheinungsbild der Praxis.

Um dieses Problem zu vermeiden, sollten Niedergelassene die Zahlen entsprechend korrigieren und einen ausreichend langen Betrachtungszeitraum wählen. Eine Zeitspanne von möglichst fünf Jahren gewährleistet zudem einen realistischeren Kaufpreis.

Er vermeidet, dass der verkaufende Zahnarzt das Leistungspotenzial der Praxis in den Jahren vor dem Verkauf extrem ausgeschöpft hat und der Käufer nur noch die weniger lukrativen zahnärztlichen Erhaltungsmaßnahmen erbringen kann.

Der häufigste Kritikpunkt ist jedoch, dass die Substanzwertermittlung rein vergangenheitsbezogen ist. Den Käufer interessiert jedoch, ob sich seine Investition in der Zukunft lohnt. Deshalb sollte auch das Potenzial der Praxis aufgezeigt werden.

zm-Info

Die Ärztekammermethode

Von dem für die Praxis ermittelten durchschnittlichen Jahresumsatz ist ein kalkulatorischer Arztlohn für den Praxisinhaber (Jahresgehalt eines Oberarztes nach 1 b BAT, brutto, verheiratet, zwei Kinder, Endstufe, ohne Mehrarbeitsvergütung) in variabler Höhe, gemessen an nachfolgenden Umsatzgrößen, abzusetzen:

- Bei einer Umsatzgröße ab 50 000 DM (25 564,59 Euro) 25 Prozent des einzusetzenden BAT-Gehaltes,

- Bei einer Umsatzgröße ab 100 000 DM (51 129,19 Euro) 50 Prozent des einzusetzenden BAT-Gehaltes,

- Bei einer Umsatzgröße ab 200 000 DM (102 258,38 Euro) 75 Prozent des einzusetzenden BAT-Gehaltes,

- Bei einer Umsatzgröße ab 300 000 DM (153 387,46 Euro) 100 Prozent des einzusetzenden BAT-Gehaltes.

Ein Ansatz entfällt bei einer Umsatzgröße unter 50 000 DM (25 564,59 Euro).

Wer ein Zukunftsprocedere darstellen will, sollte beachten, dass Hochrechnungen von Umsatz und Gewinn in einem erheblichen Maße spekulativ sind. Ändert sich einer der zugrunde liegenden Faktoren, stimmt die ganze Rechnung nicht mehr. Bei einer Praxisübernahme ändert sich aber der wichtigste Faktor – der Behandler. Unsicher sind des Weiteren die künftige Konkurrenzsituation am Standort, die Sozialgesetzgebung und die allgemeine Wirtschaftslage.

Rechnung mit Arztlohn

Verbreitet ist außerdem die Ärztekammermethode. Sie basiert auf einer Richtlinie der Bundesärztekammer (BÄK) zur Bewertung von Arztpraxen aus dem Jahre 1987, die die BÄK nie offiziell verabschiedete. Sie basiert auf der Umsatzmethode, hinzu kommt ein „kalkulatorischer Arztlohn“ (siehe zmlInfo-Kasten).

Das Verfahren ist umstritten: Grundsätzlich hat die BÄK dieses für Arztpraxen konzipiert. Auf Zahnärzte ist es nur bedingt übertragbar. Selbst bei vielen ärztlichen Fachgruppen führt diese Methode zu unrealistischen Ergebnissen.

Zudem hinterfragen Kritiker, ob überhaupt ein kalkulatorischer Arztlohn als Bewertungsfaktor anzusetzen ist. Denn dieser zählt zum Einkommen, der Praxiswert jedoch zur Vermögenssphäre. Wenn überhaupt, ist dieser Denkansatz nur in solchen Fällen interessant, in denen alles beim Alten bleiben soll. In diesem Fall wechselt weder der Chef, noch Partner oder Kollegen aus dem Team. Auch die Leistungsbereiche bleiben bestehen.

Schätzen Zahnärzte den Wert etwa aus Anlass einer Scheidung, wollen sie ihre Praxis häufig unverändert weiterführen.

Auch die Höhe dieses Lohnes steht in der Kritik. Die Methode sieht das Jahresgehalt eines Oberarztes ohne Mehrarbeitsvergütung vor. Doch die Arbeit eines niedergelassenen Zahnarztes zeichnet sich gerade dadurch aus, dass er zusätzlich zu den Behandlungszeiten mit Verwaltungsarbeiten, Fortbildungen und Ähnlichem belastet wird. Als selbständiger Freiberufler braucht er zudem ein Polster für Zeiten, in denen er

wegen Urlaub oder Erkrankung ausfällt. Die Ärztekammermethode berücksichtigt diese Mehrarbeit und deren Vergütung nicht.

„ Im Zweifelsfall ist der Praxiswert nichts anderes als das, was ein Praxiskäufer bereit ist zu bezahlen. „

Wert der Zukunft

Der Ertragswert einer Praxis richtet sich an dem zukünftig erzielbaren Gewinn aus. Als Grundlage dieses Berechnungsverfahrens dient die Gewinnsituation in der Vergangenheit. Zugrunde liegt der Gedanke, dass der abgebende Zahnarzt auf die zukünftigen

gerecht und führen zu unrealistischen Zahlen. Um diesem Problem zu begegnen, wenden Gutachter häufig das Ertragswertverfahren entsprechend modifiziert an.

Im Gegensatz zu gewerblichen Unternehmen ist eine Zahnarztpraxis stark personen gebunden. Dies wirkt sich auf den gewählten Goodwill-Zeitraum aus. Üblicherweise wählt der Praxisbewerter deshalb einen Abzinsungszeitraum zwischen zwei und fünf Jahren, abhängig von der Angebots- und Patientenstruktur. Je höher der Anteil an Privatpatienten und Privatleistungen ist, desto kürzer veranschlagt er den Goodwill-Zeitraum.



Gute Beziehungen zwischen Team und Patienten sind wertvoll, jedoch schwer in Zahlen zu fassen.

Foto: stockdisc

gen Praxisgewinne verzichtet und dafür vom Nachfolger die zu erwartenden Gewinne erhält. Dabei zählen die Beträge der nahen Zukunft mehr als die der fernen. Um zu berücksichtigen, welchen Wert ein in der Zukunft erwirtschafteter Gewinn zum Bewertungsstichtag hat, werden die künftigen Beträge „abgezinst“ (siehe Formel).

Vor allem Wirtschaftsprüfer diskutierten diese Methode. Deren Verein erstellte im Oktober 2005 seine Grundsätze zur Durchführung von Unternehmensbewertungen. Diese jedoch werden Zahnarztpraxen nicht

Das allgemeine Verfahren ermittelt den gesamten Praxiswert und unterscheidet nicht zwischen materiell und immateriell. Die modifizierte Version hingegen berücksichtigt den auf den Bewertungsstichtag abgezinsten Liquidationswert, den Übernahmewert der Praxiseinrichtung. Zudem zeigt eine Prüfung, inwieweit Ersatzinvestitionen anstehen beziehungsweise nötig sind, um den in der Vergangenheit erzielten Erfolg auch weiter erbringen zu können.

Dieser Investitionsbedarf ist bei neu errichteten Praxen entsprechend geringer als bei

Das Ertragswertverfahren

Formel:

$$E w = \frac{G_1}{q^1} + \frac{G_2}{q^2} + \frac{G_3}{q^3} + \dots + \frac{G_n}{q^n}$$

E w = Ertragswert

G1, G2, G3, ... Gn = zukünftiger Gewinn des entsprechenden Jahres

$$q = 1 + \frac{\text{Kalkulationszinsfuß}}{100}$$

denen, die über mehrere Jahre nichts angeschafft haben und deren Substanz daher überaltert ist. Steht der Bedarf fest, folgt die Berechnung von kalkulatorischen Abschreibungen. Diese fließen dann in die Erfolgsprognose ein.

Ein kalkulatorischer (Zahn-)Arztlohn wird zudem vom Praxisgewinn abgezogen. Über dessen Höhe gibt es jedoch keine verbindlichen Angaben. Häufig setzen Gutachter deshalb ein Betrag an, den ein Inhaber für

einen entsprechend qualifizierten Entlastungsassistenten bei vergleichbarer Tätigkeit zahlen müsste.

Um den Ansatz auf Zahnmediziner anwendbar zu machen, fließen häufig noch weitere Aspekte in das modifizierte Verfahren ein. Dazu gehören etwa das Leistungsspektrum der Praxis, die Preisgestaltung und der Aspekt der persönlichen Leistungserbringung.

Experten bemängeln auch, dass das Ertragswertverfahren auf in der Vergangenheit erzielten Gewinnen beruht. Zwar prognostiziert das Verfahren auch Umsätze, Kosten und Gewinne in der Zukunft, jedoch finden sich hierfür keine objektiv richtigen Ansätze. Gleiches gilt für den Goodwill-Zeitraum sowie die Kalkulationen für den Zinssatz, den Lohn und die Abschreibungen.

Komponenten für den Kaufpreis

Letztlich entscheidet der Niedergelassene, welche Bewertungsverfahren er bei seiner Praxis anwendet. Hilfestellung bieten Seminare, Materialien und Beratungsgespräche bei den Kammern und anderen (zum Teil kostenpflichtigen) Anbietern.

Auch übernehmen Sachverständige die Aufgabe, die für die entsprechende Praxis und den Anlass angemessene Methode zu finden. Bei der Entscheidung für oder gegen ein professionelles Gutachten sollte der Zahnarzt die Vor- und Nachteile abwägen.

Wer seine Praxis verkaufen will, sollte grundsätzlich Folgendes bedenken: Da eine allgemeingültige Bewertungsmethode nicht existiert, gibt es auch nicht „den“ Kaufpreis. Im Zweifelsfall ist der Praxiswert nichts anderes als das, was ein Käufer bereit ist zu bezahlen.



Foto: CC

Dr. Sigrid Olbertz, MBA
Zahnärztin
Mittelstr. 11a
45549 Sprockhövel-Haßlinghausen

Alter, Zustand und wirtschaftliche Nutzungsfähigkeit bestimmen den Wert einer Behandlungseinheit.

Außergewöhnliche Belastung**Zahnersatz zählt dazu**

Die Kosten für fest implantierten Zahnersatz müssen Finanzämter als außergewöhnliche Belastung anerkennen. Das entschied das Finanzgericht Berlin-Brandenburg.



Foto: proDente

Implantate gehören mittlerweile zum medizinischen Standard, entschieden die Finanzrichter in Berlin. Versicherte müssten daher nicht zu den günstigsten Methoden greifen, um eine steuer-

liche Anerkennung als „außergewöhnliche Belastung“ zu erreichen, berichteten die „Stuttgarter Nachrichten“. Ein teurerer Zahnersatz erleichtere den Alltag und verbessere die Artikulationsfähigkeit, so dass er auch aus medizinischer Sicht notwendig sein kann, so die Argumentation der Juristen. pit/pm

Finanzgericht Berlin-Brandenburg
Oktober 2008
Az.: 2 K 5507/04

„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.

AU im Ausland**Zeitnah nachzuweisen**

Ein Arbeitnehmer, der während eines Urlaubs in Europa krank wird und seine Arbeitsunfähigkeit nicht rechtzeitig meldet, hat keinen Anspruch auf Krankengeld. Das hat das Hessische Landessozialgericht (LSG) in Darmstadt in einem jetzt veröffentlichten Urteil entschieden.

Die Richter gaben einer Krankenkasse Recht, die einem Versicherten die Zahlung verweigert hatte, weil dieser seinen Anspruch zu spät geltend gemacht hatte. Der betroffene Versicherte, ein gebürtiger Spanier, war im Okto-

ber 2001 während eines Urlaub in seiner Heimat krank geworden und bekam von einem Arzt während der folgenden 17 Monate Arbeitsunfähigkeit attestiert. Als der heute 60-jährige im April 2003 nach Frankfurt zurückkehr-



Foto: MEY

Haftstrafe für betrügerischen Arzt**Vor einem Scherbenhaufen**

Wegen Abrechnungsbetrugs in großem Umfang muss ein ehemaliger Frankfurter Arzt für drei Jahre ins Gefängnis. Der 65-Jährige habe sich zwischen 2000 und 2004 durch betrügerische Abrechnungen und Urkundenfälschung rund 330 000 Euro ergaunert, urteilte das Frankfurter Landgericht im Dezember 2008.

Der ehemalige Allgemeinmediziner hatte ein umfassendes Geständnis abgelegt. Demnach fälschte der 65-Jährige in mehr als 1 000 Fällen Rezepte, versah sie mit gefälschten Apothekenstempeln und reichte sie bei der Krankenkasse ein. Darüber hinaus schrieb er sich mehrfach selbst unter Verwendung des Briefkopfes eines Kollegen krank und kassierte üppige Leistungsgelder für Verdienstaustausch, während er in seiner Praxis weiter Patienten behandelte.

Als Grund für den Betrug im großen Stil gab der Mediziner erhebliche familiäre Probleme an: „Ich wollte meiner Familie viel bieten, meiner Frau war es nie genug“, zitierte das Deutsche Ärzteblatt. Heute steht der Rentner nach eigener Einschätzung „vor einem Scherbenhaufen“. Die Ehe sei geschieden, die Praxis insolvent und der Schuldenberg für ihn selbst nicht zu überschauen. pit/pm

LG Frankfurt
2. Dezember 2008



Foto: CC

te, lehnte seine gesetzliche Krankenversicherung den Antrag auf 72 000 Euro Krankengeld ab, weil er seine Arbeitsunfähigkeit erst nach seiner Rückkehr mitgeteilt hatte.

Zudem sei die Dauer medizinisch nicht nachvollziehbar. Der Mann

hätte das ärztliche Attest nach Auffassung der Richter spätestens drei Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beim spanischen Träger der Krankenversicherung, dem Gesundheitsamt, vorlegen müssen. Diese Stelle informiert nach einer Kontrolluntersuchung die deutsche Krankenkasse, die dann einen Arzt ihrer Wahl einschalten kann. pit/dpa

LSG Hessen
veröffentlicht am 15. Januar 2009
Az.: L 8 KR 169/06

OLG Frankfurt zur Aufklärungspflicht

Nur für echte Alternativen

Ein Arzt muss einen Patienten vor der Operation nur über „echte Behandlungsalternativen“ aufklären. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt.

Der Patient habe nur dann tatsächlich eine Wahlmöglichkeit, wenn eine alternative Methode zumindest gewisse Erfolgsaussichten mit sich bringe. Das Gericht wies mit seinem in der Fachzeitschrift „OLG- Report“ veröffentlichten Urteil die Schadensersatz- und Schmerzensgeldklage eines minderjährigen Patienten ab.

Der damals sechsjährige Junge musste sich einer Mandeloperation unterziehen, in deren Folge

sein Hirn geschädigt wurde. Behandlungsfehler konnten dem Arzt nicht nachgewiesen werden. Die Eltern machten allerdings auch geltend, der Behandler habe sie nicht über konservative Methoden wie etwa eine medikamentöse Therapie aufgeklärt, sondern immer nur von einer Operation gesprochen.

Das OLG wertete das Vorgehen des Mediziners gleichwohl als rechtmäßig. Gestützt auf das



Foto: goodshoot

Gutachten eines Sachverständigen befanden die Richter, der Arzt habe die Eltern nicht über die Möglichkeit des „Zuwartens“ aufklären müssen. Das Krank-

heitsbild des Jungen habe keine medikamentöse Behandlung ermöglicht.

jr/dpa

*OLG Frankfurt, 2008
Az.: 8 U 267/07*

Computervirus

Ein neuer Wurm im Rechner

Ein Virus, vier Namen. Conficker, Downadup, Downandup und Kido heißt der Wurm, der weltweit PCs mit dem Microsoft-Betriebssystem Windows bedroht. Vorsicht Praxisbesitzer: Der Schadensbringer hat es vor allen Dingen auf Firmen-netzwerke abgesehen.



Foto: MEV

Conficker ist clever: Der Wurm kann seine Struktur verändern. Mit den herkömmlichen Antivirus-Programmen ist es deshalb nicht getan.

Fast zehn Millionen Computer soll der seit November 2008 bekannte Conficker-Wurm bereits befallen haben, meldete die finnische IT-Firma F-Secure Ende Januar. Laut einer kurz darauf veröffentlichten Statistik von PandaLabs, einem kalifornischen Schutzsoftware-Hersteller, ist in sechs Prozent aller Windowsrechner der Wurm drin – das wären 50 Millionen Geräte.

So sehen Horrorszenerien in der Welt der Bits und Bytes aus. Zu den bisherigen Opfern zählt unter anderem die neuseeländische Gesundheitsbehörde. Ganze zwei Wochen brauchte sie, um den Wurm loszuwerden. Obwohl Conficker sich hauptsächlich in Firmennetzwerke schleicht, sollten auch Privatleute wachsam sein: Der PC im Wohnzimmer ist nicht vor Angriffen sicher.

Zurzeit schlummert Conficker nur in den Netzwerken. Noch wurde er von seinen Urhebern nicht aktiviert. Experten vermuten, dass die Programmierer aus Russland oder der Ukraine stammen und Unternehmen mit einem potenziellen Angriff auf ihr IT-Netzwerk erpressen wollen.

Eintritt über die Hintertür

Conficker ist ein cleverer Wurm. Er kann seine Struktur verändern und ist deswegen nur schwer zu stoppen. Conficker-Einbrüche verlaufen in zwei Phasen: Zunächst späht der Wurm Sicherheitslücken in Windows aus und gelangt über eine so genannte Backdoor, ein Hintertürchen, ins System. Im Netzwerk angekommen, versucht der Scha-

zm-Linkliste

Infos und Tipps

- **Microsoft** hat für seine Kunden eine deutschsprachige Infoseite eingerichtet: <http://support.microsoft.com/kb/962007>
- **PandaSecurity** bietet einen Online-Scanner als Download an. Er sucht auf dem PC nach schädlicher Software: www.pandasecurity.com/homeusers/solutions/activescan
- **Windows** bietet auf einer englischsprachigen Seite eine Software zum Entfernen schädlicher Programme an: www.microsoft.com/security/malwareremove/default.msp

densbringer in Phase zwei per Trial und Error das Administrator-Passwort des PCs herauszufinden. Knackt er das, stehen ihm Tür und Tor offen. Vorsicht: Conficker kann sich auch über USB-Sticks oder externe Festplatten im Netzwerk verbreiten. Besonders die für schnellen und bequemen Datentransport beliebten USB-Sticks sind eine Infektionsgefahr für PCs. Vorerst sollte man die Autorun-Funktion der Minidatenträger ausschalten. Das funktioniert temporär, indem man die Umschalt-Taste gedrückt hält, während man einen USB-Stick oder ein anderes Wechsellaufwerk einsteckt. Erst nach erfolgreicher Anmeldung kann wieder losgelassen werden.

Hat der Wurm sich in einem Rechner eingeknistert, kann er nach Lust und Laune gefährliche Programme aus dem Netz herunterladen. Zum Beispiel Spionagesoftware zum Ausschnüffeln lokaler Dateien oder Programme, die Spammails an andere Rechner verschicken. Besonders gefährlich: Das Virus kommuniziert mit seinen Urhebern. Diese besitzen also theoretisch die Möglichkeit, den PC fernzusteuern.

Über Conficker können Botnetze aufgebaut und gesteuert werden. Bots sind ursprünglich Programme, die von Suchmaschinen als Suchmodule eingesetzt werden und das Internet nach neuen und aktualisierten Webseiten durchforsten. Bots können aber auch Kontrollaufgaben ausführen und von Au-

zm-Info

Alles Quatsch

Die Fachzeitschrift „Computerbild“ hat die Warnungen von PandaSecurity und den finnischen IT-Schützern von der Firma AV-Test, dem größten unabhängigen Viren-Testcenter in Europa, überprüfen lassen. Das Resultat: Die Horrormeldungen seien nicht berechtigt. Conficker hat laut Magazin nur etwa 500 000 Computer befallen. ■

auf dem neuesten Stand halten“. Der Rechner wird dann – falls nötig – upgedatet. Aktuelle Antivirenprogramme können den Wurm inzwischen erkennen und bieten guten Schutz. Ist der Wurm schon vorher auf dem Rechner gelandet, können diese Programme verhindern, dass Conficker mit seinen Urhebern in Kontakt tritt. Es empfiehlt sich, seinen PC einem Scan zu unterziehen, der in allen Dateien nach Malware sucht. Das kann einige Stunden dauern, verschafft aber Gewissheit.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net



Der neue Virus hat sich auf Firmennetzwerke spezialisiert. Auch die Zahnarztpraxis ist gefährdet.

benutzenden benutzt werden, um in fremde Rechner einzudringen. Werden mehrere infizierte Rechner zu einem Botnetz zusammengeschlossen, können sie großen Schaden anrichten.

Auf befallenen Computern setzt der Wurm zunächst alles daran, die Sicherheitsvorkehrungen auszuschalten. Dazu gehören die automatische Update-Funktion von Win-

dows, der Windows Defender und der Fehler-Benachrichtigungsdienst. Außerdem versucht Conficker, den Zugriff auf die Internetseiten von Anbietern von Antivirensoftware zu blockieren. Man kann die Update-Funktion auch manuell einleiten: Einfach auf dem Desktop auf das Start-Symbol klicken, dann auf „Hilfe und Support“ und weiter auf „Den Computer mit Windows Update

Ludwig Heinrich Hollaender

Mutiger Kämpfer für die Zahnheilkunde

Ludwig Heinrich Hollaender (1833–1897) gehört zu den Pionieren der Zahnheilkunde in Deutschland; er legte den Grundstein für eine der ältesten Universitätszahnkliniken des Landes in Halle an der Saale. Ein Ziel seiner Arbeit war die Gleichwertigkeit der Zahnmedizin gegenüber den anderen medizinischen Disziplinen zu erreichen.

1873 hielt Ludwig Heinrich Hollaender im Rahmen seiner Antrittsvorlesung in Halle eine Rede, die er mit den Worten begann: „Hodie etiam ars dentistica semper a medicina et chirurgia neglegitur.“ Die Geringschätzung der Zahnheilkunde zu beseitigen war eines der Hauptziele seiner Arbeit. Seine Worte zeigen, wie modern aus heutiger Sicht der Wissenschaftler in seinem Denken war.

Hollaender sprach in seiner Rede weiter: „Die Kraft, die Anstellung, die der Zahnarzt nötig hat, und das Vertrauen mit der Technik, deren er bedarf, haben vielleicht eine Trennung der Zahnärzte und Ärzte hervorgerufen und auch bis in die neueste Zeit glaubten, ja glauben jetzt sogar noch viele Ärzte und Laien, daß die Erziehung in der zahntechnischen Kunst das Höchste und einzige Erfordernis eines Zahnarztes sei. Die zahnärztliche Kunst selbst, die Kenntnis über Pathologie und Therapie der Zahnkrankheiten, die Erkenntnis, wie weit die gesunden und nützlichen Zähne sich auf die Gesundheit des ganzen Körpers erstrecken, die Lehre über die Beziehungen, die zwischen zahnärztlicher Kunst einerseits und Medizin und Chirurgie andererseits bestehen, schien bisher von geringerer Bedeutung zu sein. Aber kein Gedanke könnte törichter sein, als die Krankheitsursache der Glieder und Organe, von denen die Ernährung des ganzen Körpers geschieht oder geschehen konnte, von der übrigen Körperverfassung zu trennen und für läppisch zu halten und diese nur einer bestimmten Kunst zuzuerteilen“ [aus dem lateinischen Original; Ferdinand Besche, Das Leben und Wirken des Hallenser Professors der Zahnheilkunde Ludwig Heinrich Holländer, Dissertation Düsseldorf 1937].



Ludwig Heinrich Hollaender

Quelle: Kieferorthopädische Klinik Halle

Prominente Wurzeln

Hollaender wurde am 4. Februar 1833 im oberschlesischen Leobschütz geboren. Sein Vater war der Königliche Kommerzienrat und Wollwarenfabrikant Benjamin Hollaender (1809–1884), der ursprünglich Benjamin Rachel hieß und wie seine Frau jüdischen Glaubens war. Im Jahre 1837 wurde Benjamin Rachel offiziell vom preußischen Staat die Erlaubnis erteilt, sich Hollaender zu nennen. Die Mutter Helene (1812–1876) war eine geborene Bruck, die neben Ludwig Heinrich noch sieben weiteren Kindern – fünf Mädchen und zwei Söhnen – das Leben schenkte. Zu den Nachfahren des Bruders von Benjamin Hollaender, Siegmund, gehören auch der weltberühmte Komponist Friedrich Hollaender („Ich bin von Kopf bis Fuß auf Liebe eingestellt“ aus der „Blaue Engel“ mit Marlene Dietrich) und sein Vater, der Operettenkomponist Victor Hollaender und der Schriftsteller Felix Hollaender.

Ludwig Heinrich Hollaender besuchte ab 1851 das Gymnasium in Leobschütz. Danach ging er zum Studium der Medizin nach Breslau, Würzburg und Berlin. Mit der Inauguraldissertation „De corneae et scleroticae conjunctione“ promovierte er 1856 und im darauf folgenden Jahr legte Hollaender sein Staatsexamen ab. Ludwig Heinrich war Bundesbruder in der Burschenschaft „Breslauer Ratzeks“, wo er den Anatom und Pathologen Leopold von Auerbach (1828–1897) kennen lernte. Im Haus von Auerbach und seiner Frau Arabella traf Hollaender Bertha Hess. Nach einem „turbulenten“ Einstand in der Familie Hess – man musste sich erst an den neuen Schwiegersohn gewöhnen – wurde die Hochzeit zwischen Ludwig Heinrich und der etwas jüngeren Bertha Hess für den Frühsommer 1857 geplant. Bertha Hess war die Tochter des Großherzoglichen Landrabbiners Dr. Mendel Hess und seiner Frau Henriette. Die Hochzeit fand in Eisenach statt.

Auswanderung nach Südafrika

Plan des Brautpaares war es, direkt nach der Hochzeit über London in die britische Kolonie Südafrika auszuwandern. Ziel war die Stadt Burghersdrop am Ostkap, die 1847 gegründet worden war. Die Stadt war bereits Auswanderungspunkt einer Reihe von Kaufleuten und Medizinern geworden, die dort ihr Glück versuchten. Darunter war auch die mit Bertha Hess verwandte Familie Mosenthal, die dem jungen Paar den Weg ins ferne Südafrika wies.

Zwischen Brautvater und Bräutigam war vor der Abreise ein Streit entbrannt, ob nun das teure Dampfschiff oder das kostengünstigere Segelschiff genommen werden sollte. Es blieb schließlich beim Segelschiff und die Hollaenders segelten ganze drei Monate bis Kapstadt. Dann folgte ein mühsamer Weg mit Ochsenkarren auf der über 700 km langen Strecke von Kapstadt durch die Wildnis bis nach Burghersdrop. Dort lies sich Lud-



Südafrika in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Kapstadt und Burghersdorp sind rot unterstrichen. Quelle: Weltatlas, Bibliographisches Institut Hildburghausen

len ihn für die Zahnmedizin interessiert haben. Im Preußisch-Österreichischen Krieg von 1866 war Ludwig Heinrich Hollaender Chefarzt im Johanniter-Reserve-Lazarett im sächsischen Zittau, wo er für die verwundeten Österreicher zuständig war. Als Dank erhielt er von den Österreichern das Ritterkreuz des k. und k. Franz-Josef-Ordens. Auch am Krieg gegen das französische Kaiserreich 1870/71 nahm er teil.

Im Februar 1873 habilitierte sich Hollaender an der Universität zu Halle im Fach Chirurgie und hielt seine Antrittsvorlesung zu dem Thema: „De dentium ex ordine rodentium structura penitiori“. Im Jahre 1878 erhielt der Mediziner den Professorentitel.

Kampf um die Etablierung

Sein steter Kampf für die Etablierung des Faches Zahnheilkunde an der Universität Halle war nicht direkt von Erfolg gekrönt. Die zuständigen Behörden des Preußischen Staates hatten zunächst Bedenken. Zudem hatte Hollaender das Universitätskuratorium gegen sich, dessen Mitglieder die zukunftsweisenden Ideen Hollaenders nicht begreifen wollten. Im Jahre 1880 erstellte er ein Studienprogramm für die Zahnmedizin, das den Studierenden eine gründliche Ausbildung

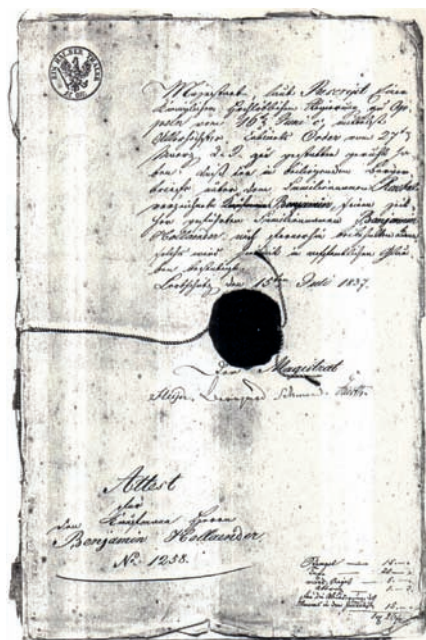
wig Heinrich Hollaender als praktischer Arzt nieder.

In einem Beitrag der Zeitschrift Globus beschrieb er sehr anschaulich sein Ärztedasein im südlichen Afrika: „Nachdem sämtliche Flaschen der Hausapotheke verbraucht ... und wenn auch bereits Dachshorn nichts geholfen hat und alle die verschiedenen Umschläge von frisch gelegtem, noch warmem Kuhmist nicht gelindert haben, ... dann erst wird der Arzt aus dem nächsten Dorf geholt.“ Während des achtjährigen Aufenthaltes in Afrika wurden die drei Söhne von Ludwig Heinrich und Bertha Hollaen-

der, Ludwig, Georg und Eugen, geboren. Die Tochter Johanna kam erst nach der Rückkehr in Deutschland zur Welt.

Die Rückreise erfolgte wohl nicht ganz freiwillig. Hollaender soll wegen seiner Sympathie für die Buren in Südafrika von den Briten ausgewiesen worden sein.

Nach der Rückkehr 1865 praktizierte Hollaender in Berlin und wandte sich der Zahnheilkunde zu, die er in Berlin und London erlernte. Der Pathologe Friedrich Theodor von Frerichs (1819–1885) und der spätere Prof. für Zahnheilkunde Heinrich Wilhelm Eduard Albrecht (1823–1883) sol-



Quelle: Michael Hollaender

Offizielle Erlaubnis für Benjamin Rachel, den Vater Ludwig Heinrich Hollaenders, sich Hollaender zu nennen.

ermöglichen sollte. Im November 1883 konnte er den ersten Erfolg erzielen, indem er für die eigene „Zahnärztliche Klinik“ Räume im Erdgeschoss der sogenannten alten Residenz in Halle bekam. Die Ausstattung war zunächst sehr bescheiden und der Jahresetat belief sich auf ganze 150 Mark. Eine besoldete Professur bekam Hollaender aber bis zum Ende seiner Medizinerkarriere nicht. Die Klinik blieb praktisch Privatinstitut. Durch Hörgeld von Studierenden und durch seine Arbeit als Mediziner verdiente er sein Geld.

Die Raumnot des Instituts blieb auch in den folgenden Jahren bestehen, bis 1893 das Oberbergamtsgebäude am Domplatz in Halle bezogen werden konnte.

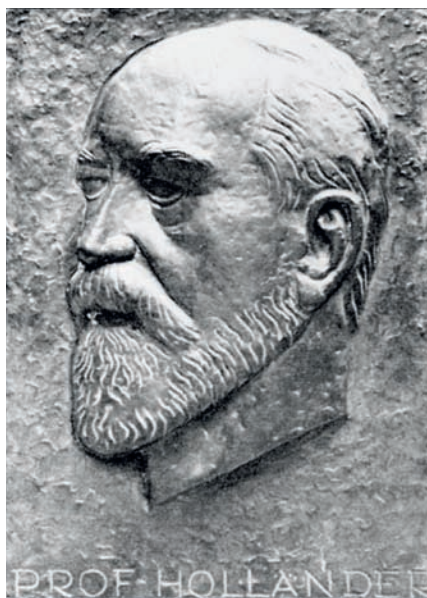
Die Studenten wurden von Hollaender und einem Privatassistenten in den wichtigen Bereichen der Zahnheilkunde, wie dem korrekten Füllen der Zähne und der Zahnextraktion, unterrichtet. Sein Stil soll sehr einprägsam und bisweilen sogar fesselnd gewesen sein. Die Vorlesungen waren didaktisch gut strukturiert. Hollaender gebrauchte eine klare und teilweise drastische Sprache, mit der er bei seiner Umgebung auch aneckte. Sogar von Beschwerden von Patienten wird berichtet. Im Jahre 1896 sah

sich Hollaender einer Anklage wegen Körperverletzung ausgesetzt, die aber fallengelassen wurde.

Außerordentlich hilfreich waren Hollaenders Übersetzungen medizinischer Werke für die Zahnheilkunde. 1877 übersetzte er Charles S. Tomes Schrift „Manual of Dental Anatomy Human and comparative“ in die deutsche Sprache. Vier Jahre später folgte die Übersetzung von Norman W. Kingsleys Werk „Die Anomalien der Zahnstellung und die Defekte des Gaumens.“

Ludwig Heinrich Hollaender verfasste auch eine Reihe eigener Texte für die Zahnheilkunde:

- „Die Zahnheilkunde und ihre Bedeutung für Laien und Ärzte“, Berlin 1861
 - „Beiträge zur Zahnheilkunde“, Leipzig 1881
 - „Die Extraction der Zähne für Ärzte und Studierende“, Leipzig 1881/ 82
 - „Das Füllen der Zähne mit Gold und anderen Materialien“, Leipzig 1885
 - „Das Füllen der Zähne. Ein Leitfaden für Anfänger und Geübtere“, Leipzig 1896
- Hollaenders Werke waren gefragt. Sie erschienen in mehrfacher Auflage. Sein Buch über „Die Extraktion der Zähne für Ärzte und Studierende“ wurde 1894 bereits in 4. Auflage herausgegeben.



Zu Ehren von Hollaender; Tafel mit seinem Konterfei an der Kieferorthopädischen Klinik Halle



Foto: Lutze

Abbildung zum Thema Zysten aus dem Buch „Beiträge zur Zahnheilkunde“, Leipzig 1881, Seite 123

Pionier der Prävention

Bei seiner Lehre legte Hollaender vor allem großes Augenmerk auf die behutsame Extraktion der Zähne. Voraussetzung für eine ordentliche Extraktion war für ihn die genaue Kenntnis der Anatomie des Mundraumes. „In der Tat ist die Extraktion nämlich nicht sehr leicht, sondern es ist für sie eine große Geschicklichkeit nötig. Am wenigsten folge ich daher der Meinung des Volkes, sondern bestehe auf meiner Meinung. Heute sage ich, es ist besser, den Zahn zu erhalten, als zu ziehen; die zahnärztliche Kunst ist am meisten zu loben, die die Zähne, die für den Gebrauch so nötig sind, erhält, als die, die sie mit größter Gewandtheit zieht. ...Auch der Chirurg nimmt den Kopf nicht ab, wenn er schmerzt!“ [in: Ferdinand Besche, Das Leben ... , S. 10].

Aus den Worten Hollaenders ergibt sich zwangsläufig ein weiterer Schwerpunkt seiner Arbeit: die konservierende Zahnbehandlung. In seinen Schriften ging Hollaender im Detail auf die Substanzen zum Füllen der Zähne ein. Bereits in seinen Beiträgen zur Zahnheilkunde von 1881 riet er beim Füllen der Zähne mit Amalgamen: „Sie (die Amalgame) dürfen erstens: keine Metalle beigemischt haben, welche lösliche Salze bilden, die im Munde, oder von da in den Magen eingeführt, schädlich wirken; sie

müssen zweitens: in die Höhle eingeführt nach kurzer Zeit einen bestimmten Härtegrad erreichen und dürfen drittens: sich nicht verfärben, obgleich Mischungen verschiedener Metalle kaum ganz von Verfärbung im Munde frei bleiben können, wo verschiedenartige Säuren und andere chemische Stoffe, wie der so überaus schädliche Schwefelwasserstoff, auf sie fortwährend einwirken. Viel wichtiger ist es viertens, dass: Amalgame, wenn sie erst in die Höhle eingebracht sind, ihre Form nicht mehr verändern.“

Sehr genau geht Hollaender in seinem Beitrag auf die Vor- und Nachteile der verschiedenen Amalgame ein. Seiner Meinung nach ist ein Amalgam legiert aus Zinn, Silber und Gold ein „ausserordentlich werthvolles Präparat, das sich fast gar nicht contrahirt, sich nur sehr wenig verfärbt, sehr schnell erhärtet und einen sehr hohen Härtegrad er-

reicht.“ Er versäumt es auch nicht, auf eine mögliche Idiosynkrasie auf Quecksilber bei einigen Patienten hinzuweisen. Der klare und prägnante Schreibstil Hollaenders macht seine Werke auch für fachfremde Leser gut verständlich.

Ludwig Heinrich Hollaender forschte auch auf den Gebieten der Orthodontie und Pharmakologie. Mit dem Kollegen Schneidemühl schieb er auch ein Handbuch der zahnärztlichen Heilmittellehre [Leipzig 1890].

Hollaender wurde mit seiner wissenschaftlichen Tätigkeit auch im Ausland bekannt. Er blieb aber der Universität Halle treu und folgte 1881 nicht einem Ruf nach Genf. Im Jahre 1896 bat Ludwig Heinrich Holländer darum, dass man ihn von der Leitung der Zahnklinik entbinde. Er litt unter Rheumatismus. Am 12. März 1897 starb Ludwig Heinrich Hollaender in Halle.

Der Zeit weit voraus

Der Wissenschaftler war seiner Zeit weit voraus. Die ihm gebührende Anerkennung blieb ihm zu Lebzeiten verwehrt. In der Rückschau ist es nur schwer verständlich, warum Hollaender trotz seiner großen Verdienste nie eine besoldete Professur bekam. Heute wird seine Pionierarbeit für die Zahnheilkunde an der Kieferorthopädischen Klinik in Halle sehr gewürdigt. Eine Tafel mit seinem Konterfei erinnert an den großen Zahnmediziner. Die Lebensleistung Hollaenders ist um so größer einzuschätzen, wenn man bedenkt, dass noch sein Großvater Samuel Rachel (1780–1830) ein kleiner Gastwirt im ober-schlesischen Loslau gewesen ist.

*Kay Lutze
Lievenstraße 13, 40724 Hilden
kaylutze@ish.de*

Prof. Dr. Gertraute Franz ist tot

Am 23.12.2008 verstarb Prof. Dr. Gertraute Franz im Alter von 86 Jahren. Wenn man ihren Forschungsschwerpunkt mit einem Schlagwort beschreiben sollte, könnte man sie als „die große Dame der Werkstoffkunde“ treffend bezeichnen. In einer Zeit, als Frauen in der zahnmedizinischen Wissenschaft und ganz besonders in der Prothetik – gar nicht zu reden von der Werkstoffkunde – Ausnahmereisenercheinungen waren, war sie bereits weit über die nationalen Grenzen hinaus tätig und anerkannt.

Ihr Ausbildungsweg war kriegsbedingt nicht so geradlinig wie in heutigen Zeiten. Geboren in Dresden, nahm sie 1943 ein Medizinstudium in Wien auf, das sie kriegsbedingt nicht beenden konnte. Erst 1951 war es ihr möglich, das Studium, nun der Zahnmedizin, in Hamburg zu beginnen. Schon bald entdeckte sie ihre Vorliebe für die experimentelle Zahnheilkunde und dort insbesondere die Werkstoffkunde, die auch Gegenstand ihrer Dissertation war. Als wissenschaftliche Assistentin bei Prof. Schuchart und dann bei Prof. Ritze begann sie ihre akademische Laufbahn. Seit 1959 leitete sie Jahrzehnte lang das materialkundliche Labor der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Hamburg.

Die Professorin hat viele Entwicklungen vorangetrieben, die für den Zahnarzt in der täglichen Praxis von großer Bedeutung waren und noch sind. So konnten durch ihre Untersuchungen die Normen für Alginate, elastomere Abformmassen, Gips, Einbett-



Foto: privat

massen, Wachs und Zahnbürsten verbessert werden. Überhaupt hat sie – vom niedergelassenen Zahnarzt häufig unbemerkt – an der Aufstellung vieler deutscher DIN-Normen und internationaler ISO-Spezifikationen in den entsprechenden Gremien mitgewirkt. Insbesondere für diese Arbeit wurde ihr 1992 das Bundesverdienstkreuz verliehen.

In der Würdigung hieß es: „Prof. Dr. Gertraute Franz hat als bedeutende Wissenschaftlerin auf dem Gebiet der Werkstoffkunde in der zahnärztlichen Prothetik internationales Ansehen errungen. Durch ihre Tätigkeit hat sie an der Aufstellung vieler deutscher DIN-Normen und an internationalen Spezifikationen in den entsprechenden Gremien mitgewirkt und damit der zahnärztlichen Prothetik entscheidende Impulse verliehen.“

Neben zahlreichen nationalen Funktionen, wie der Mitgliedschaft im Vorstand der DGZMK, dem 1. Vorsitz der Arbeitsgemeinschaft Grundlagenforschung DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, war sie auch in wichtigen internationalen wissenschaftlichen Gremien tätig. So war sie von 1974 bis 1986 Mitglied der Kom-

mission für Dentalprodukte der Fédération Dentaire Internationale (FDI), zunächst als Beraterin, dann als Mitglied, dann als stellvertretende Vorsitzende und schließlich als Vorsitzende. Sie war damit nach 80 Jahren die erste Frau, die einer Kommission der FDI vorstand.

Zahlreiche nationale und internationale Ehrungen zeugen von der breiten Wertschätzung für Gertraute Franz. So wurde sie im Jahr 1982 als Gastwissenschaftlerin an das Australian Dental Standards Laboratory in Melbourne eingeladen. Im gleichen Jahr bekam sie die Ehrenmitgliedschaft der türkischen Gesellschaft für Prothetische Zahnheilkunde. In den Folgejahren erhielt sie Ehrenmitgliedschaften der American Dental

Association und der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, die Hermann Euler Medaille und den Merit Award der Fédération Dentaire Internationale (FDI). Eine Erinnerung an Prof. Franz wäre aber unvollständig, wenn man nicht auch an die temperamentvolle, attraktive und stets elegant gekleidete Dame erinnern würde. Mit ihrer Begeisterungsfähigkeit, ihrem Mut und ihrer Tatkraft hat sie ihre Kollegen ebenso wie ihre Studenten, Assistenten und ihre fast 90 Doktoranden in ihren Bann gezogen. Kurzum: Fachlich und persönlich eine bemerkenswerte Frau, an die ich – und wohl jeder, der sie kennenlernen durfte – gerne zurückdenkt.

Prof. Dr. Wolfgang Sprekels

Dissertationspreis des KpZ vergeben



Foto: KpZ

Dr. Philipp Kohorst, MH-Hannover, ist mit dem Dissertationspreis perfekter Zahnersatz ausgezeichnet worden. Er erhielt diese Ehrung für eine Arbeit, die in einer experimentellen In-vitro-Stu-

die Belastbarkeit von Keramikbrücken untersucht. In seiner Arbeit sollte untersucht werden, ob die Stabilität von viergliedrigen Zirkoniumoxidbrücken auch für den stark belasteten Seitenzahnbereich zu empfehlen ist. Das Fazit seiner Dissertationsarbeit: Nach Simulation einer mehrjährigen Tragedauer der Brücken in vitro deuten sowohl die Werte für die Initial- als auch für

die Langzeitfestigkeit darauf hin, dass viergliedrige vollkeramische Brücken aus Zirkoniumoxid in der gewählten Dimensionierung im Seitenzahngebiet geeignet sind. sp

Industrie und Handel

**Servicekupon
auf Seite 118**

VOCO

Neue Wurzelstifte

Mit dem glasfaserverstärkten Composite-Wurzelstift Reblida Post ergänzt Voco das dualhärtende Stumpfaufbau- und Befestigungsmaterial Reblida DC. Der besonders röntgenopake, transluzente Reblida Post mit dentinähnlichem Elastizitätsverhalten führt zu einer dauerhaften und ästhetisch hochwertigen, metallfreien Restauration. Reblida Post ist Bestandteil eines aufeinander abgestimmten Stift-Aufbau-Systems (Reblida DC, Futurabond DC, Ceramic Bond, Zubehör). Wie das Stumpfaufbaumaterial Reblida DC besteht der neue Wurzelstift aus einer Dimethacrylat-Matrix, so dass ein zuverlässiger Verbund unter Aufbau eines stabilen Monoblocks erzielt wird.



Reblida Post ist mit den zugehörigen Bohrern sowohl im Rahmen eines Wurzelstift-Intro-Sets als auch eines kompletten Angebots zur postendodontischen Versorgung erhältlich.

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

dentaltrade

Neues Design für Homepage

Das Bremer Unternehmen dentaltrade setzt nicht nur bei hochwertigem Zahnersatz auf Qualität und Ästhetik, sondern auch bei der neu gestalteten Internetpräsenz. So präsentiert die neue Homepage www.dentaltrade.de Zahnärzten alle Informationen zu Produkten und Leistungen in gut strukturierten und geordneten Menüs. Auf der übersichtlichen Plattform erfahren Zahnärzte alles zu aktuellen Angeboten, Qualitätsnachweisen und Kooperationsmöglichkeiten im Netzwerk zahn. Fer-

ner stehen Formulare für Kostenvoranschläge bereit. Kunden von dentaltrade können diese direkt per Mail an dentaltrade senden und unverbindlich berechnen lassen. Auch über Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit dentaltrade können sich Besucher auf der Homepage informieren.

dentaltrade GmbH & Co. KG
Grazer Straße 8
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 247 147 – 0
Fax: 04 21 / 247 147 – 9
<http://www.dentaltrade.de>

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

BDV

Material-Logistik auf Klinikebene

Mit der Einführung des MP-Manager-Moduls hat BDV das Informationssystem Visident auf die Anforderungen des Medizin-Produkte-Gesetzes abgestimmt. Dabei wurden die Praxisanforderungen in Bezug auf die Materialverwaltung, den patientenbezogenen Verbrauch und die Dokumentation der Steriprotokolle erfüllt. In der neuen Version des MP-Manager werden zusätzlich dem Materialverbrauch Kostenstellen zugeordnet, die unterschiedliche Abteilungen widerspiegeln. Über eine aus der Visident-Leiste aufrufbare Raumverwaltung können Räume erfasst werden. Diese finden in Zukunft Verwendung in verschiedenen



Modulen wie dem Terminbuch, dem Wartezimmer oder dem MP-Manager. Über die Materialverwaltung können eine beliebige Anzahl Lagerorte spezifiziert und Kommissionskisten angelegt werden.

BDV Branchen-Daten-Verarbeitung GmbH
Ziegelstraße 1
59439 Holzwickede
Tel.: 0 23 01 / 91 09 10
Fax: 0 23 01 / 86 40
<http://www.bdv.com>
E-Mail: info@bdv.com

Wieland Dental Implants

Innovative digitale Kommunikation



Wieland Dental Implants stellt für das wi.tal Implantatsystem eine Neuheit im Bereich der digitalen Kommunikation vor. Bei der Neuauflage des Produktkataloges 2009 fällt der Matrixcode hinter jedem Produkt auf, der vom HIB-Code (Health Industry Bar Code) abgeleitet wurde, mit dem jedes Produkt des wi.tal-Systems gekennzeichnet ist. Wieland Dental Implants ist der erste und bisher einzige Hersteller in der dentalen Implantato-

logie, der in seinem Produktkatalog auf diese Weise jedem Produkt den zugehörigen Matrixcode zuordnet. Zusammen mit dem neuen Katalog wurde die Homepage um ein wichtiges Tool ergänzt. Der Kunde kann direkt aus dem Produktkatalog seine persönliche Bestellung über www.wd-implants.com an die Auftragsannahme von Wieland Dental Implants senden. Die Bestellpositionen werden mit einem Barcode-Scanner erfasst.

Wieland Dental Implants GmbH
Wurmberger Straße 30 – 34
75446 Wiernsheim
Tel.: 0 70 44 / 912 40 – 0
Fax: 0 70 44 / 912 40 – 55
<http://www.wd-implants.com>
E-Mail: info@wd-implants.com

BEGO

Bremer erobert den Süden



Die neue Niederlassung Bego München ist ein Standbein für Kunden aus Süddeutschland und Österreich. Sie soll eine Plattform für den fachlichen Austausch, Aus- und Weiterbildung sowie ein Servicestützpunkt sein. „Viel-
fach schließen Mitbewerber ihre Niederlassungen aus Kostengründen, Bego kann aber eine steigende Nachfrage im Süden feststellen“, so Axel Klarmeyer, Geschäftsführer von Bego Medi-

cal und Vertriebsleiter von Bego Dental (Foto links). Herzstück der Niederlassung ist das Scan-Zentrum: Vor Ort können selbst mitgebrachte Modelle eingescannt und bearbeitet werden; die erste Brücke wird kostenlos zugesandt. Das Angebot richtet sich vor allem an Dentallabore, die noch keinen Scanner haben. Es ist aber auch für Zahntechniker interessant, die mit einem anderen System arbeiten: Sie können sich ein Bild von der Leistungsfähigkeit des Speedscan/3shape machen. Ansprechpartnerin vor Ort ist Heidi Pross; sie ist telefonisch unter 089 / 32155311 erreichbar.

*BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co. KG
Wilhelm-Herbst-Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 – 261
Fax: 04 21 / 20 28 44 – 261
<http://www.bego.com>
E-Mail: koenecke@bego.com*

Creation Willi Geller

Neuer Vertriebs- und Marketingprofi

Seit Dezember 2008 zeichnet Edith Schönenberger (Foto) als Managerin bei Creation Willi Geller für Marketing und Sales weltweit verantwortlich. Mit mehr als 20 Jahren Erfahrung in der Dentalindustrie verfügt die gelernte Zahn-
technikerin aus der Schweiz über umfassende Produkt-, Marketing- und



Vertriebskenntnisse rund um den Globus. In der Dentalbranche ist Schönenberger schon lange keine Unbekannte mehr. Bereits vor ihrem Einstieg bei Creation war sie in diversen leitenden Marketing- und Management-Positionen in der zahntechnischen Industrie tätig.

*Creation Willi Geller
International AG
Oberneuhofstraße 5
6340 Baar, Schweiz
Tel.: +41 (0)41 768 90 19
Fax: +41 (0)41 760 45 10
<http://www.creation-willigeller.com>
E-Mail: info@creation-willigeller.com*

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

Cumdente**Zahnbalsam mit flüssigem Schmelz**

In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern der Tübinger DentalSchool und dem Medizinproduktehersteller Cumdente wurde ein neuartiger Zahnbalsam auf der Basis von flüssigem Zahnschmelz entwickelt: Bei der Mundspülung mit ApaCare Liquid haften kleinste Zahnschmelzpartikel (Nano-Hydroxylapatit) auf der Zahnoberfläche. Es kommt zu einer Schutzschicht aus flüssigem Zahnschmelz, die als Mineralstoffdepot fungiert und für eine rasche Remineralisation des Zahnschmelzes sorgt. Überempfindlichkeiten der Zähne werden reduziert und die Zahnoberfläche wird wasser- und schmutzabweisend imprägniert. Bereits nach den ersten Anwendungen fühlen sich die Zähne angenehm glatt an



und werden heller wahrgenommen. ApaCare Liquid ergänzt die etablierte Zahncreme, Remineralisationspaste und Zahnpolierpaste. Alle ApaCare-Produkte beruhen auf der Wirkungsformel von Nano-Hydroxylapatit und werden ausschließlich über Zahnärzte, Apotheken und ausgewählte Drogeriemärkte vertrieben.

Cumdente GmbH
Paul-Ehrlich-Straße 11
72076 Tübingen
Tel.: 0 70 71 / 975 57 21
Fax: 0 70 71 / 975 57 22
<http://www.apacare.de>
<http://www.cumdente.de>
E-Mail: info@cumdente.de

BEYCODENT**Fit für die Gesundheitskarte**

Mit der Einführung der Gesundheitskarte zum Jahreswechsel kamen etliche Änderungen mit der Abrechnungs-Software auf zahnärztliche Praxen zu. Für Anwender der Beycodent-Software „Prisma“ kein Problem: Die Anbindung der elektronischen Gesundheitskarte ist mit allen erforderlichen Funktionen gewährleistet. Die Umstellung und erforderliche

Programmerweiterung steht Prisma-Anwendern in Rahmen der Software-Wartung kostenfrei zur Verfügung. Die Umstellung von Praxis-Software, die nicht kompatibel zur neuen Gesundheitskarte ist, kann mit Prisma kostengünstig erfolgen. Bei Interesse an der Software „Prisma“ für die Gesundheitskarte kann eine Testversion angefordert werden.

BEYCODENT
Wolfsweg 34
57562 Herdorf
Tel.: 0 27 44 / 92 08 31
Fax: 0 27 44 / 766
<http://www.software.beycodent.de>
E-Mail: info@beycodent.de

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

Zimmer Dental**Abgewinkeltes Zirkon-Abutment**

Zimmer Dental gibt die Lieferbarkeit des Zimmer Contour abgewinkelten Zirkon-Abutments bekannt. Markteinführung in Deutschland ist im Februar 2009. Die 17° abgewinkelten Zirkon-Abutments sind eine Erweiterung der Produktlinie Zimmer Contour gerade Zirkon-Abutments. Das für die Verwendung mit den Tapered Screw-Vent Implantaten entwickelte Zimmer Contour abgewinkelte Zirkon-Abutment liefert Zahnärzten eine bequeme, sofort griffbereite restaurative Lösung für eine vollkeramische, zementierte Restauration, um den ästhetischen Ansprüchen der Patienten im Frontzahnbereich gerecht zu werden. Neben der Kombination aus Stabilität,



Ästhetik und einfacher Handhabung besitzen die abgewinkelten Abutments auch den innovativen Titan-Einsatzring, der für eine stabile Titan-Titan-Verbindung mit dem Tapered Screw-Vent Implantat sorgt.

Zimmer Dental GmbH
Wentzinger Straße 23
79106 Freiburg
Tel.: 0761 / 15647-0
Fax: 0761 / 15647-490
<http://www.zimmerdental.de>
E-Mail: info@zimmerdental.de

Dr. Ihde Dental**Mit Nanos der Natur auf der Spur**

Das vollsynthetische, körpervertägliche Knochenaufbaumaterial Nanos von Dr. Ihde Dental besteht wie der natürliche Knochen aus nanokristallinen Calciumphosphaten, die in eine bioaktive Siliziumdioxid-Matrix eingebettet sind. Es wird in den physiologischen Aufbauprozess des Knochens direkt integriert und parallel zur Gewebeneubildung über die Osteoklasten rückstandsfrei resorbiert. Das Material fördert aufgrund des interkonnektierenden Porensystems im Nano- und Mikrometerbereich die Anlagerung körpereigener Proteine und hierdurch die Kollagenneubildung und Osteogenese. Mit einer offenen Porosität von



60 Prozent ermöglicht Nanos das Eindringen von Blutplasma und Gewebeflüssigkeiten, und körpereigene Proteine können sich an die Moleküle anlagern. Mit Patientenblut angemischt entsteht aus dem Granulat eine gut modellierbare, standfeste Masse.

Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Straße 19
85386 Eching
Tel.: 0 89 / 319 761 - 0
Fax: 0 89 / 319 761 - 33
<http://www.ihde-dental.de>
E-Mail: info@ihde-dental.de

GC Germany

pH-neutrales Gel lindert und schützt



wendung, angenehm im Geschmack und nachhaltig in der Wirkung. Mit seinem pH-Wert von 6,4 bis 7,2 sorgt es dafür, dass es zu keiner zusätzlichen Demineralisierung

der Zahnoberfläche und damit zu keinen Schmelz- und Dentinläsionen oder Verlusten der Zahnhartsubstanz kommt. Das neue Gel ist in den vier Geschmacksrichtungen Minze, Zitrone, Orange und Himbeere erhältlich.

Ein verminderter Speichelfluss kann nicht nur unangenehm und schmerzhaft sein, sondern auch zu irreparablen Schmelz- und Dentindefekten und damit zu Hypersensitivitäten führen. Das GC Dry Mouth Gel aus dem „Minimum Intervention“-Konzept (MI) von GC Europe lindert die Symptome der Hyposalivation und verhilft zu einem angenehmen Mundgefühl ohne Juckreiz und Brennen. Dabei ist das pH-neutrale Gel einfach in der An-

wendung, angenehm im Geschmack und nachhaltig in der Wirkung. Mit seinem pH-Wert von 6,4 bis 7,2 sorgt es dafür, dass es zu keiner zusätzlichen Demineralisierung

*GC Germany GmbH
Paul-Gerhardt-Allee 50
81245 München
Tel.: 0 89 / 89 66 74 – 0
Fax: 0 89 / 89 66 74 – 29
<http://www.germany.gceurope.com>
E-Mail: info@germany.gceurope.com*

EVIDENT

Online einkaufen im Webshop

Die Homepage von Evident bietet seit Kurzem einen Webshop: Unter www.evident.de können Praxen unkompliziert die Praxismarketing- und Beratungsprogramme DentalMaster und 3D Vision bestellen, letzteres in Light-, Medium- und Professional-Ausführung. 3D Vision und DentalMaster sind als eigenständige Programme erhältlich, die unabhängig von einer Abrechnungssoftware genutzt werden. Als Eröffnungsgeschenk gewährt Evident auf DentalMaster und sämtliche Versionen von 3D Vision bis zu 20 Prozent Preisnachlass, wenn die Programme bis 28. Februar 2009 über den Webshop bestellt werden. Es entstehen keine Kosten für Software-Wartung.

Mit 3D Vision (ab 199 Euro) lässt sich der 01-Befund erfassen, auf dieser Basis Zahnersatz planen und beides in hoch aufgelösten Grafiken visualisieren. Damit kann der Zahnarzt zeigen, warum er welche Lösung empfiehlt und erleichtert dem Patienten die Entscheidung für die optimale Versorgung. Je nach Leistungsumfang lassen sich Laborpreise integrieren, Patientendaten speichern, Kostenvorschläge und Kostenvergleiche für bis zu drei ZE-Pläne erstellen.

*EVIDENT GmbH
Berlinstraße 107a
55411 Bingen
Tel.: 0 67 21 / 96 36 – 0
Fax: 0 67 21 / 96 36 – 26
<http://www.evident.de>
E-Mail: info@evident.de*

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

Heraeus Kulzer

Neue Klasse für Restaurationen

Mit Venus Diamond von Heraeus Kulzer steht dem Zahnarzt jetzt ein universelles Nano-Hybrid Komposit zur Verfügung, das einen niedrigen Schrumpfung mit hoher Festigkeit kombiniert. Die patentierte Matrix und das neu entwickelte Nano-Hybrid Füllersystem ermöglichen verbesserte Ästhetik und Haltbarkeit bei gleichzeitig einfacher Verarbeitung. Nicht nur die Widerstandsfähigkeit und Oberflächenhärte von Venus Diamond erinnern an einen Diamanten. Auch die farbliche Anpassung an die umgebende Zahnhartsubstanz, die ein natürliches Aussehen garantiert, lässt den Vergleich zu. Venus Diamond ist standfest und hat auch unter Behandlungslicht eine vor-



teilhaft lange Verarbeitungszeit. Es klebt nicht am Instrument, lässt sich daher leicht und effizient verarbeiten und eignet sich sowohl für komplexe als auch für weniger komplizierte Restaurationen.

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0 61 81 / 35 31 82
Fax: 0 61 81 / 35 41 80
<http://www.heraeus-kulzer.com>
E-Mail: susanne.muecke@heraeus.com
heraeus.com

Nobel Biocare

Dr. Ralf Rauch ist zurück



Zum Jahresbeginn konnte Nobel Biocare Dr. Ralf Rauch für die Funktion des Director University Program EMEA gewinnen. Der promovierte Zahnarzt

mit Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (DGI) war bereits von 1994 bis 2006 als Leiter Marketing & Activities für die deutsche Niederlassung tätig. Das neue Unternehmenskonzept von CEO Domenico Scala und sein in zentralen Bereichen neu aufgestelltes Team überzeugten Rauch zurückzukehren. Wesentliche Argumente waren die Neuausrich-

tung des Unternehmens mit der Konzentration auf Kundenzufriedenheit, Wissenschaft und die Erhöhung der Mitarbeiterkompetenz. In der Region EMEA (Europe / Middle East / Africa) wird Rauch die bestehenden Partneruniversitäten betreuen, die Umsetzung der Programme zur Ausbildung der Studenten und Assistenten unterstützen und Verbindungen in die Bereiche Research & Development, Training & Education sowie Marketing herstellen.

Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 – 174
Fax: 02 21 / 500 85 – 133
<http://www.nobelbiocare.com>
E-Mail: sandra.vonschmudde@nobelbiocare.com

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

Ivoclar Vivadent

Vorsprung durch Wissen

Ivoclar Vivadent veranstaltet auch 2009 im gesamten Bundesgebiet Symposien zu unterschiedlichen Themenbereichen. Für den Besuch der eintägigen Veranstaltungen erhalten die Teilnehmenden sechs bis acht Fortbildungspunkte gemäß DGZMK/BZÄK Leitlinien. Expertenteams mit 29 Referenten vermitteln den Zahnärzten und Zahntechnikern praxisrelevantes Wissen zu drei Themenbereichen: Vollkeramische Restaurationen und Befestigung, Adhäsive und Composite-Restaurationen sowie Implantatprothetik. Die Referenten zeigen anhand eigener klinischer Fallbeispiele Problemstellungen und deren Lö-



sungen im Praxis- und Laboralltag. Die insgesamt 14 Competence-Fortbildungsevents und weitere zahntechnische Kurse finden im gesamten Bundesgebiet statt. Broschüren und weitere Detailinformationen sind unter www.ivoclarvivadent.de, Rubrik Kurse, abrufbar.

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

Philips

FlexCare überzeugt Fachpublikum

Eine Befragung unter Besuchern der Fachdentalmessen belegt die Vorteile der Schallzahnbürste Sonicare FlexCare von Philips. Das Fachpublikum schätzte vor allem deren sanfte Vorgehensweise und die dynamische Flüssigkeitsströmung. Für die Empfehlung der Schallzahnbürste in der Praxis ist in erster Linie ausschlaggebend, dass diese an schwer zugänglichen Stellen eine unterstützende Reinigungswirkung entfaltet. Aber auch die Studienergebnisse zur Plaque-Entfernung überzeugten die Teilnehmer. Ein besonderer Pluspunkt war die kompakte Form der Sonicare FlexCare – sie ist nicht nur kleiner und leichter als das Vorgängermodell, sondern erzeugt

auch 80 Prozent weniger Vibrationen in der Hand. Das zur Bürste erhältliche UV-Desinfektionsgerät bietet aus Sicht der Zahnärzte eine gute Möglichkeit, Keime auf dem Bürstenkopf nachhaltig zu reduzieren.

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40 / 28 99 – 0
<http://www.philips.de>



Ritter

Erweitertes Produktangebot

Die Ritter Group hat „Ritter Imaging“ in ihr Produktangebot an dentalen bildgebenden Verfahren aufgenommen. „Ritter Imaging“ bietet innovative Produkte der dentalen Bildverarbeitung, unter anderem 3D CT, digitales OPG, digitales OPG mit Ceph, intraorales Röntgen, digitale Sensoren, intra-orale Kameras und DICOM/PACS-Schnittstellen zum Datenaustausch mit international gültigen Software-Standards. Seit Januar 2009 ist Egidio Cianciosi Geschäftsführer von „Ritter Imaging“. Zuvor war er Inhaber der Firma Cyg-

nus Imaging, USA, Spezialist und Berater für dentale Bildverarbeitung bei Kavo, Gendex und der Danaher Corporation. „Ich freue mich darauf, mit der Einführung eines kompletten Angebotes innovativer Produkte der dentalen Bildverarbeitung das Portfolio der Ritter Group zu stärken“, so Egidio Cianciosi.

Ritter Concept GmbH
In der Wanne 47
89075 Ulm
Tel.: 07 31 / 175 410 – 0
Fax: 07 31 / 175 410 – 10
<http://www.ritterimaging.com>
E-Mail: info@ritterimaging.com

VITA

Videoclips zur Zahnfarbbestimmung



me sollten eine Länge von zwei Minuten nicht überschreiten.

Bis zum 24. März können die Teilnehmer die fertigen Clips in den Formaten WMV, AVI, MOV oder MPEG an videostar@vita-zahnfabrik.com mailen oder auf Datenträger per Post an Vita senden. Auf YouTube und der Vita Homepage sind die Filme online zu sehen. Die besten Hobbyfilmer werden Ende März auf der IDS prämiert.

Vita sucht den Clip zur digitalen Farbbestimmung. Wer eine Digicam parat hat und auch bei der Zahnfarbbestimmung auf Digitalisierung setzt, kann sofort mit dem Dreh loslegen. Die Clip-Aktion „Vita Video Star“ sucht kreative Antworten auf die Frage: „Warum brauche ich die digitale Farbbestimmung?“ Egal ob Musikvideo, Animation oder Sketch – erlaubt ist, was gefällt. Die Fil-

me sollten eine Länge von zwei Minuten nicht überschreiten. Bis zum 24. März können die Teilnehmer die fertigen Clips in den Formaten WMV, AVI, MOV oder MPEG an videostar@vita-zahnfabrik.com mailen oder auf Datenträger per Post an Vita senden. Auf YouTube und der Vita Homepage sind die Filme online zu sehen. Die besten Hobbyfilmer werden Ende März auf der IDS prämiert.

VITA Zahnfabrik H. Rauter
GmbH & Co. KG
Spitalgasse 3
79713 Bad Säckingen
Tel.: 0 77 61 / 5 62 – 0
Fax: 0 77 61 / 5 62 – 299
<http://www.vita-zahnfabrik.com>
E-Mail: l.kroupa@vita-zahnfabrik.de

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

DENTSPLY Friadent

Trauer um Professor Willi Schulte

Prof. Dr. Dr. Schulte ist am 4. Dezember 2008 im Alter von fast 80 Jahren in Tübingen verstorben. Er hat die Implantologie durch sein Wirken und Engagement geprägt, er war präsent und für viele ein gefragter und wichtiger Ratgeber. Sein Lebenswerk galt der Lehre und der Forschung, wobei das Wohl seiner Patienten immer an erster Stelle stand. Professor Schulte hinterlässt ein einzigartiges wissenschaftliches Vermächtnis: Als Leiter vieler multi-zentrischer wissenschaftlicher Arbeitsgruppen und Initiator des

einzigsten deutschen Sonderforschungsbereiches „Implantologie“ an der Universität in Tübingen hat er sich bereits zu Lebzeiten ein Denkmal setzen können. Vor mehr als 30 Jahren war er maßgeblich an der Entwicklung von Frialit beteiligt, dem ersten wurzelförmigen Implantatsystem von Dentsply Friadent.

*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*

BUSCH

Zügig vorschleifen bei Präparationen

Selbst mit Diamantschleifern in grober oder mittlerer Körnung können umfangreiche Präparationen zeitraubend sein. Um eine zeitsparende Alternative zu bieten, führt Busch eine Auswahl gängiger Diamantschleifer-Formen auch in sehr grober Körnung. Die Diamantschleifer mit sehr grober Körnung verfügen über eine enorm hohe Abtragsleistung. Die Instrumente sind unter Beachtung der Herstellerangaben für alle gängigen Desinfektions-, Reinigungs- und Sterilisationsmethoden bis 180°C geeignet.



*BUSCH & CO. KG
Unterkaltenbach 17 – 27
51766 Engelskirchen
Tel.: 0 22 63 / 860
Fax: 0 22 63 / 207 41
<http://www.busch.eu>
E-Mail: mail@busch.eu*



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 9. 3. 2009 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:

- American Dental Systems** – Funktionsdiagnostik (S. 119)
- BDV** – Material-Logistik auf Klinikebene (S. 112)
- BEGO** – Bremer erobert den Süden (S. 113)
- BEYCODENT** – Fit für die Gesundheitskarte (S. 114)
- BUSCH** – Zügig vorschleifen bei Präparationen (S. 118)
- Creation** – Neuer Vertriebs- und Marketingprofi (S. 113)
- Cumdente** – Zahnbalsam mit flüssigem Schmelz (S. 114)
- dentaltrade** – Neues Design für Homepage (S. 112)
- DENTSPLY Friadent** – Trauer um Professor Willi Schulte (S. 118)
- Dr. Ihde Dental** – Mit Nanos der Natur auf der Spur (S. 114)
- EVIDENT** – Online einkaufen im Webshop (S. 115)
- GC Germany** – pH-neutrales Gel lindert und schützt (S. 115)
- Heraeus Kulzer** – Neue Klasse für Restaurationen (S. 116)
- Ivoclar Vivadent** – Vorsprung durch Wissen (S. 116)
- Nobel Biocare** – Dr. Ralf Rauch ist zurück (S. 116)
- Philips** – FlexCare überzeugt Fachpublikum (S. 116)
- Ritter** – Erweitertes Produktangebot (S. 117)
- solutio** – Informatikexperte an Bord (S. 119)
- VITA** – Videoclips zur Zahnfarbbestimmung (S. 117)
- VOCO** – Neue Wurzelstifte (S. 112)
- Wieland Dental Implants** – Digitale Kommunikation (S. 112)
- Zimmer Dental** – Abgewinkeltes Zirkon-Abutment (S. 114)

*solutio***Informatikexperte an Bord**

Die Technische Leitung bei solutio mit den Bereichen Entwicklung, Technik

und Hotline liegt seit Januar bei Dirk Sommer. Mit dem 38-jährigen holte Firmeninhaber und Geschäftsführer Dr. Walter Schneider einen Experten für die Konzeption und Entwicklung von Software im medizinischen Bereich ins Unternehmen. Sommer studierte in Kiel Informatik als Hauptfach und Medizin als Nebenfach. Während des Studiums unterstützte er mit seiner Firma Crosssoft ver-

schiedene Softwareanbieter. Inzwischen beschäftigt die Softwareschmiede 20 Informatiker, Mathematiker und Ingenieure. Das Unternehmen solutio und Charly in die Zukunft zu begleiten, stellt für Sommer „eine höchst interessante Herausforderung dar“. So interessant, dass er sich aus dem operativen Geschäft von Crosssoft zurückzieht, um sich „mit voller Konzentration der neuen Aufgabe zu widmen“.

*solutio GmbH – Zahnärztliche Software und Praxismanagement
Max-Eyth-Straße 42
71088 Holzgerlingen
Tel.: 0 70 31 / 46 18 78
Fax: 0 70 31 / 46 18 77
<http://www.solutio.de>
E-Mail: gabel@solutio.de*

*American Dental Systems***Instrumentelle Funktionsdiagnostik**

Das Cadiax Registriersystem liefert patientenindividuelle Einstellwerte für jegliche Art teil- und volljustierbarer Artikulatoren. Es misst gelenknah auf der Achse, wodurch eine hohe Präzision mit bewährter elektronischer Messtechnik erreicht wird. Zudem ist das System übersichtlich und leicht durchschaubar. Die Scharnierachse, die mit Cadiax ermittelt wird, ist präzise über den Reference AB-Gesichtsbogen in jeden Artikulator übertragbar. Das Aufzeichnungssystem besteht aus dem elektronischen Mess-System und einer Windows Software zur Schnellregistrierung von Kiefergelenksaufzeichnungen. Die Kursreihe Funktionsdiagnostik findet 2009 an folgenden Terminen statt: Am 1.4. in Hamburg, am 6.5. in



München, am 13.5. in Berlin und am 10.6. in Frankfurt. Information und Anmeldung unter Tel.: 08106 / 300306.

*American Dental Systems GmbH
Johann-Sebastian-Bach-Straße 42
85591 Vaterstetten
Tel.: 0 81 06 / 300 – 300
Fax: 0 81 06 / 300 – 310
<http://www.ADSystems.de>
E-Mail: info@ADSystems.de*

Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Die **Satzung der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz in der Fassung vom 1. März 2007** wird wie folgt geändert:

§ 4 Satz 2 der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

„Mitglieder des Verwaltungsrats, die ihre Wahl angenommen haben, scheiden mit dem Ende der Wahlen zum Verwaltungsrat aus der Hauptversammlung aus; für sie rücken jeweils die nachrangig gewählten Vertreter in die Hauptversammlung ein.“

§ 6 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„In dringenden Fällen kann der Vorsitzende des Verwaltungsrats die Hauptversammlung mit Einhaltung einer Frist von drei Kalendertagen fernmündlich oder in Textform einberufen.“

§ 9 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„In dringenden Fällen kann der Vorsitzende des Verwaltungsrats fernmündlich oder in Textform unter Einhaltung einer Frist von drei Kalendertagen einberufen.“

§ 16 Abs. 11 wird eingefügt:

„ ... Differenzbetrag bis zu diesem 59 Beitragsmonaten ...

In § 17 Abs. (2) muss in Nr. 2 der in Klammern stehende Satz wie folgt lauten:

„(Einnahmen aus beruflicher Tätigkeit abzüglich Betriebsausgaben gemäß Absatz 6 und 7).“

In § 19 Abs. 1 Nr. 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit kann befristet oder unter Auflage gewährt werden. Der Teilnehmer kann insbesondere verpflichtet werden, Maßnahmen zur Wiedererlangung der Berufsfähigkeit zu ergreifen. Erfüllt der Teilnehmer eine Auflage nicht, kann die Gewährung des Ruhegelds widerrufen werden.“

In § 22 Abs. (3) der Satzung wird Nr. 2 wie folgt gefasst:

„2. die monatliche Vollwaisenrente gleich dem siebenfachen Punktwert.“

§ 22 a) Abs. 3 Satz 2 und Satz 3 werden wie folgt neu gefasst:

„Der ausgleichsverpflichtete Teilnehmer kann sich durch schriftliche Erklärung gegenüber der Versorgungsanstalt verpflichten, diese Aufwendungen binnen eines Jahres nach Durchführung des Versorgungsausgleichs zu erstatten. Soweit der Teilnehmer dieser Verpflichtung ordnungsgemäß nachgekommen ist, findet eine Kürzung seiner Versorgung nicht statt.“

§ 27 Abs. 1 wird um folgenden Satz 2 ergänzt, der bisherige § 29 wird zu Abs. 1, und es wird folgender Abs. 2 angefügt:

„a) § 27 Satz 2 lautet: „Die Teilnehmer haben der Versorgungsanstalt ihre jeweils gültige Postanschrift mitzuteilen.“

b) § 29 wird wie folgt gefasst: Der bisherige Abs. 1; danach wird angefügt:

(2) Alle Mitteilungen an Teilnehmer werden schriftlich an die von diesem angegebene Postanschrift übermittelt.“

Die **Anlagenrichtlinien werden in 2.1.1** wie folgt neu gefasst:

„2.1.1 Festverzinsliche Wertpapiere (Schuldverschreibungen und Schuldscheindarlehen) gesetzlich und intern festgelegte Volumengrenze zur Zeit: jeweils 50 % des gebundenen Vermögens“

Diese Satzungsänderungen treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

Mainz, 12. Januar 2009

Der Präsident der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Dr. Gert Beger

Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen

Termine der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen (Vorstand)

18. 03. 2009 (Mittwoch)
15.00 Uhr
BZKR-Vorstandssitzung

09. 09. 2009 (Mittwoch)
15.00 Uhr
BZKR-Vorstandssitzung

16. 09. 2009 (Mittwoch)
17.00 Uhr
BZKR-Haushaltssitzung

18. 11. 2009 (Mittwoch)
15.00 Uhr
BZKR-Vorstandssitzung und
Vorbesprechung der Vertreterversammlung

25. 11. 2009 (Mittwoch)
13.00 Uhr
Vertreterversammlung der BZKR

BZK Rheinhessen
55116 Mainz
Eppichmurgasse 1
Tel.: 06131/23 20 09
Fax: 06131/22 57 06

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Dr. Eva Maria Müssig,
wohnhaft bis 28. 02. 2009
Schröderstr. 31,
69120 Heidelberg,
wohnhaft ab 01. 03. 2009
Fedderstr. 3,
79106 Freiburg
geb. am 22. 05. 1975

BZK Freiburg,
Merzhauser Str. 114-116,
79100 Freiburg,
Tel.: 0761/45 06-0
Fax: 0761/45 06-400

Dr. Andreas Michael Wagner,
Karlstr. 6,
72336 Balingen,
geb. am 08. 02. 1960

Dr. Werner Hotz,
In den Burgrieden 3,
72488 Sigmaringen,
geb. am 25. 04. 1952

Dr. Michael Kugler,
Landgarbweg 17,
89584 Ehingen,
geb. am 06. 04. 1956

BZK Tübingen,
Bismarckstr. 96,
72072 Tübingen
Tel.: 07071/911-0
Fax: 07071/911-209

Die Ausweise wurden verloren, gestohlen bzw. nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt

ZÄK Niedersachsen

Dr. (H) Antal Kesztüüs,
Ausweis-Nr. 5581

wurde nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt

Isabelle Bonnard,
Ausweis-Nr. 4497

wurde verloren, gestohlen bzw. nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt

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

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.



LA-DENT
geprüft 2007

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von

Werbeträgern e.V. angeschlossen.

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

Verlag:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
 Dieselstr. 2, 50859 Köln;
 Postfach 40 02 54, 50832 Köln
 Tel.: (0 22 34) 70 11–0
 Fax: (0 22 34) 70 11–255 oder –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
 Umlandstr 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. 51, gültig ab 1. 1. 2009.

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2008:

Druckauflage: 82 300 Ex.

Verbreitete Auflage: 79 082 Ex.

99. Jahrgang

ISSN 0341–8995

3M Espe AG

Seite 119

American Dental Systems GmbH

Seite 31

Astra Tech GmbH

3. Umschlagseite

BAI-Edelmetall AG

Seite 119

Bego Implant Systems GmbH & Co. KG

Seite 21

Brasseler GmbH & Co. KG

2. Umschlagseite

Carestream Health Deutschland

Seite 113

Champions Implants GmbH

Seite 47

Dampsoft Software-Vertriebs GmbH

Seite 11

degré K

Seite 51

Dentaid GmbH

Seite 107

dentaltrade GmbH & Co. KG

Seite 17 und 89

Dentapreg Deutschland

Seite 45

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Thieme

Seite 111

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH – Versandbuchhandlung

Seite 95

DGI e.V.

Seite 15 und 117

doctorseyes GmbH

Seite 86

Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG

Seite 19

Dürr Dental AG

Seite 9

elexxion AG

Seite 115

Euronda Deutschland GmbH

Seite 99

Evident GmbH

Seite 105

Girardelli Dental-Medizinische Produkte

Seite 85

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare GmbH & Co. KG

Seite 81

Heraeus Kulzer GmbH

Seite 23

ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH

Seite 59

IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft

Seite 75

imex Dental + Technik GmbH

Seite 25

Imtec Europe GmbH

Seite 29

InteraDent Zahntechnik GmbH

Seite 67

Interdisziplinäre ZahnMedizin Dr. med. dent. Christian Köneke

Seite 41

Ivoclar Vivadent GmbH

Seite 93

Johnson & Johnson GmbH

Seite 33

Kettenbach GmbH & Co. KG

Seite 71

KoelnMesse GmbH

Seite 77

Korte Rechtsanwälte

Seite 119

Kuraray Europe GmbH

Seite 35

medentis medical GmbH

Seite 109

Miele & Cie KG

Seite 79

Nobel Biocare Deutschland GmbH

4. Umschlagseite

Pharmatechnik GmbH & Co. KG

Seite 65

Philips GmbH

Seite 37

Primus Beier & Co.

Seite 87

Ratiodental GmbH

Seite 57

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Seite 4 und 5

SDI GmbH

Seite 55

Semperdent GmbH

Seite 49

Sirona Dental Systems GmbH

Seite 27

solutio GmbH

Seite 43 und 91

Spectator Dentistry

Seite 148

SS White Burs, Inc.

Seite 73

Sun Dental Laboratories GmbH

Seite 103

Tri Hawks S.A.

Seite 83

Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG

Seite 13

Voco GmbH

Seite 61

W&H Deutschland GmbH

Seite 69

WHITEsmile GmbH

Seite 7

Vollbeilagen

Imtec Europe GmbH

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH

Teilbeilage in PLZ 8 + 9

Weka Media GmbH & Co. KG

Europäisches Parlament

Psychische Gesundheit oft unterschätzt

Jeder vierte Europäer leidet mindestens einmal in seinem Leben unter einer psychischen Störung. Zu den häufigsten und schwerwiegendsten mentalen Erkrankungen zählen Depressionen. Die Auswirkungen psychischer Leiden würden oft jedoch unterschätzt, so der Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments (EP). Die Europaabgeordneten fordern daher, mehr in

Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit zu investieren. Das Hauptaugenmerk solle auf der Vorbeugung psychischer Erkrankungen liegen. Dies geht aus einem aktuellen Bericht des Gesundheitsausschusses hervor.

„Die durch psychische Erkrankungen verursachten volkswirtschaftlichen Kosten machen einen erheblichen Anteil des Brut-

toinlandsprodukts der EU-Mitgliedstaaten aus“, so der nordbairische CDU-Europaabgeordnete Dr. Thomas Ulmer.

Schätzungen zufolge beläuft sich der Anteil auf drei bis vier Prozent des BIP. Ein Großteil der Kosten werde jedoch nicht für die medizinische Versorgung aufgebracht, sondern falle aufgrund von häufigen Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit sowie durch den vorzeitigen Eintritt

in den Ruhestand an. Betroffene müssten besser integriert werden, im täglichen Leben ebenso wie am Arbeitsplatz, so der Allgemeinarzt. Ulmer fordert ferner die Einrichtung anonymer Anlaufstellen für psychisch erkrankte Menschen sowie den Ausbau regionaler Informationsnetzwerke. Es dürfe zudem niemand aufgrund seiner Krankheit diskriminiert werden, so der Europapolitiker. pr/ps



Foto: DAK/Müller

Online-Umfrage bei Pflegekräften

Schlechte Noten für Kliniken

Die Situation für Pflegekräfte und Patienten in Kliniken hat sich nach Angaben des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe drastisch verschärft. In einer anonymen Online-Umfrage unter knapp 2 000 Pflegekräften bewerten 83 Prozent die Personalausstattung ihrer Abteilung als nicht angemessen. Das berichte-

te der „Tagesspiegel“. Fast die Hälfte der Befragten würde in den Kliniken eigene Angehörige oder Bekannte nicht versorgt haben wollen. Der Berufsverband, der die Umfrage initiiert hat, spreche von katastrophalen Ergebnissen und der Bestätigung von zum Teil haarsträubenden Arbeitsbedingungen. ck/ÄZ

Absender (in Druckbuchstaben):

Für den schnellen Kontakt:
 Tel.: 0221/40 01 252
 Fax: 0221/40 01 253
 E-Mail: zm@zm-online.de
 ISDN: 0221/40 69 386

zm **Leser service** **Nr. 4**
2009

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

- R. Buchmann: Parodontologie (S. 38) Literaturliste
- M. Kriwalsky: Fibröses Histiozytom (S. 48) Literaturliste

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

Interaktive Fortbildung:

- C. Gebrande: Bisshebung (S. 54) Literaturliste
- D. Trohorsch: Endodontie (S. 62) Literaturliste
- J. Reichert: Praxisabgabe (S. 96) Info-Material

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

Ärztliche Gesamtvergütung

Rechtsstreit um Honorarvereinbarung

Die KBV hat eine Klage gegen den Mehrheitsbeschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss zu Bereinigung der Gesamtvergütungen als Folge von Selektivverträgen angekündigt, wie die Ärzte-Zeitung (27.1.) berichtet. Anders als die KBV halte Professor Jürgen Wasem den Beschluss jedoch für rechtswirksam. Wasem habe dies in einer Erklärung dar-



Foto: DAK/Schläger

gelegt, nachdem die KBV-Vertreter die Sitzung verlassen hätten. Das entsprechende Dokument liege der „Ärzte Zeitung“ nun vor.

Nach Auffassung der KBV gelten für den Erweiterten Bewertungsausschuss die gleichen Geschäftsordnungsgrundsätze wie für den Bewertungsausschuss, erläutert das Blatt weiter. Beschlüsse kommen dort nur durch Einstimmigkeit aller seiner Mitglieder zustande. Das erfordert die Anwesenheit aller Mitglieder. Deshalb werde man das Gesundheitsministerium um Beanstandung des Beschlusses bitten und Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht erheben. Wasem habe dem Bericht zufolge in der Sitzung darauf hingewiesen, dass das Gesetz für den Erweiterten Bewertungsausschuss Mehr-

heitsentscheidungen vorsehe. Das habe zur Folge, dass die Beschlussfähigkeit des Erweiterten Bewertungsausschusses lediglich voraussetze, dass die Mehrheit seiner Mitglieder anwesend sei. Wasem: „Eine Regelung in der Geschäftsordnung, nach der es eine Seite in der Hand hätte, durch Nichtteilnahme einen Mehrheitsbeschluss gegen sich zu verhindern und damit die mögliche Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses durch die andere Seite letztlich ins Leere laufen zu lassen, würde nicht dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung entsprechen.“ Bei gesetzeskonformer Auslegung sei das Gremium beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend seien.

Honorarreform

Köhler schreibt offenen Brief an die Ärzte

KBV-Chef Andreas Köhler hat sich in einem offenen Brief an die niedergelassenen Ärzte gewandt: Darin verspricht er, den Beschluss zu den Regelleistungsvolumen bis Mitte des Jahres zu überarbeiten, um Verbesserungen zu erreichen. „Was das neue System tatsächlich für den Quartalsumsatz Ihrer Praxis bedeutet, kann erst nach Abschluss der Abrechnung des ersten Quartals festgestellt werden“, so Köhler in dem Schreiben. Erst dann könne man – falls nötig – Korrekturen vornehmen. Viele Forderungen habe die KBV in Abstimmung mit der Politik umsetzen können. Die meis-

Gedenkveranstaltung über NS-Gräuelt

Knobloch fordert mehr interne Aufklärung

„Junge Ärzte müssen mehr über die Verstrickung ihres Berufsstandes in die Verbrechen des Nationalsozialismus wissen.“ Das forderte die Vorsitzende des Zentralrates der Juden in Deutschland, Charlotte Knobloch, bei einer Gedenkveranstaltung zum 70. Jahrestag des Entzugs der Approbation jüdischer Zahnärzte und Dentisten in München. Sie verlangte, der Medizingeschichte in der universitären Ausbildung von Ärzten und Zahnärzten einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen. Ärzte und andere Heilberufe seien überdurchschnittlich am NS-Unrecht beteiligt gewesen.

„In Auschwitz und anderen Konzentrationslagern ist der hippokratische Eid zum Meineid geworden“, sagte Knobloch. Defizite machte sie auch bei der Aufar-

beitung des NS-Unrechts aus: Nur 23 Ärzte hätten sich bei den Nürnberger Prozessen verantworten müssen. Knobloch forderte, bei der nächsten Überarbeitung des so genannten Genfer Gelöbnisses, einer Weiterentwicklung des Hippokratischen Eids, eine Widmung zugunsten der Opfer des NS-Regimes aufzunehmen.

Der KZVB-Vorsitzende Dr. Janusz Rat mahnte bei der Veranstaltung ein härteres Vorgehen des Staates gegen Neonazis und Rechtsradikale an. Mitglieder von kriminellen Vereinigungen hätten das Grundrecht auf Versammlungsfreiheit verwirkt. Im Münchner Zahnärzthehaus erinnert noch bis 13. März 2009 eine Ausstellung an den Entzug der Approbation jüdischer Zahnärzte im Januar 1939. ck/pm

Zuschläge zu ermöglichen, sei zu spät gekommen, weil zu diesem Zeitpunkt die meisten Schiedsamtverfahren bereits abgeschlossen gewesen seien – und zwar zu Lasten des Honorarvolumens in diesen KVen. Regionale Spielräume seien entgegen der gesetzlichen Intention damit einfach gekürzt worden. Köhler: „Die damit verbundenen Folgen für die Vertragsärzteschaft werden wir nicht hinnehmen.“ Er verspricht, den Beschluss zu den RLV zu überarbeiten und bis Mitte des Jahres Verbesserungen zu erreichen. Als Beispiele nennt er eine Begrenzung des Vorwegabzugs, Schutzmechanismen für kleine Arztgruppen sowie die Herausnahme weiterer Leistungen aus den RLV. ck/pm

Neue Regeln für die Kassen

BVA will Fehlcodierungen ein Ende machen

Das Sammeln von kranken Mitgliedern durch einzelne Kassen soll ein Ende haben. Das Bundesversicherungsamt (BVA) plant Änderungen am Gesundheitsfonds, um die Profitgier der Versicherer einzudämmen. Nach Informationen der Süddeutschen



Foto: stockdisc

Zeitung will das BVA den Einfluss der Ärzte bei der Berechnung des Finanzausgleichs beschränken, um die Manipulationen zu beenden. Künftig sollen nicht mehr die Diagnosen der Ärzte den Ausschlag für höhere Zahlungen an die Kassen geben, sondern die tatsächlich verordneten Medika-

mente, schreibt das Blatt. Mit Einführung des Fonds Anfang 2009 sollten die Soziallasten unter den Kassen eigentlich gerechter verteilt werden. Die AOK in Niedersachsen forderte jetzt freilich gezielt Ärzte auf, zu überprüfen, ob ihre Patienten nicht an einer der 80 Krankheiten leiden, für die die Kassen ab 2009 mehr Gelder bekommen. Im noch nicht unterzeichneten Vertrag zwischen der AOK Bayern und dem bayerischen Hausärzterverband ist der Zeitung zufolge sogar

von einer Prämie die Rede, die die Ärzte für jeden dieser Patienten erhalten. Insbesondere letzterer Fall hatte zu Empörung geführt. So warf der KBV-Chef Andreas Köhler seinen bayerischen Kollegen vor, damit die „Schamgrenze zur Manipulation“ zu überschreiten. ck/pm

Patientengesellschaft warnt

Fonds droht Milliardenlücke

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) befürchtet ein milliardenschweres Finanzloch im Gesundheitsfonds – ausgelöst durch die Wirtschaftskrise.

Dem Verband zufolge rechnen Arbeitsmarktexperten aufgrund der Krise mit zusätzlich einer Million Arbeitslosen. Dies führe zu klaren Einbußen bei den Beitragszahlungen – und damit in den kommenden 12 bis 18 Monaten zu einem weiteren Defizit in Höhe von fünf bis sieben Milliarden Eu-

ro im Fonds. Angesichts steigender Staatsschulden und sinkender Steuereinnahmen seien diese Löcher in der GKV durch weitere Kredite kaum zu stopfen. Versicherte müssten sich deshalb auf Leistungskürzungen einstellen. Langfristig sei eine Anhebung des GKV-Beitragsatzes auf 16 bis 17 Prozent „unvermeidlich“, zitiert das Deutsche Ärzteblatt den Verband. Aus wahltaktischen Gründen werde dieser Schritt jedoch auf die nächste Legislaturperiode verschoben. ck/pm/DÄ

Medizinische Fachangestellte

EVA soll nur entlasten

In Nordrhein-Westfalen können sich medizinische Fachangestellte künftig zur „Entlastenden Versorgungsassistentin“ (EVA) fortbilden und selbstständig Leistungen wie zum Beispiel Hausbesuche, Impfen und Prävention übernehmen. „Im Sinne der Kollegen wollten wir schnell reagieren und eine Fortbildungsmöglichkeit für Arzthelferinnen anbieten, die in der Praxis wirklich Nutzen hat“, sagten die Projektinitiatoren Leonhard Hansen, KV Nordrhein, Klaus Reinhardt, Ärz-

tekammer Westfalen-Lippe, und Wolfgang-Axel Dryden, KV Westfalen-Lippe. Die Entlastung der Niedergelassenen durch qualifizierte Mitarbeiter ist eines der Zukunftsthemen der Ärzteschaft. Im Gegensatz zu anderen Konzepten entlaste EVA den Arzt, ersetze ihn aber nicht. „Die EVA soll keine Alternative zum Arzt sein“, betonten die Initiatoren. „Im Interesse der Patienten halten wir am Grundsatz der therapeutischen Gesamtverantwortung des Arztes fest.“ ck/pm

Arztbesuch

Kassen mit mehr Service für Patienten

Nach der Einführung des Gesundheitsfonds können Kassenpatienten laut einem Bericht von „Bild.de“ mit mehr Service beim Arztbesuch rechnen. Bisher sei dafür der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassen nicht hoch genug gewesen. So wolle zum Beispiel die Techniker



Foto: DAK/Wiggen

Krankenkasse mit 7,2 Millionen Versicherten in bundesweit zwölf Versorgungszentren Sprechstunden auch am Samstagvormittag anbieten.

„Der Standard ist, dass jeder Versicherte innerhalb von fünf Tagen einen Facharzttermin bekommt, maximal 30 Minuten in einer Lounge mit Internetanschluss wartet und in der Woche bis 20.00 Uhr sowie Samstag bis 14.00 Uhr kommen kann“, sagte Sprecherin Dorothee Meusch dem Online-Angebot der „Bild“-Zeitung.

Andere Kassen bereiten sich ebenfalls auf Zusatz- und Serviceleistungen wie kurzfristige Terminvergabe, kurze Wartezeiten und Sprechstunden an Wochenenden, berichtet „Bild.de“ unter Berufung auf einen Branchenreport. Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach erwarte, dass Kassenpatienten künftig auch eine Zusatzversicherung für Chefarztbehandlung abschließen können, ohne sich einer Gesundheitsprüfung zu unterziehen oder Risikozuschläge zu zahlen. ck/dpa



Illu.: Felmy

zm-Zitate

Gerichtet

„Jetzt bin ich hier im Fernsehen und sage, ich habe es verpatzt. Das gehört zur Ära der Verantwortung. Es geht nicht darum, nie Fehler zu machen, sondern sie zuzugeben und dafür zu sorgen, dass sie nicht noch mal passieren.“

Barack Obama, eben vereidigter US-Präsident, vor amerikanischen Sendern über Fehler bei der Postenvergabe. Weniger, dafür, dass unter anderem auch sein Kandidat für das Gesundheitsministerium wegen Lobbyismus und Steuerproblemen ausfiel, sondern weil er, Obama, nicht realisiert hatte, dass der Fiskus hier fast „mit zweierlei Maß“ gemessen hätte.

Gepunktet

„Links war noch ein Haus, rechts waren Äcker – das war für einen Großstädter keine geschlossene Ortschaft mehr. Aber das Ortsausgangsschild stand erst 50 Meter weiter. Ich habe da einen Fehler gemacht, da beißt die Maus keinen Faden ab.“

Steht Oliver Wuttke, (CDU), als Verkehrsminister in NRW Ratsen auf der Spur, in Radio Köln über seine „Blitzkarriere“ mit 109 kmh innerhalb Meschedes Ende 2008, die Anlass war für sein 8-wöchiges Fahrverbot und 4 Punkte in Flensburg.

Geliehen

„Vielleicht werde ich eines Tages die Geschichte unserer goldenen Jahre aufschreiben, wie es war, als wir von all dem geliehenen Geld gelebt haben.“

Der isländische Schriftsteller Hallgrímur Helgason im Kölner Stadt-Anzeiger über die Pleite in seinem Land.

Willi das Erbe naht

Ein Punkt macht aus dem letzten Willen noch nicht unbedingt einen Scherz. Wie kürzlich das Landgericht Düsseldorf entschied, kann auch ein mit „Mein letzter Willi“ überschriebenes Testament rechtskräftig sein. Ganz im Sinne des Lieblings-

enkels einer verstorbenen Großmutter. Sie hatte ihrer Tochter ein Grundstück mit abbruchreifem Haus im Wert von nur 15 000 Euro vermacht, ihrem Lieblingsenkel aber ein Gartengrundstück im Wert von 25 000 Euro.

Die Tochter wollte das Erbe alleine antreten und zog vor Gericht. Das Testament mit dem Titel

„Mein letzter Willi“ sei nichts als ein Scherz, meinte sie.

Die Düsseldorfer Richter sahen das anders: Der untere Teil des letzten Buchstabens im Wort „Willi“ könne durchaus auch e gelesen werden. Darüber habe die Verstorbene „offensichtlich“ nur versehentlich einen i-Punkt gesetzt. pit/ÄZ

Kolumne

Wen die Geister lieben

Es gibt wieder einen Zahnarztfilm im Kino! Wie es dem Klischee entspricht, ist unser Kollege Bertram Pincus natürlich notorisch schlecht gelaunt und überzeugter Misanthrop.

Aber: Er kann nach einer missglückten OP plötzlich Tote sehen und mit ihnen

sprechen. Von da an hat unser Freund freilich keine ruhige Minute mehr, denn jene lauern plötzlich an jeder Ecke. Diese Geister haben nämlich auch im Jenseits noch eine Rechnung offen. Und wollen, dass der Zahnarzt Schicksal spielt.

Alles Geisterklamauk? Ganz und gar nicht. Übersinnliche Fähigkeiten besitzen wir im wirklichen Le-

ben vielleicht selten, aber offene Rechnungen sind uns ja weiß Gott nicht fremd. Speziell die eine namens GOZ. Die Not ist bei Pincus dementsprechend groß: Wie Goethes

Zauberlehrling wird er die gerufenen Geister nicht mehr los. Tja, wen die Geister

lieben: Hoffentlich funktioniert bei uns in dem Fall der Brauch – und mit Geistesstärke tun wir Wunder auch!

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm/online.de**

Ihr vollkommener Ernst