

Fortbildungsteil 1/2009

Konsil ist gefragt



**Menschen mit Behinderungen:
Appell an die Politik**

**China: Impressionen
aus dem Reich der Mitte**

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wenn auch oft gesagt, kann es gar nicht zu oft wiederholt werden: Zahnmedizin ist Medizin. Diese auf den ersten Blick profan wirkende Aussage erhält angesichts fortschreitender Erkenntnislage zahnmedizinischer Forschung im Feld systemischer Erkrankungen zunehmend Gewicht – nicht zuletzt auch für die Ausrichtung gesundheitspolitischer Entscheidungen. Was in der Berufspolitik mehr und mehr zum Ausgangspunkt für gesundheitspolitische Aufklärungsarbeit wird, findet in der zahnmedizinischen Praxis ihr argumentatives Fundament: Längst ist die Arbeit in den Praxen auch auf die Behandlung sogenannter „Problempatienten“ ausgerichtet.



Foto: M.O. Ahlers

■ *Medizinisches Arbeiten richtet sich zunehmend an Interdisziplinarität aus.*

Die Ausführung von Behandlungsplänen für diese „Problem“-Fälle, ehemals gesondertes Thema für „Spezialisten“ mit großem Erfahrungshintergrund, wurde inzwischen Gegenstand zahnmedizinischer Fortbildungsarbeit. So auch in den Zahnärztlichen Mitteilungen: Im zm-Fortbildungsteil berichten Kapazitäten über vier ausgewiesene Krankheitsbilder von Allgemeinerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung zahnmedizinischer Betrachtungsweise.

Dabei lehrt der zunehmende Kenntnisstand interdisziplinärer Forschung auch, dass der Nutzen keineswegs nur intellektuelle Einbahnstraße sein darf. Gerade aus prophylaktischer Sicht, aber auch zwecks Früherkennung von Allgemeinerkrankungen hat die Zahnmedizin als Sparte hier eine neue Rolle bekommen.

Unerwähnt darf in diesem Zusammenhang auch nicht bleiben, dass dentale Behandlungsverfahren zu den häufigsten invasiven chirurgischen Eingriffen zählen. Die Bedeutung dieser Erkenntnis für die Häufigkeit und die Notwendigkeit spezieller Vorbereitung von zahnärztlichen Eingriffen dieser Art sind ebenso wenig neu wie das inzwischen anerkannte Wissen um die spezielle Bedeutung

besonderer zahnmedizinischer Behandlungskonzepte für Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. Interdisziplinarität – sprich: gemeinsames Handeln von Zahnmedizin und allgemeinmedizinischen Fachgebieten – erfordert den Blick über den Teller rand. Und diese Form der Zusammenarbeit ist längst aus den Kinderschuhen raus. Dennoch brauchen Patienten und Zahnärzte hier auch ein gesundes Fundament: vernünftige Rahmenbedingungen sowie Unterstützung und entsprechendes Verständnis in Politik und Öffentlichkeit.

Mit freundlichem Gruß



Egbert Maibach-Nagel

Egbert Maibach-Nagel
zm-Chefredakteur



Foto: dynamic graphics, Titelfoto: pixtal

Zum Titel

Eine Allgemeinerkrankung – das ist oft ein Problem, das der Patient mit in die Praxis bringt. Vier ganz besondere Krankheitsbilder werden vorgestellt und es wird gezeigt, wie der Zahnarzt damit umzugehen hat.

Seite 34

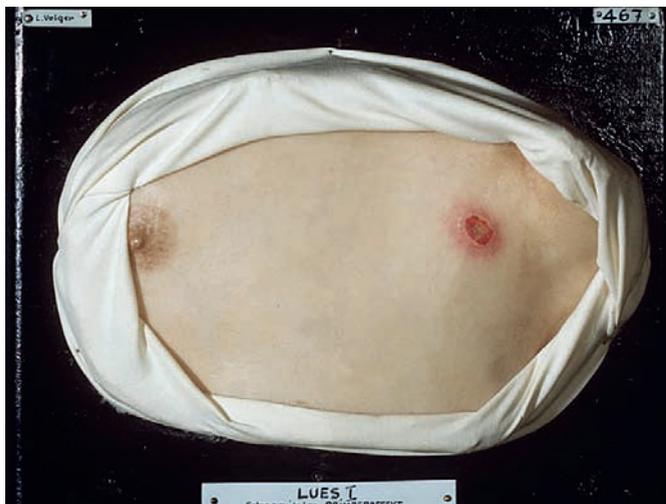


Foto: Anatomisches Museum Basel

Die Geschichte der Syphilis – Besuch einer ganz besonderen Ausstellung, die in Basel zu sehen ist

Seite 84



Foto: Firyn/BZÄK

Parlamentarischer Abend in Berlin: MdB Dr. Rolf Koschorrek und BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich engagieren sich für Menschen mit Behinderungen

Seite 32



Foto: project photos

Die Schweinegrippe hat für viele Schlagzeilen gesorgt – Diskussionen zu den Hintergründen

Seite 14



Foto: Heel

Gesundheitswesen und Zahnmedizin in China sind anders als im Westen – Impressionen aus dem Reich der Mitte

Seite 102

zm
online
www.zm-online.de
mit Anzeigenteil!

Editorial	1	Veranstaltungen	68
Leitartikel		Historisches	
BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich zur Bedeutung der Zahnheilkunde für behinderte Menschen	6	Ausstellung in Basel: Geschichte einer Krankheit	84
Leserforum	8	Praxismanagement	
Nachrichten	10,16	Der Zahnarzt im Coaching: die Ziele im Visier	88
Gastkommentar		Finanzen	
Walter Kannengießer, Sozialpolitik-Journalist, zu den Folgen der Wirtschaftskrise	12	Mögliche Folgen der Krise: Deflation, Inflation, Währungsreform	92
Aktuelles Thema		Recht	
Schweinegrippe: Aktuelles zum neuen Virus	14	Zwischen Tatsachen und Wertungen in der Zahnmedizin: Meinung oder Fakt	96
Politik und Beruf		EDV und Technik	
Vertragszahnärztetag Bayern: Positiv in die Zukunft	22	Ambient Assisted Living: Selbstständig durchs Alter	100
KZBV-Vorschläge: Eigene Wege für den Berufsstand	22	Internationales	
Koordinierungskonferenz in Frankfurt: Der Zahnarzt in Schlüsselfunktion	28	Gesundheitswesen in China: Impressionen aus dem Reich der Mitte	102
Gendiagnostikgesetz: Das Recht auf Nichtwissen	30	Als deutsche Zahnärztin nach China: Zwischen Frust und Freude	108
Parlamentarischer Abend: Gemeinsamer Einsatz für einen guten Weg	32	FDI-Kongress in Singapur: Zahnmedizin an der Kreuzung der Welt	110
Titelstory		EU-Parlament: Patientenrechte sollen gestärkt werden	112
Fortbildungsteil: medizinische Besonderheiten bei der Zahnbehandlung	34	Freizeit und Reisen	
Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation	36	Leserreise: Peru	114
Hämophilie und zahnärztliche Behandlung	40	Bekanntmachungen	116
Epidermolysis bullosa	48	Neuheiten	118
Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten – ein interdisziplinäres Konzept	58	Impressum	127
Zahnmedizin		Leserservice-Kupon	149
Der aktuelle klinische Fall: Differentialdiagnose der kindlichen Mundbödenschwellung	64	Letzte Nachrichten	149
		Zu guter Letzt	152



Foto: zm

Ethisch denken, versorgungspolitisch handeln

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

„Wir sind nicht nur für das verantwortlich, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun“, formulierte seinerzeit der französische Dichter Molière. Der Satz ist aktueller denn je, auch für den zahnärztlichen Berufsstand. Verantwortung zu

zeigen und sich zu engagieren gehört zu den ureigensten Aufgaben von Medizinern und Zahnmedizinern. Das zeigt sich bei

der Zahnärzteschaft beispielsweise in sensiblen Bereichen wie der Behandlung von Menschen mit Behinderungen. Hier steht der Kollege vor ganz besonderen Herausforderungen. Er muss spezielles Fingerspitzengefühl im Umgang mit den Patienten an den Tag legen, um den vielfältigen Behandlungsbedürfnissen Rechnung zu tragen.

Es sind ganz konkrete Konzepte notwendig, die sich im Versorgungsalltag bewähren müssen. Nicht ohne Stolz können wir darauf verweisen, dass der Berufsstand hier bereits einiges erreicht und geschaffen hat. Und dies vor Ort, aus der Kollegenschaft selbst heraus und in eigener berufsethischer Verantwortung.

» **Die Behindertenzahnheilkunde ist ein wichtiges präventives und berufsethisches Handlungsfeld.**

Zahlreiche Initiativen und Modelle in den Kammerbereichen legen davon inzwischen beredtes Zeugnis ab, wie auf der kombinierten Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde und für präventive Zahnheilkunde der Länderkammern Frankfurt/M. einmal mehr

deutlich wurde (siehe Bericht Seite 24). Dies gilt nicht nur für Konzepte der Behinderten- und Seniorenzahnheilkunde, sondern auch für das sensible

Thema der Früherkennung von häuslicher Gewalt in der Zahnarztpraxis. Bei all dem spielt der präventive Ansatz eine entscheidende Rolle.

Die Politik hat mittlerweile den beharrlichen Einsatz der Zahnärzteschaft anerkennend zur Kenntnis genommen. Das belegt der Parlamentarische Abend zum Thema „Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen“ am 21. April in Berlin (siehe Bericht Seite 28). Die Gesundheitspolitiker, die der Einladung von Dr. Rolf Koschorreck, MdB, Dr. Hans Georg Faust, MdB, und der BZÄK Folge leisteten, haben signalisiert, dass sie für die Belange dieser Patientengruppen sensibilisiert sind.

Jetzt geht es darum, unseren politischen Forderungen auch weiterhin Gehör zu verschaffen, denn mit bloßem ehrenamtlichem Engagement ist es nicht getan: notwendig sind konkrete Handlungsansätze für die besonderen Behandlungsbedarfe behinderter Menschen. Diese wiederum müssen in gezielten gesetzlichen Grundlagen wiederzufinden sein. Berücksichtigt werden muss beispielsweise ein höherer Personal- und Zeitaufwand bei der Behandlung, die Multimorbidität dieser Patienten oder die Behandlung in Allgemeinanästhesie. Das erfordert Planungsgrundsätze abweichend von der GKV und außerhalb des Budgets oder auch die Ausdehnung der präventiven Betreuung über das 18. Lebensjahr hinaus. Hier gibt es noch viel zu tun. Doch der Stein ist ins Rollen gebracht worden.

Die Behindertenzahnheilkunde ist ein wichtiges präventives und berufsethisches Handlungsfeld. Das zeigt sich auch aus internationaler wissenschaftlicher Sicht. So wird der fachlich renommierte Weltkongress der International Association for Disability and Oral Health (IADH) im September 2014 nach Deutschland kommen und – unter der Schirmherrschaft der BZÄK – in Berlin stattfinden. Auch die DGZMK bietet ihre Schirmherrschaft und Unterstützung bei der Erstellung des wissenschaftlichen Programms an. Der Kongress wird dem Thema nicht nur in der Öffentlichkeit mehr Gehör verschaffen, sondern wird ihm auch in der wissenschaftlichen Fachwelt zu einer verstärkten Wahrnehmung verhelfen.

Wir sind auf gutem Weg. Es bedarf jetzt weiterer gemeinsamer Schritte und Lösungsansätze von Standespolitik, Wissenschaft und Politik, um uns nachhaltig und wirkungsvoll für die Belange von Patienten mit Behinderungen und Menschen mit besonderen Bedürfnissen einzusetzen. Die Orientierung muss dabei am ganz konkreten Versorgungsalltag erfolgen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Dietmar Oesterreich

Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Gesundheitlich belastet

■ Zum Beitrag „Kombiniert endodontisch-chirurgische Intervention“ in zm 4/2009:

„Glückwunsch zum handwerklichen Können des Autors. Die auch nach radiologischen Gesichtspunkten exakte Revision von drei seit über zwölf Jahren wurzelgefüllten Zähnen mit anschließender Zystektomie und die darauf folgende augenscheinlich wirkliche knöcherne Ausheilung sind eine Veröffentlichung durchaus wert.

Bei einem Patienten mit einer essenziellen Thrombozythämie, die eine mediane Überlebenszeit von nur zehn bis 15 Jahren hat, davon zu sprechen, er sei ansonsten allgemeinmedizinisch gesund, ist aber absurd, genauso wie ein Leukämiepatient auch nicht ansonsten allgemeinmedizinisch gesund ist (zehn Prozent der Thrombozythämien transferieren in akute Leukämien). Daraus geht auch hervor, wie wichtig der Autor und sein Co-Autor, immerhin Professor an einer Poliklinik für Zahnerhaltung eines zahnmedizinischen deutschen Universitätsinstituts, allgemeinmedizinische Affektionen nehmen, nämlich gar nicht. An der Basis eines solchen Leidens kann immer auch eine systemische Entzündungsbereitschaft stehen, deren immunologische Parameter nach einer sorgfältigen Anamnese immer erst einmal diagnostiziert werden

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

sollten, bevor ein solcher kieferchirurgischer Eingriff für den Verbleib von drei devitalen Zähnen im Kieferknochen vorgenommen wird. Die Anamnese muss hier einen eventuellen zeitlichen Zusammenhang zwischen dem ersten endodontischen Eingriff vor 1995 oder den chirurgischen Eingriffen ab 1995 und dem Auftreten der Thrombozytämie (ein bis mehrere Jahre später) herausfinden oder aber negieren können, falls diese Affektion schon zuvor bestanden hat. Dann sollte zur Abklärung einer eventuellen systemischen Inflammation ein Zytokinprofil einschließlich Interleukin 17 erstellt werden. Daran anschließen muss sich bei positivem Befund eine Effektorzelltypisierung auf Mercaptane, Thioether, Putreszin, Cadaverin, Indol und Scatol, um die in einem lange schon wurzelgefüllten Zahn entstehenden immunologisch



relevanten Zerfallsstoffe zu nennen. Eine über verschiedene Zytokinbildungen sich manifestierende systemische Entzündungsbereitschaft muss aber nicht unbedingt (nur) auf die erwähnten Zerfallsprodukte zurückzuführen sein. Auch andere Quellen (Schwermetalle, Kunststoffe, Umweltbelastungen, Schimmelpilze und mehr) sind

zur Auslösung dieser Prozesse in der Lage. Dies sollte dann über einen geeigneten Lymphozytentransformationstest zur Evidenz gebracht werden. Auch das kann im zur Diskussion stehenden Fall seine Bedeutung haben, ist aber als unabhängig von der endodontischen Behandlung anzusehen.

Diese Aspekte wären zur zahnmedizinischen Behandlung unbedingt erforderlich gewesen, um den Patienten auch allge-

Zweifel am Erfolg

■ Zum Beitrag „Kombiniert endodontisch-chirurgische Intervention“ in zm 4/2009:

„Der Beitrag fordert zum Widerspruch heraus. Die Kontrollröntgenaufnahme vom 9.12.2008 wird beschrieben: „...zeigt eine Remineralisation im Bereich des

ehemaligen Knochendefektes. Man findet an den Zähnen 31 bis 33 apikale Verhältnisse vor, welche einem regulären Parodontalspalt vergleichbar sind.“ Betrachtet man das technisch schlechte OPG auf Abbildung 16 und vergleicht man es mit der Kontrollaufnahme nach der WSR auf Abbildung 13 (technisch guter Zahnfilm vom 14.4.2008), dann

mein-gesundheitlich wirklich voranzubringen und nicht nur drei Zähne in seinem Mund zu halten. Dasselbe gilt natürlich für die ebenfalls wurzelgefüllten Zähne 21 und 24 im Oberkiefer bei diesem durch die Thrombozythämie gesundheitlich so schwer belasteten Patienten.

Dr. medic-stom./RU Martin Klehmet, Emslandstr. 9, 28259 Bremen-Grolland

ist eine Knochenapposition nicht erkennbar und schon gar kein regulärer Parodontalspalt. Das ist nach den mehrfachen Operationen allerdings auch in der kurzen Zeit nicht zu erwarten. Im Gegenteil ist ein erneutes Zystenrezidiv sogar zu befürchten, denn nur (S. 394) „soweit dies möglich war (also nicht total – L.T.), wurden diese Gewebeanteile (das heißt der Zystenbalg – L.T.) entfernt“. „Von vestibulär konnte eine Neubildung des Alveolarknochens palpiert werden.“ Eine Objektivierung der letzten Aussage, zum Beispiel durch eine transversale Schichtaufnahme, unterblieb.

Ob die Behandlung von wünschenswertem dauerhaftem Erfolg sein wird, wage ich angesichts des auf Abbildung 12 gezeigten marginalen Knochenanbaus sehr zu bezweifeln. Ende 2008 kann Erfolg oder Misserfolg somit noch nicht beurteilt werden.“

Dr. med. habil. Lutz Tischendorf Niemeyerstr. 23 06110 Halle / Saale

Gesundheitsfonds

Manipulationen sollen aufhören

Eine neue Richtlinie soll Krankenkassen davon abhalten, Ärzte mit Geld oder Vergünstigungen dazu anzuhalten, bestimmte Diagnosen zu stellen. Dies kündigte die KBV an. Derzeit würden Mediziner von einzelnen Kassen bundesweit bis zu zehn Euro pro Fall dafür erhalten, dass sie ihre bisherige Diagnose überprüfen, sagte laut „Welt“ KBV-Chef Andreas Köhler. Hintergrund ist, dass die Kassen für einige Krankheiten mehr Geld aus dem Fonds bekommen als für andere.

Beispielsweise werde eine depressive Verstimmung besser bezahlt als eine Depression. Erstere habe unter Umständen eine teure Psychotherapie zur Folge, letztere könne eventuell mit Medikamenten behandelt werden. Wenn sich der Arzt auf die Vor-

schläge der Krankenkasse einlässt und bei der Manipulation mitmacht, könnte ein Patient „lebenslang mit der Diagnose herumlaufen“, sagte Köhler der Zeitung. In rund 100 Fällen sei der Versuch der Einflussnahme von Krankenkassen dokumentiert. Köhler glaubt aber, dass die Zahl tatsächlich höher sei. Eine „Kodier-Richtlinie“ soll ab 2010 Regeln für die Mediziner vorgeben und sie anhand von „Plausibilitäts-Richtlinien“ überprüfbar machen. Darüber soll nun mit den Kassen verhandelt werden. Vorliegen muss sie bis zum 1. Juli. Schon vor Wochen hatten Ärzte Manipulationsversuche von Kassen kritisiert. Auch die Aufsicht der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt, war bereits aktiv geworden. ck/pm

Arzneimittel

Kassen geben noch mehr Geld aus

Die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen steigen weiter rasant an. Der Umsatz im Markt der gesetzlichen Krankenversicherung wuchs 2008 um 5,5 Prozent auf 26,7 Milliarden Euro, teilte das Wissenschaftliche Institut der AOK in Berlin mit. Zwar sinken bei vielen Arzneien die Preise.

Gleichzeitig würden aber immer mehr teure Mittel verordnet, schreibt „Die Welt“.

Außerdem stieg die Zahl der verordneten Packungen um 2,4 Prozent. Maßgeblich für den Zuwachs bei den Packungen sei die Zunahme besonders teurer Therapien. ck/pm



Foto: ABIDA

Honorarverhandlungen der Ärzte

Ein kleiner Schritt weiter

Vertreter von Ärzteschaft und Krankenkassen haben sich in den Verhandlungen um die Ärztehonorare darauf geeinigt, bestimmte Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) herauszunehmen. Dazu gehören beispielsweise Gesprächsleistungen für Psychiater. „Wir sind einige kleine Schritte vorangekommen“, sagte KBV-Chef Andreas Köhler. Die Verhandlungspartner der KBV und des GKV-Spitzenverbandes vereinbarten laut Köhler darüber hinaus, die Patientenversorgung in vertragsärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften weiterhin zu fördern. Dazu werde das praxisbezogene RLV für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Mediziner der gleichen Arztgruppe um zehn Prozent erhöht. Für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit Angestellten anderer Arztgruppen beziehungsweise Schwerpunkte erhöhe sich das RLV um fünf bis maximal 40 Prozent. Die Beschlüsse gelten ab 1. Juli. „Damit haben wir etwas Luft für 2009 gewonnen. Die Spielräume im Rahmen der Konvergenzregelung können



nun Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen nutzen“, sagte Köhler. Eine endgültige Bilanz werde die KBV aber erst im Januar 2010 ziehen können, wenn die tatsächlichen Abrechnungsergebnisse vorliegen. Für den GKV-Spitzenverband verbindet die Vereinbarung „den Wunsch der Ärzteschaft nach einer Nachjustierung der innerärztlichen Verteilungsmechanismen“ mit der Forderung der Krankenkassen nach Vermeidung neuer Belastungen für die Beitragszahler. „Dass dies erreicht wurde, ist ein gutes Signal für die niedergelassenen Ärzte und die gesetzliche Krankenversicherung“, betonte Verbandsvize Johann-Magnus von Stackelberg. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) begrüßte die Fortschritte. Der zuständige Bewertungsausschuss sei „ein gutes Stück vorangekommen“, sagte Schmidt der „Financial Times Deutschland“. ck/pm/dpa

Barmer-Studie

Deutsche gegen Teilkasko-GKV

Mehr als zwei Drittel der Deutschen lehnen eine Beschränkung der gesetzlichen Krankenversicherung auf einen Basisschutz ab. Das geht aus einer von der Barmer in Auftrag gegebenen repräsentativen Forsa-Umfrage hervor. Neun von zehn der Befragten sprachen sich der Studie

zufolge zudem dagegen aus, den Versicherten Leistungen ab einem bestimmten Alter nicht mehr zu gewähren, 80 Prozent sind gegen die Kostenerstattung. Drei von vier Befragten meinten, dass Patienten von Medizinischen Versorgungszentren profitieren. ck/ÄZ

Druck auf Sozialkassen

Ruf nach mehr staatlichem Schutz

Der wachsende Druck auf die Sozialkassen durch die Rezession lässt den Ruf nach mehr staatlichem Schutz laut werden. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB), Krankenkassen und Sozialverbände forderten von der Bundesregierung ein stärkeres Gegensteuern gegen drohende Milliardendefizite. Bundesarbeitsminister Olaf Scholz (SPD) versicherte, die Renten würden im nächsten Jahr trotz der wirtschaftlichen Krise nicht gekürzt. „Es wird keine Kürzung der Renten geben. Das werden wir sicherstellen“, sagte Scholz in Berlin. „Die Bundesregierung geht aktuell davon aus, dass trotz der Krise in diesem Jahr die Löhne und Gehälter sogar leicht stei-

gen“, ergänzte er. Schon deshalb müssten die Rentner nichts befürchten. „Vertrauen ist wichtig für die Rente.“ Regierungssprecher Ulrich Wilhelm bezeichnete Berichte über drohende Rentenkürzungen als Spekulation, räumte aber ein, dass die Aussichten angesichts der Konjunktur- und Beschäftigungsprognosen nicht sonderlich gut seien. Das „Handelsblatt“ hatte unter Berufung auf Kreise der Sozialversicherung berichtet, den 20 Millionen Rentnern könnten die gesetzlichen Altersbezüge als Folge der Krise um mehr als zwei Prozent gekürzt werden. Die Entwicklung der Renten orientiert sich an den Lohnsteigerungen des Vorjahres. pr/dpa

GKV-Finanzloch

Bund zahlt Rezessionshilfe

Der Bund muss das GKV-Finanzloch infolge der Rezession mit 2,9 Milliarden Euro stopfen. Damit steigt der Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds 2009 auf rund zehn Milliarden Euro. Die Beitragszahler werden nach heutigem Stand dagegen nicht mehr belastet als schon bekannt. Stabilität bei den GKV-Ausgaben verhindert wohl weitere Zusatzbeiträge, wie die Chefin des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, in Berlin nach der Sitzung des zuständigen Schätzerkreises sagte. So drohen nach wie vor 4,5 Millionen der 51 Millionen Kassenmitgliedern Zusatzbeiträge. Die in dem Kreis versammelten Finanzexperten rechnen nicht mit stärker steigenden Kassenausgaben für Ärzte, Kliniken und Arz-

neimittel. Mit 167,8 Milliarden Euro kalkulieren die Kassen allerdings eine Milliarde mehr Ausgaben als Regierung und BVA. Zunehmende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen die Beitragseinnahmen laut einvernehmlicher Schätzung um 2,9 Milliarden Euro einbrechen. Der Bund muss das Defizit per Darlehen ausgleichen. ck/dpa



Fotos: CC

Die Krise trifft alle

Die Rentenversicherung trotz der Krise.

So wird gemeldet. Das ist richtig und falsch zugleich. Im ersten Quartal 2009 sind die Beitragseinnahmen der Rentenversicherung um gut zwei Prozent gestiegen. Auch daraus leitet Arbeitsminister Scholz ab, dass die Rentenversicherung die Krise ohne Beitragserhöhungen überstehen wird.

Und auch der Arbeitgebervertreter in der Selbstverwaltung, Gunkel, sieht für dieses Jahr eine stabile Entwicklung. Die Rentenversicherung verfüge über eine Rücklage von 14,6 Milliarden Euro; das entspreche 0,9 Monatsausgaben. Solche Hinweise widersprechen der Erfahrung, dass in der Vergangenheit weit höhere Reserven rasch dahin geschmolzen sind, wenn die Konjunktur stagnierte.

Aber die Rentenversicherung kann tatsächlich hoffen, in diesem Jahr noch halbwegs ungeschoren über die Runden zu kommen. Das liegt an der rechtlichen Ausformung des Beitragsrechts. Steigende Arbeitslosigkeit schlägt nur mit Zeitverzögerung auf die Beiträge durch. Im ersten Vierteljahr war die Zahl der Arbeitslosen noch geringer als zur Vergleichszeit des Vorjahres. Das wird sich jetzt ändern, die Zahl der Arbeitslosen steigt rasch. Da sich aber der Rentenbeitrag der Bezieher von Arbeitslosengeld nach 80 Prozent des zuletzt erzielten Arbeitseinkommens bemisst, nehmen die Beitragsausfälle nur langsam zu.

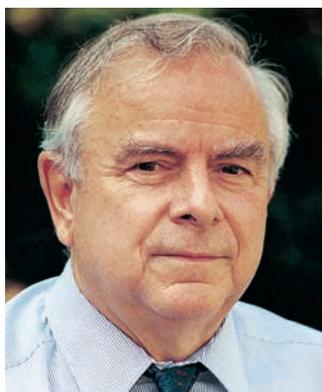


Foto: Archiv

Die Folgen der Wirtschaftskrise werden alle treffen, die einen früher, andere später, die einen mehr, andere weniger. Im Abschwung wirkt das Sozialsystem eine Zeit lang als Puffer. Aber nach dem Wahljahr drohen tiefe Einschnitte in das Leistungs-, Beitrags- und Steuerrecht.

Walter Kannengießer

Sozialpolitik-Journalist

bei Kurzarbeit im Durchschnitt noch gut 90 Prozent der bei voller Beschäftigung fälligen Beitragseinnahmen erhält. Die Rentenversicherung und die Versicherten profitieren also von der Verlängerung des Kurzarbeitergeldes von sechs auf 18 Monate und wohl noch weiter auf 24 Monate. Erst wenn die Beschäftigung stark zurückgeht und die Zahl der Hartz IV-Empfänger deutlich steigt, wird die Rentenversicherung massiv ins Minus geraten. Als schwere Hypothek könnte sich auch erweisen, dass die Renten trotz der Krise zur Jahresmitte fühlbar um 2,41 Prozent im Westen und um 3,38 Prozent im Osten angehoben werden.

Auch die Arbeitsagentur kann auf Reserven

von rund 16 Milliarden Euro zurückgreifen. Aber schon 2010 werden diese, wenn es wieder mehr als vier Millionen Arbeitslose geben sollte, verbraucht sein. Weder in der Rentenversicherung noch in der Arbeitslosenversicherung müssten die Beiträge erhöht werden, sagt Scholz. Das wird bis zum Wahltermin im September gelten.

Und auch für die Beiträge der Krankenversicherung wird der Wahltag ein Datum sein.

Wie die Sozialsysteme mittel- und langfristig stabilisiert werden sollen, sagen die politischen Akteure nicht. Wer Beiträge festschreibt, dem bleibt nur die Möglichkeit, Leistungen zu beschneiden und/oder die Zuschüsse des Bundes kräftig aufzustocken. Da Beitragszahler, Arbeitslose, Patienten und Rentner geschont werden, sind am Ende die Steuerzahler zu belasten. Dieser Weg ist mit den Konjunkturpaketen vorgezeichnet. Die exzessive Schuldenpolitik zwingt dazu. Wer den „kleinen Mann“ bei der Einkommensteuer entlasten will, der muss früher oder später die Mehrwertsteuer weiter erhöhen. Nach 2009 kommt die Politik nicht an tiefen Einschnitten in das Sozial- und Finanzsystem vorbei. Diese Prognose ist ohne Risiko.

Wenn das Bruttoinlandsprodukt in diesem Jahr, wie die Experten voraussagen, um etwa sechs Prozent schrumpfen und danach bestenfalls langsam wieder steigen wird, so bedeutet dies massive Wohlstandsverluste, die durch sozial motivierte Umverteilung nicht wettzumachen sind.



Foto: MEV

Robert Koch-Institut warnt vor Hysterie

Aktuelles zum neuen Influenza A-Virus H1N1

Von einer Epidemie der Vogelgrippe sind die Menschen bislang verschont geblieben, die Schweinegrippe aber hat die Schlagzeilen fest im Griff: Sie wächst sich zunehmend zu einem globalen Problem aus.

Fast wie aus heiterem Himmel machte in den vergangenen Wochen recht plötzlich ein bis dato unbekanntes Virus von sich reden: Zunächst vereinzelte Krankheitsmeldungen, dann eine rasant steigende Zahl an Todesfällen in Mexiko – erste Erkrankungen in den USA, dann in Spanien und schließlich auch in Deutschland – zunehmend beherrscht die Schweinegrippe die Schlagzeilen.

Die Ursache: Das neue Influenza A-Virus H1N1, das sich von Mexiko ausgehend trotz aller zügig ergriffenen Vorsichtsmaßnahmen

– wie etwa auf Flügen von Mexiko aus in andere Nationen oder das Ausrufen des Gesundheitsnotstands im benachbarten Kalifornien – relativ rasch in die ganze Welt ausgebreitet hat.

Infektion nur bei engem Kontakt

Wie das Berliner Robert Koch-Institut mitteilt, ist die Symptomatik der Schweinegrippe ähnlich wie bei der saisonalen Influenza. Fieber, Kopfschmerzen, Beschwerden der oberen Atemwege wie Husten, Halsschmerzen und Schnupfen sind ebenso charakteristisch wie Muskel- und Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit oder Erbrechen.

Wie die bekannten Influenzaviren, so wird auch das neue H1N1-Virus (H und N stehen für die beiden wichtigsten Proteine Hämagglutinin und Neuraminidase) per Tröpfcheninfektion übertragen und das offensichtlich auch von Mensch zu Mensch. Allerdings gehen Experten vom amerikanischen „Center for Disease Control and Prevention“ (CDC) davon aus, dass es nur bei engem Kontakt mit Infizierten zur Ansteckung kommt. So scheint das Virus nach dem Ab-



Virusalarm in Mexiko: Auch in Deutschland sind Vorsichtsmaßnahmen angesagt, aber kein Grund zur Panik.

Foto: dpa

husten oder Niesen nur eine kurze Distanz überwinden zu können. Die Experten schätzen diese auf weniger als einen Meter, was die zwischenmenschliche Übertragung bei entsprechenden hygienischen Vorsichtsmaßnahmen erschwert.

Allerdings können die Viren offenbar Oberflächen kontaminieren und auch durch Berührung weiter übertragen werden. Nach Angaben des CDC sollten daher alle Atemwegssekrete und Körperflüssigkeiten von infizierten Personen als potenziell infektiös angesehen werden. Nach derzeitigem Kenntnisstand können sich auch Menschen, die sich gegen die Influenza haben impfen lassen, mit dem Virus infizieren. Denn es handelt sich bei H1N1 laut CDC-Angaben um ein neues Virus, gegen das der saisonale Impfstoff nicht schützt.

Gegen das Virus wirksam hingegen sind die ganz allgemein bei der Behandlung der Influenza eingesetzten Neuraminidasehemmer, wobei zwei Substanzen, das Oseltamivir und das Zanamivir, derzeit verfügbar sind. Empfohlen wird der möglichst frühzeitige Einsatz der Neuraminidasehemmer. Denn von der saisonalen Grippe ist bekannt, dass die Wirkstoffe in den ersten 48 Stunden

nach Symptombeginn die beste Wirksamkeit aufweisen.

Das Schweinegrippen-Virus gilt allgemein als etwas weniger gefährlich als die übliche saisonale Influenza, kann nach Einschätzung des CDC aber durchaus Exazerbationen chronischer Erkrankungen hervorrufen und zum Teil massive Atemwegserkrankungen bedingen. Besonders gefährdet sind damit wahrscheinlich die gleichen Personengruppen wie auch bei der herkömmlichen Grippe, also Senioren und Menschen mit chronischer Grunderkrankung, also etwa einer relevanten Herz- oder Nierenerkrankung. Auch Säuglinge und Kleinkinder sowie allgemein immungeschwächte Menschen können zum besonders gefährdeten Personenkreis gehören.

Kein Grund zur Panik

Trotz der raschen globalen Verbreitung besteht kein Grund zur Panik – wie offizielle Stellen, wie etwa das Robert Koch-Institut (www.rki.de), betonen. Es ist schon gar nicht davon auszugehen, dass die Schweinegrippe ähnlich wüten könnte wie seinerzeit die Spanische Grippe, die von 1918 bis 1920 – ebenfalls verursacht durch den Influenza-Subtyp A/H1N1 – weltweit mehr als 25 Millionen Todesfälle forderte. Das dürfte unter anderem früheren Gefahrensituationen, etwa der drohenden Verbreitung von SARS oder der befürchteten potenziellen Vogelgrippe-Epidemie, zu verdanken sein. Denn nicht zuletzt das damals gesehene Gefahrenpotenzial hat dazu geführt, dass in praktisch allen Ländern Pandemiepläne in den offiziellen Schubladen liegen, die im Fall des Falles greifen sollen und dann hoffentlich eine rasche Eindämmung der Infektion bewirken.

Christine Vetter
Merkenicherstraße 224
50735 Köln

ERO-Generalversammlung**Im Fokus:
die Finanzkrise**

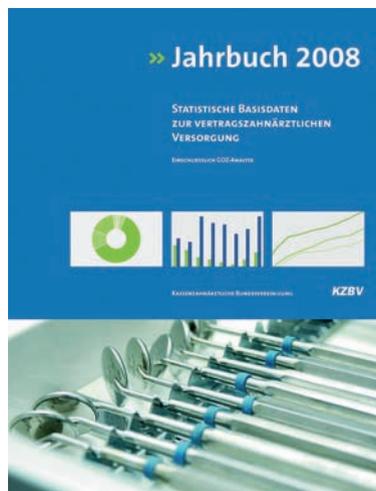
Die Finanzkrise und ihre Folgen standen im Mittelpunkt der Vollversammlung der Europäischen Regionalorganisation (ERO) der FDI am 17. und 18. April in Rom. Eingeladen hatten die beiden italienischen Zahnärzterverbände ANDI und AIO. Von den 41 Mitgliedsverbänden waren immerhin Delegationen aus 27 Ländern vertreten. Als roter Faden durch die Diskussionsbeiträge zog sich die Herausforderung durch die Krise; auch Möglichkeiten, ihr aktiv zu begegnen, wurden intensiv erörtert. Die Hauptthemen waren Auslandstourismus, klare Aufgabendefinition für Zahntechniker und Verlängerung des Zahnmedizinstudiums auf sechs Jahre. Aus den Arbeitsgruppen der ERO wurden zu den Themen zahnärztliches Team, freie zahnärztliche Berufsausübung, Qualität in der Zahnmedizin, Frauen in der Zahnmedizin, Prävention und Fortbildung Diskussionsergebnisse vorgestellt. Eine neue Arbeitsgruppe zu den Beziehungen zwischen Profession und Hochschule wurde eingerichtet. Von der FDI-Exekutive wurde über aktuelle Projekte der FDI sowie die finanzielle Krisensituation berichtet. Weiterhin fand eine Sitzung zu „Fluoriden in Europa: Wirkungen, Visionen und Realität für die Mundgesundheit“ statt. Der wichtige Einfluss von Fluoriden auf die europaweite Verbesserung der Mundgesundheit wurde in mehreren Referaten aufgezeigt. Hierbei wurde auch festgestellt, dass die DMFT-Werte für Zwölfjährige in Deutschland eine Spitzenposition in Europa einnehmen. BBK/BZÄK

Bundessozialgericht**BMG verliert Kontrolle über G-BA**

Im Streit um die Fachaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat das BMG sich einer Entscheidung des BSG fügen müssen. Das Bundessozialgericht in Kassel hat der Bundesregierung zwar noch die Rechtsaufsicht über die Selbstverwaltung zugebilligt, ihr aber eine Fachaufsicht abgesprochen. Das lasse sich zwar aus den Gesetzen nicht eindeutig entnehmen, ergebe sich aber aus Rolle und Funktion des G-BA. Könnte das Ministerium selbst alle Einzelheiten festlegen „und damit die Gestaltungsfreiheit des G-BA aushöhlen“, würde das die Frage nach dem Sinn der Selbstverwaltung aufwerfen, sagten die Richter in der Urteilsbegründung. Der Streit hatte sich an der Protonentherapie entzündet, die bei der Bekämpfung von Krebs punktgenauer ist als die übliche Photonentherapie, aber auch doppelt so teuer. Deshalb hatte der G-BA die Protonentherapie bei einigen Krebsarten zwar zugelassen, bei Brustkrebs aber aus dem Kassenkatalog genommen. Das BMG war gerichtlich dagegen vorgegangen. „Wir wollen eine Lanze für den Fortschritt brechen“, sagte der Anwalt des Ministeriums. G-BA-Chef Rainer Hess hatte hingegen argumentiert, Fortschritt sei nicht alles, „er muss auch finanzierbar sein“. Zur Selbstverwaltung gehörten auch solche Entscheidungen. Hess: „Sonst könnten wir nur noch Empfehlungen abgeben und wären eigentlich überflüssig.“ ck/dpa

BSG Kassel, Az.: B 6 A 1/08 RKZBV Jahrbuch 2008**Wirtschaftsfaktor Zahnärzte**

Das neue Jahrbuch der KZBV liegt vor: in der neuen Optik, mit



bewährter Aussagekraft. Die Zahl der deutschen Vertragszahnärzte belief sich 2007 auf 55 223. Sie arbeiteten durchschnittlich 48,0 Stunden pro Woche und erwirtschafteten einen Gesamtumsatz von knapp 20 Milliarden Euro. Ende 2007 beschäftigten die Vertragszahnärzte rund 228 000 Arbeitnehmer, davon rund 31 000

Auszubildende. Diese und weitere statistische Basisdaten zur gesamtwirtschaftlichen Bedeutung der Zahnärzte, zu GKV-Einnahmen und -Ausgaben, Bevölkerungsstruktur, zur betriebswirtschaftlichen Entwicklung der Zahnarztpraxen und anderem mehr bietet das KZBV Jahrbuch 2008. Die als objektive Quelle und wichtiges „Handwerkzeug“ bewährte Datensammlung aus amtlichen und offiziellen Statistiken von KZBV, BZÄK, Statistischem Bundesamt sowie

Bundesgesundheitsministerium kann zum Selbstkostenpreis von acht Euro (zuzüglich Porto) bestellt werden. KZBV

**Bezugsquelle: KZBV
Postfach 41 01 69, 50861 Köln
Tel.: 0221/4001-215/-117/-216
Fax.: 0221/4001-180
Internet: www.kzbv.de Service/
Materialien**

Kammer Schleswig-Holstein**Rubehn neuer Präsident**

Dr. K. Ulrich Rubehn, Elmshorn, ist zum neuen Präsidenten der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein gewählt worden. Vizepräsident bleibt Dr. Michael Brandt, Kiel. Beisitzer im Vorstandsteam sind Dr. Kai Voss, Kirchbarkau, Dr. Gerald Hartmann, Ratzeburg, und Dr. Joachim Hüttmann, Bad Segeberg. Der bisherige Kammerpräsident Hans-Peter Küchenmeister hatte nicht mehr erneut kandidiert.

pr/pm



Foto: ZÄKSH

KZBV-Vorsitzender Dr. Fedderwitz

Zielrichtung vorgestellt

Die Werte und Prinzipien des freien Berufs im Gesundheitswesen und das Potential der ethisch und rechtlich eingebundenen heilberuflichen Selbstverwaltung müssten gestärkt werden, erklärte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz anlässlich der Landesversammlung des FVDZ in Hessen am 25. April. Andernfalls könn-



Foto: Lopata

ten Probleme wie der Ausbau einer sach- und patientengerechten, nicht fremdbestimmten Qualitätsförderung nicht gelöst werden. „Wir wollen mitwirken, die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen im Sinne fortschrittlicher Zukunftskonzepte im SGB V zu verankern“, betonte er in der Diskussion mit dem hessischen FDP-Fraktionsvorsitzenden Florian Rentsch. Fedderwitz skizzierte die Positionierung des KZBV-Vorstandes im Wahljahr (siehe auch den Bericht in diesem Heft Seite 22). Zur Lösung der anstehenden Probleme, so der KZBV-Vorsitzende, müssten Strukturen abgeschafft werden, die sich an Grundlohnsummenwerten und dem Primat der Beitragsstabilität orientierten.

Das Konzept des KZBV-Vorstandes dazu:

■ Herausnahme der Antragsleistungen (PAR, KFO, KB) aus der Budgetierung

■ Anstelle der Mehrkostenregelung für Füllungen und Endo Festbetragsmodell außerhalb der Budgetierung

■ die übrigen Leistungsbereiche sind als unmittelbar notwendig determiniert.

Anerkanntermaßen gebe es im zahnärztlichen Bereich keine angebotsinduzierte Nachfrage.

Eine Abschaffung der Budgetierung und Sachleistung sowie eine weitgehende Stärkung des Kostenerstattungsprinzips wären die richtigen Schritte in die Zukunft. Die Zahnärzteschaft habe nicht zuletzt mit dem Festzuschussmodell oder ihrem Gutachterwesen Wege aufgezeigt, die gleichzeitig die durch medizinischen Fortschritt und Demographie veranlasste Mengenausweitung einfangen und andererseits den Bedürfnissen des souveränen, seine individuelle Versorgung und Versicherung befürwortenden Patienten bedienen könnten.

Rentsch bemängelte, dass Deutschland auf dem besten Wege sei, die Staatsmedizin in Deutschland fest zu etablieren. Um den wissenschaftlich-technischen Fortschritt in der medizinischen Versorgung und gleichzeitig die besorgniserregende demographische Entwicklung in der Bundesrepublik aufzufangen, müsse man als ersten Schritt zur Kostenerstattung übergehen und das Sachleistungsprinzip abschaffen. Es ginge darum, die gemeinwohlorientierten Werte des freien Berufs wieder in den Mittelpunkt der heilberuflichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Diskussionen zu stellen. pr/pm

BÄK und PVS-Verband monieren

Einheitsversicherung geht zu Lasten der Patienten

Ergänzend zur gesetzlichen Krankenversicherung bedürfe es auch künftig einer starken privaten Krankenversicherung. Das erklärten die Bundesärztekammer und der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS-Verband) auf einer Veranstaltung zur PKV in Berlin. „Der im internationalen Vergleich hohe Standard der medizinischen Versorgung ist eng verbunden mit dem Erfolgsmodell des gegliederten Krankenversicherungssystems“, betonte Dr.



Franz Gadomski, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer. Eine starke private Vollversicherung, die bei der Integration medizinischer Innovationen vorangehe und den Unterschied zwischen guter und rationierter Medizin deutlich mache, werde weiterhin gebraucht, hob Gadomski hervor.

„Es bedarf einer mutigen und nachhaltigen Neugestaltung des GKV-Leistungsspektrums im Sinne einer Rückführung auf eine tatsächlich solidarische Grund-

versorgung“, forderte auch Dr. Jochen-Michael Schäfer, Vorsitzender des PVS-Verbands. „Die Prognosen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen lassen keinen anderen Lösungsweg zu, als die über die Grundversicherung hinaus reichenden Leistungen in privatrechtlichen Versicherungsverhältnissen abzusichern“, sagte Schäfer. Wesentliche Bausteine dazu seien eine Neubestimmung des Verhältnisses von Solidarität und Subsidiarität sowie die Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten. ck/ots

Karlsruhe

Hoppe klagt gegen BKA-Gesetz

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hat wie angekündigt Verfassungsbeschwerden gegen das BKA-Gesetz eingereicht. Nach Ansicht der BÄK schränken die mit dem Gesetz erweiterten Ermittlungsbefugnisse der Fahnder das Arztgeheimnis

und das Zeugnisverweigerungsrecht von Medizinern in unzulässiger Weise ein. Mit Hoppe klagten auch der ehemalige Bundesinnenminister Baum, „Zeit“-Herausgeber Dr. Michael Naumann und der Chef der Psychotherapeutenkammer Hessen, Jürgen Hardt. ck/ÄZ

BKken beklagen Verluste

Klage gegen Gesundheitsfonds

Sieben Betriebskrankenkassen haben Klage gegen Teile des Gesundheitsfonds erhoben. Sie beanstanden einen Systemfehler im Finanzausgleich, der Teil der Systematik ist. Der Ausgleich tariere von den Kassen nicht beeinflussbare Kosten für Krankengeld falsch aus, da er nur Ausgleichszahlungen in Höhe der Durchschnittsentgelte aller Versicherten vorsehe. Dies führte zu Nachteilen für Kassen mit vielen Gutverdienern, berichtet das Handelsblatt. Allein Bayerns 22

Betriebskrankenkassen verlören dadurch 40 Millionen Euro, begründete Bayerns BKK-Chef Werner Rychel die Klage. ck/pm



Fotos: CC

Weitergabe von Patientendaten

Gericht tadelt Kassenneugier

Das Bundessozialgericht (BSG) hat kritisiert, dass Krankenkassen immer öfter Einblick in Patientendaten nehmen wollen. Es nehme teilweise überhand, dass vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) „vorschnell“ Behandlungsberichte bei Ärzten oder Krankenhäusern angefordert werden, rügte der Senatsvorsitzende Ulrich Hambüchen in Kassel. „Ärzte werden durch die Bürokratie immer mehr

gegen einen Arzt, der die Weitergabe von Patientendaten verweigert und sich auf die ärztliche Schweigepflicht berufen hatte. Das Bundessozialgericht betonte laut Zeitung, dass die Bitte um Behandlungsberichte „im Einzelfall“ begründet werden müsse, erklärte im vorliegenden Fall die knappen Worte aber trotzdem für „noch ausreichend“: Ein 14-tägiger Klinikaufenthalt der Patientin mit zwei Darmspiegelungen und einer zeitweiligen Überweisung in ein anderes Fachkrankenhaus könne bei der Diagnose „Angina Pectoris“ durchaus fragwürdig erscheinen. Dass die Patientin gleichzeitig an einem Darmtumor und Lebermetastasen litt, habe die Kasse nicht wissen können. Der Senat will die Anforderungen für die Weitergabe von Patientendaten an den MDK in der schriftlichen Urteilsbegründung genauer definieren. ck/pm



belastet“, sagte er laut „Osna-brücker Zeitung“. Die Kassen schalten den MDK ein, wenn sie an der Notwendigkeit einer Behandlung zweifeln und deshalb nicht ohne genauere Rechtfertigung zahlen wollen. Im vorliegenden Fall entschieden die obersten Sozialrichter trotzdem

BSG Kassel, Az. B 3 KR 24/07 R

EU-Arbeitszeitrichtlinie

Novelle endgültig gescheitert

Die Neufassung der EU-Arbeitszeitrichtlinie ist fünf Jahre nach Beginn des Gesetzgebungsverfahrens gescheitert. Während Gewerkschaften und Kliniken den Ausgang bedauern, begrüßt die Bundesärztekammer das Aus. Auch die dritte Runde des Vermittlungsverfahrens zwischen den EU-Regierungen und dem Europaparlament (EP) verlief ohne Ergebnis. Die Regelungen sollten den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer sichern und gleichzeitig eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung ermöglichen. Hauptgrund für das Misslingen: Die EU-Abgeordneten verlangen, dass die bestehende Ausnahmerege-

lung (opt out) für die Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit über 48 Stunden hinaus auslaufen muss, während der Rat auf einer unbefristeten Fortsetzung der Regelung besteht. Unüberbrückbare Differenzen gab es auch hinsichtlich der Definition von Bereitschaftsdienstzeiten sowie in der Frage, inwieweit die Gesamtarbeitszeit eines Arbeitnehmers auf mehrere Arbeitsverträge verteilt werden kann. EU-Beschäftigungskommissar Vladimir Spidla bedauerte den Ausgang der Verhandlungen. Das Scheitern bedeute, dass es langfristig keine Lösung im Sinne der vom Europäischen Gerichtshof gefällten Urteile geben



Foto: Lichtenscheidt

werde. Vorerst bleiben somit die derzeit gültigen Arbeitszeitregelungen in Kraft. Diese sehen unter anderem vor, dass Mitgliedstaaten von der Höchstarbeitszeit von derzeit 48 Stunden pro Woche, auf einen Zeitraum von vier Monaten gerechnet, abweichen können. Theoretisch sind somit Wochenarbeitszeiten von 78 Stunden möglich. Deutschland hatte sein Arbeitszeitgesetz bereits 2004 entsprechend der Vorgaben der Luxemburger Richter geändert. Die Ärzte begrüßen hingegen das Festhalten an der bisherigen Regelung. Das Europäische Parlament habe die Beschäftigten

in den Krankenhäusern vor einer Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen bewahrt, sagte BÄK-Vizepräsident Frank Ulrich Montgomery. Auch der Marburger Bund beurteilt das Scheitern als wichtigen Erfolg im Sinne der Patienten und gegen überlange Arbeitszeiten von Krankenhausärzten in Europa. Der jahrelange Kampf des MB gegen Marathon-schichten und den Einsatz übermüdeten Ärzte habe sich mit dem heutigen Scheitern gelohnt. Dagegen sieht die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Ergebnis der Verhandlungen als eine vergebene Chance. ck/dpa/DÄ

Chronische Bronchitis**Das Ausmaß wird unterschätzt**

Immer mehr Menschen erkranken an chronischer obstruktiver Bronchitis, einer dauerhaften Lungenerkrankung. „Die Krankheit wurde jahrelang unterschätzt“, sagte Professor Michael Pfeifer anlässlich des Internistenkongresses in Wiesbaden. In Deutschland seien bereits mehr Menschen davon betroffen als von der Atemwegserkrankung Asthma: 8,7 Prozent der Männer und 3,7 Prozent der Frauen über 40 Jahren seien erkrankt. Die chronisch obstruktive Bronchitis – nach dem englischen Ausdruck kurz „COPD“ genannt – gilt als Raucherkrankheit: Nahezu alle Betroffenen seien Raucher, so der Internist vom Universitätsklinikum

Regensburg. Die Atemwege der Betroffenen werden vom Rauchen oder aufgrund von Luftverschmutzungen verengt. Außerdem wird – im Gegensatz zum einfachen Husten – Lungengewebe dauerhaft zerstört. Die Patienten leiden unter starker Atemnot. COPD trete zudem häufig als Risikofaktor mit anderen Krankheiten auf, so Pfeifer. Werde ein Patient etwa mit Herzkrankung und gleichzeitiger COPD ins Krankenhaus eingeliefert, verdopple sich sein Todesrisiko. Mit Medikamenten können die Beschwerden der chronisch Lungenerkrankten zwar gelindert werden, der Krankheitsverlauf ist jedoch nicht aufzuhalten. Neue Behandlungsmethoden – etwa implantierte Lungenventile und neue Medikamente – seien in den nächsten Jahren zu erwarten. Der Spezialist rät zum Nichtrauchen als einfacher Prävention. sp/dpa

Diabetiker**Große Gefahr für einen Herz- oder Hirninfarkt**

Diabetiker haben ein extrem hohes Risiko für Herz- oder Hirninfarkt. 75 Prozent der Todesfälle von sogenannten Altersdiabetikern gingen auf Verschlüsse von Gefäßen im Herzen, im Gehirn oder in anderen Körperteilen zu-



Foto: stocklisc

rück, berichtete der Medizinprofessor Diethelm Tschöpe beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden. Die an Diabetes II erkrankten Patienten wüssten das meist nicht. Außerdem gebe es viele Menschen, die gar nicht wüssten, dass sie krank seien. „Diabetes tut nicht weh“, erklärte Tschöpe das Problem. Der Patient wisse nicht, dass er krank sei, und wenn er es wisse, spüre er nichts. Dabei nehme die Zahl dieser Diabetiker epidemieartig zu. Ihre Zahl liege bei zehn Prozent der Bevölkerung oder acht Millionen, und die Dunkelziffer dürfte ebenso groß sein. Tschöpe sieht eine „Tsunami-Welle“ an Folgeerkrankungen auf Deutschland zurollen. Der Ärztliche Direktor des Herz- und Dialysezentrums der Universitätsklinik Bochum fordert eine ganzheitliche Behandlung von Diabetes-

Patienten. Diese Krankheit belastet nachweislich Herz und Kreislauf. Andererseits sei bei zwei Dritteln der Menschen mit akuten Gefäßerkrankungen der Zuckerstoffwechsel gestört. „Der Herzinfarkt stellt bei ihnen quasi

das tragische Erstsymptom der Diabetes dar“, erklärte Tschöpe. Nach Darstellung des Mediziners reicht es nicht, nur die Zuckerverwerte gut einzustellen. So sollten immer auch die Gefäße untersucht werden. Es gebe aber auch andere Zusammenhänge, die bedacht werden sollten. So litten Patienten mit Diabetes II gehäuft an Depressionen, die ihrerseits wieder das Risiko von Herzinfarkten erhöhten. Nahezu jede zweite psychische Störung bleibe aber unerkant. Studien belegen laut Tschöpe, dass die Lebenserwartung für Typ-II-Diabetiker fünf bis zehn Jahre geringer ist als im Durchschnitt. Männliche Diabetiker erlitten etwa viermal häufiger einen Herzinfarkt als gesunde Frauen. Bei Diabetikerinnen sei das Infarktrisiko gemessen an gesunden Geschlechtsgenossinnen sogar um das Sechsfache erhöht. sp/dpa

Multiple Sklerose**Schnelle Diagnose mit Kontrastmittel**

Die Krankheit Multiple Sklerose (MS) soll künftig mit einem neuen Kontrastmittel deutlich früher zu erkennen sein. Wie das Universitätsklinikum Heidelberg jetzt mitteilte, konnten Forscher der Kliniken in Heidelberg und Würzburg damit bei Versuchstieren Gewebeschäden sichtbar machen, die im Kernspintomographen meist unerkant blieben. Im Vergleich zu üblichen Kernspin-Bildern seien fünf- bis zehnmal mehr entzündliche Läsionen zu sehen gewesen, schilderte Martin Bendszus, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Neuroradiologie. Eine möglichst frühe Diagnose ist wichtig für eine wirkungsvolle Behandlung. Im frühen Stadium ist eine medikamentöse Behandlung der bislang unheilbaren Multiplen Sklerose besonders erfolgreich. Bisher konnte eine frühe Diagnose jedoch meist nicht mit Sicherheit gestellt werden, insbe-



Foto: goodshoot

sondere, wenn keine oder nur wenige Entzündungsherde im Kernspin-Bild zu finden waren. Details zu ihren Untersuchungen zu dem neuen Kontrastmittel Gadofluorine M beschreiben die Wissenschaftler aus Heidelberg und Würzburg im Fachjournal „Brain“ (online vorab veröffentlicht). Das neue Kontrastmittel ist noch nicht zugelassen. Es soll für die klinische Anwendung weiterentwickelt werden. sp/ÄZ

Papillomviren

So funktioniert die HPV-Impfung

Die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs ist genau genommen eine Impfung gegen die Viren, die als Hauptauslöser dieses Karzinoms gelten. Es gibt mehr als 100 verschiedene Typen dieser sogenannten Humanen Papil-



Foto: PD

lomviren (HPV) – sie sind allgegenwärtig und meist harmlos. Rund 40 davon können den Genitaltrakt infizieren: Im Laufe ihres Lebens stecken sich mehr als 70 Prozent der sexuell aktiven Menschen damit an – und das oft schon in den ersten Jahren. Bei der großen Mehrheit davon (70 bis 90 Prozent) kommt es aber zu

keiner Erkrankung, da das Immunsystem die Erreger bekämpfen kann. In anderen Fällen bleibt es bei Genitalwarzen. 15 der Papillomviren gelten als krebserregend, vor allem HPV-16 und HPV-18. Bleibt eine Ansteckung lange unentdeckt, bilden sich in der Schleimhaut feine Risse, der natürliche Ablauf der Zellteilung wird gestört: Irgendwann kann Krebs entstehen. In 70 Prozent aller Fälle von Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) sind HPV-16 oder HPV-18 die Verursacher – ersteres ist für die Hälfte, das andere für ein Fünftel der Tumore verantwortlich. Der Impfstoff setzt auf sogenannte Virusähnliche Partikel (VLP). Sie entsprechen der Proteinkapsel des Virus, sind aber „leer“, enthalten also kein Viruserbgut. Die VLPs werden vom Immunsystem als infektiös erkannt und abgewehrt, sind es aber nicht. Nach dreimaliger Impfung ist die körpereigene Immunabwehr fit gegen die Viren – wie lange der Schutz tatsächlich anhält, ist jedoch noch unklar. sp/dpa

Mundgeruch

Übergewicht als Ursache

Übergewichtige Menschen leiden häufiger unter schlechtem Atem, ergab eine Studie an der Universität Tel Aviv. Eine genaue Ursache für diesen Zusammenhang konnten die Mediziner allerdings nicht finden. Sie empfehlen ihren vom Mundgeruch geplagten Patienten das gründliche Reinigen der Zähne mit Zahnseide, das Trinken von größeren Wassermengen und den sparsamen



Foto: MEV

Konsum von Kaffee, Zwiebeln, Knoblauch und Alkohol. thy

Quelle: *Healthy Living* 12/08, 37

Vertragszahnärztetag Bayern 2009

Positiv in die Zukunft

Überlegungen zu neuen berufspolitischen Konzepten der Zahnärzteschaft als Reaktion auf die gesundheitspolitischen Wirrnisse jüngerer Vergangenheit bestimmten den politischen Teil des Bayerischen Vertragszahnärztetages 2009 am 24./25. April in München. Während BMG-Ministerialrat Dr. Michael Dalhoff die Reformpolitik der Großen Koalition verteidigte, prognostizierten sowohl KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer wie auch Bayerns KZV-Vorsitzender Dr. Janusz Rat den notwendigen Wandel für den zahnärztlichen Berufsstand.

Offene Kritik an den jüngsten Reformen prägte die Begrüßungsworte des Bayerischen KZV-Vorsitzenden. Für Janusz Rat ist der Gesundheitsfonds Paradebeispiel für ein Staatsversagen. Auslöser seien „oft Einheitslösungen“. Nicht Kostenminderung, sondern Zentralismus und Machtzuwachs seien Motive dieser Reformpolitik. Die Interventionsspirale werde sich, so prophezeite Bayerns KZV-Vorsitzender, weiter drehen. Der Versuch, Bürgerversicherung und Kopfpauschale zusammen zu führen, habe im Fiasco geendet – mit Folgen auch für Deutschlands Zahnärzte und ihre Patienten. Voraussetzung für eine ordentliche Berufsausübung und eine patienten- und nicht finanzorientierte Therapie sei allerdings die Freiheit „von Existenzängsten“. Hier sei die Forderung nach Aufhebung der Budgetierung ein wichtiger Schritt, der mit Aufnahme in den Koalitionsvertrag der neuen Regierung Bayerns eine erfolgreiche Entwicklung genommen habe. Rat warnte ausdrücklich vor einer Abschaffung der ärztlich-/zahnärztlichen Selbstverwaltung: „So lange die Kassen den öffentlich-rechtlichen Status haben, braucht es ein Gegengewicht in Form der KZVen. Das ist das Prinzip gleich langer Spieße.“ Und: Die Forderung nach mehr Wettbewerb und mehr Markt allein stellen, so Rats Einschätzung, „eine flächendeckende medizinische Versorgung nicht sicher“.

Partner Patient

Dass Deutschlands Zahnärzteschaft angesichts dieser Lage „eigene Wege“ gehen müsse, verdeutlichte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer in einem Grundsatzvortrag, der eine Standort-

bestimmung der KZBV vornahm, aber auch konzeptionelle Vorschläge der Bundes-KZV für neue Wege der Zahnärzteschaft unterbreitete (siehe Kasten). Hier seien Freiberuflichkeit und die Selbstverwaltung der Zahnärzte nach wie vor Grundlage für eine gute Versorgung. Eßer forderte: „Wir müssen neue, eigene Wege beschreiten, die den Patienten als unseren Partner wieder in den Mittelpunkt rücken und ihm einen größtmöglichen Anspruch auf Selbstbestimmung und Gesundheit geben. Gleichzeitig müssen wir für unsere Freiberuflichkeit mit aller Entschiedenheit eintreten, ebenso für unser Recht auf autonome Selbstverwaltung, Privilegien, die uns heute durch die kalte Küche genommen werden sollen, um uns endgültig mundtot zu machen. Hierzu bedarf es des Zusammenhaltes des Berufsstandes und entschlossenen Handelns.“

Beschwichtigend trat hingegen BMG-Minis-

KZBV-Vorschläge für neue Konzepte

Eigene Wege für den Berufsstand

In Rahmen einer Standortbestimmung der Zahnärzteschaft zur aktuellen Reformpolitik der Großen Koalition im Gesundheitswesen erläuterte der stellvertretende Vorsitzende des KZBV-Vorstands, Dr. Wolfgang Eßer, auf dem Bayerischen Vertragszahnärztetag konzeptionelle Vorschläge der Bundesorganisation, wie KZBV und KZVen den Wandel im Berufsstand künftig mitgestalten wollen.

Eines war klar: Es sind definitiv „eigene Wege“, die Deutschlands Zahnärzte im Gefüge des Gesundheitswesens angesichts des vom Gesetzgeber oktroyierten berufsständischen Wandels künftig gehen müssten. Die Analyse, die KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Eßer vor bayerischen Vertragszahnärzten zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage aus Sicht

terialrat Dr. Michael Dalhoff auf. Mit Blick auf die Auseinandersetzungen zum Thema Gesundheitsfonds erklärte er, dass es in gesundheitspolitischen Fragen zwischen Bund und Ländern einen Konsens noch nie „vorn herein“ gegeben habe. Wichtig sei es, „in den permanenten gesetzgeberischen Prozessen“ der Gesundheitspolitik zu Lösungen zu kommen. Der Gesundheitsfonds sei „ein Element zur weiteren Strukturierung und Stabilisierung der GKV“.

Wertloser Wettbewerb

Dalhoffs politischer Gegenspieler in der Podiumsdiskussion, der Ministerialdirigent im Bayerischen Gesundheitsressort Dr. Maximilian Gaßner, hält den vereinheitlichenden Gesundheitsfonds für wettbewerbsfeindlich und daher „kontraproduktiv“. Er verweist auf das Defizit von über drei Milliarden Euro, das durch Verschuldung finanziert wird. Gaßner: „Irgendwann werden wir zahlen müssen.“

Und was das letztlich für Deutschland an Folgen zeigen wird, deutete Eßer an: „Den Wohlstand einer Gesellschaft erkennt man an der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Hier geht es nicht um den Fonds, sondern um die Verteilungssystematik. Wenn Wettbewerb nicht nach unternehmerischen Prinzipien erfolgt, dann ist dieser Wettbewerb in diesem System nichts wert.“ mn



*Gegen
Einheitslö-
sungen:
KZV-Vor-
sitzender
Dr. Janusz
Rat*

neue GOZ Kernsymptom eines tiefergehenden Konfliktes zwischen aktueller Gesundheitspolitik und den Reformvorstellungen der deutschen Zahnärzte.

Das GKV-System habe mit Einführung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes, des Gesundheitsfonds und des Basistarifs sowie des Versuchs zur Etablierung einer versozialrechtlichten GOZ eine paradoxe Entwicklung hin zu einer Einheitsversicherung unter zentraler staatlicher Steuerung genommen. Parallel gebe es Deregulierungen im Vertragswesen, die Wettbewerb propagierten, letztlich aber zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens beitragen. Denn Ulla Schmidt verfolge die Idee des Vertragswettbewerbs als Preiswettbewerb („Wettbewerb ist, wenn alles billiger wird.“). Gedrückt würden die Kosten, indem man die Ärzte und Zahnärzte in einen Preiswettbewerb untereinander dränge. Auf der Strecke bleibe dabei letztlich die Versorgungsqualität. Die „Zeche“ zahle der Patient.

Eßer wehrte sich ausdrücklich gegen derartige Versuche, Ärzte und Zahnärzte „zu Leistungserbringern und Handlangern der Krankenkassen zu degradieren“. Wettbewerb dürfe nicht der um die billigste, sondern nur der um die qualitativ bestmögliche Versorgung sein. Wichtigste Voraussetzung dafür sei die Freiberuflichkeit als Umschreibung des eigenen zahnärztlichen Wertesystems, getragen von Entscheidungsfreiheit ohne staatliche Gängelung, ausgerichtet am Gemeinwohl auf Basis medizinisch-fachlicher und qualitätsorientierter Kriterien. Berufsausübungsfreiheit und die freie Arztwahl des Patienten seien überdies Voraussetzung für die unabdingbare Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Zahnarzt. Maxime

müsse sein: So wenig Staat wie nötig, so viel Eigenverantwortung wie möglich.

Körperschaftliches Know-how

Untrennbar mit dem Gedanken der Freiberuflichkeit verbunden sei auch das Organisationsprinzip der Selbstverwaltung. Dieses sei staatlich als effektivste Form der Steuerung ausdrücklich gewollt. Das Prinzip erfordere aber auch in der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen ein Gleichgewicht, das nicht durch gesetzgeberische Eingriffe gestört werden dürfe.

Für den Fall, dass der Gesetzgeber das Selbstverwaltungsprinzip durch die Abschaffung von KVn und KZVen in Frage stellen wolle, hätten KZVen und KZBV ein Migrationsmodell entwickelt, das dazu befähige, „sukzessive die Aufgaben der Körperschaften auf private Dienstleistungsgesellschaften zu verlagern“. Eßer: „Das Know-how unserer Körperschaften werden wir nicht aus der Hand geben. Wir werden dann verstärkt als moderne Serviceorganisation auftreten und den Zahnärzten die Unterstützung anbieten, die sie benötigen, um wettbewerbsfähig zu werden und zu bleiben, das alles unter der Maßgabe des Kollektiverhalts.“

Eßer forderte angesichts der vorzeigbaren und anerkannten Erfolgsbilanz in der Versorgung – Verbesserung der Mundgesundheit und Gewährleistung eines hohen Qualitätsniveaus –, dass mit dieser eigenständigen Entwicklung auch in der Politik die Einsicht greifen müsse, „dass die Zahnheilkunde ein eigenständiger Bereich ist, für den die ärztlichen Regelungen nicht tauglich sind“. Das Beschreiten eigener Wege, die mit den Festzuschüssen im Zahnersatz und der Aufhebung der Bedarfszulassung bereits erfolgreich angegangen wurden, sei eine ausreichende Basis dafür, dass die grundsätzliche Anerkennung „in Gestalt eines eigenständigen liberalen Vertragszahnarztrechts im SGB V“ erfolgen müsse. Dazu gebe es gute Gründe:

- In der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde existieren bei ein und derselben Befundsituation mehrere wissenschaftlich abgesi-



Fotos: KZVB

Will eigene Wege für Deutschlands Zahnärzte: KZBV-Vorstandsmitglied Dr. Wolfgang Eßer

cherte Therapiealternativen, die deutlich über die funktional notwendige Grundversorgung hinausgehen.

- Die Leistungserbringung ist in einzelnen Bereichen (Prothetik, Parodontologie, Kieferorthopädie) von einer vorherigen Therapieplanung, gegebenenfalls einer gutachterlichen Prüfung und Genehmigung durch die Krankenkasse abhängig.

- Auch das immer wieder thematisierte Argument der angebotsinduzierten Nachfrage trifft auf die vertragszahnärztliche Versorgung nicht zu. Der Gesetzgeber selbst habe mit Aufhebung der Bedarfszulassung bestätigt, dass die Gefahr von Leistungsausweitungen und angebotsinduzierter Versorgung in der vertragszahnärztlichen Versorgung kaum gegeben ist.

- Veranlasste Leistungen wie Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel oder stationäre Behandlungsleistungen sind in der zahnmedizinischen Versorgung von untergeordneter Bedeutung. Sektorübergreifende Leistungserbringung findet kaum statt.

Budgets sind weiter scharf

Auch wenn der ärztliche Sektor für die Zahnärzte keineswegs Beispiel sein könne, habe der Gesetzgeber im ärztlichen Vergütungssystem bereits zugestanden, dass die Grundlohnsummenentwicklung für die Veränderung der Gesamtvergütung bei den einzelnen Krankenkassen kein geeigneter Parameter ist. Und was der Gesetzgeber als richtige Zielsetzung für die medizinische Versorgung anerkannt hat, solle, so Eßer, auch für den Bereich der vertragszahnärztli-

chen Versorgung gelten. In weiten Teilen der vertragszahnärztlichen Versorgung seien die Budgets aber weiterhin scharf gestellt. Nach wie vor unterliege die vertragszahnärztliche Vergütung – mit Ausnahme des Festzuschussystems beim Zahnersatz – der strikten Budgetierung anhand der Grundlohnsummenentwicklung. Die KZBV fordert daher, auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung die Budgetierung der Gesamtvergütung aufzuheben und – soweit überhaupt erforderlich – andere Steuerungsmechanismen durch die Selbstverwaltung zu implementieren. Der Wettbewerb als Steuerungsinstrument, die Wahlrechte der Versicherten und die daraus resultierenden Wanderungsbewegungen, aber auch die Flexibilisierung und Liberalisierung des zahnärztlichen Berufsrechts führten dazu, dass die historischen Budgets mit der neuen Welt im Gesundheitswesen nicht mehr kompatibel sind. Wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen und eine starre Budgetierung anhand der Grundlohnsummenentwicklung seien mit einer bedarfsgerechten Patientenversorgung nicht vereinbar. Sie führen zu Verwerfungen und ungleichen Ausgangsvoraussetzungen im Wettbewerb. Die starre Bindung der vertragszahnärztlichen Vergütung an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen sei kein zukunftsfähiger Weg. Es sei zwingend erforderlich, auch im vertragszahnärztlichen Bereich die Budgetierung abzuschaffen und dabei den Besonderheiten in diesem Versorgungsbereich Rechnung zu tragen.

Die desaströse Wirkungsweise der Budgetregelungen, dass auf der einen Seite Budgetüberschreitungen gekappt und auf der anderen Seite Budgetunterschreitungen nicht ausgezahlt werden, habe nach KZBV-Berechnungen dazu geführt, dass in 2007 knapp 100 Millionen Euro für von den Zahnärzten erbrachte Leistungen von den Krankenkassen nicht vergütet wurden. Im Jahr 2008 rechne man mit voraussichtlich knapp 150 Millionen Euro. Das bedeute nichts anderes, als dass „Zahnärzte circa eine Million Patienten in 2008 umsonst für die Krankenkassen behandelt hätten“. Und: Je weiter die Budgets aufgesplittet würden, umso stärker

werde sich das Problem verschärfen.

Mit der Einführung des Festzuschussystems beim Zahnersatz habe der Gesetzgeber erste Schritte auf einem von der Zahnärzteschaft lange geforderten eigenen Weg gemacht. Das Festzuschussystem habe sich als Steuerungsinstrument in der prothetischen Versorgung bewährt und Modellcharakter für andere Bereiche der zahnmedizinischen Versorgung erhalten. Die Übertragung des Festzuschussystems hänge im Wesentlichen davon ab, ob in den betreffenden Leistungsbereichen eine Differenzierung in Grund- und Wahlleistungen wissenschaftlich fundiert und gesellschaftlich konsentiert möglich ist. Der Grundleistungskatalog müsse dabei eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftlich notwendige Versorgung abbilden. Unter versorgungspolitischen Aspekten kämen hierfür die Bereiche Parodontologie, Kieferorthopädie, Endodontie und die Füllungstherapie in Frage. Nach Auftrag der Vertreterversammlung der KZBV werde derzeit ein „PAR-Konzept mit Festzuschüssen“ mit der Wissenschaft und der Bundeszahnärztekammer erarbeitet.

Die KZBV fordere auch für den Bereich der Füllungstherapie und der Endodontie ein befundbezogenes Festzuschussystem. Wie beim Zahnersatz müsse mit deren Einführung die Budgetierung aufgehoben werden. Individualprophylaktische Leistungen und Leistungen der Gesundheitsvorsorge werden als besonders förderungswürdig angesehen und werden bereits heute außerhalb der Gesamtvergütung honoriert.

Die Behandlungsbereiche Parodontologie, Kieferorthopädie und Kieferbruch seien, so Eßer, genehmigungspflichtige Leistungen. Die Verfahren der Behandlungsplanung, -prüfung und -genehmigung stellten Verfahren der vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung dar und garantierten, dass jeweils nur zahnmedizinisch indizierte und dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit entsprechende Leistungen erbracht werden. Eine Gefahr der zahnmedizinisch nicht indizierten Mengenausweitung bestehe nicht. Diese Leistungsbereiche seien deshalb aus dem Bereich der budgetierten Gesamtvergütungen herauszunehmen. Die Genehmi-

gungspflicht, die vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung, das Gutachterwesen sollten der Politik als Steuerungsinstrumente und Sicherheitsnetz ausreichen.

Die verbleibenden konservierend-chirurgischen Leistungen seien durch den jeweiligen zahnmedizinischen Befund unmittelbar determiniert. Sie würden vom Patienten nicht ohne Behandlungsnotwendigkeit in Anspruch genommen. Von hier drohe keine zahnmedizinisch nicht indizierte Mengenausweitung, von einer Auswirkung auf den Beitragssatz ganz zu schweigen. Deshalb sei auch für diesen verbleibenden Versorgungsbereich die Budgetierung aufzuheben.

Transparenz schaffen

Von der Politik in diesen Zusammenhängen immer wieder eingeforderte Sicherheiten zur Vorsorge gegen etwaige Ausgabenexplosionen seien durch die Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung schon heute gewährleistet. Darüber hinaus habe die zahnärztliche Selbstverwaltung mit dem Festzuschussystem, mit genehmigungspflichtigen Versorgungsbereichen und der Begutachtung funktionierende Steuerungsinstrumente. Diese Steuerungswirkung sei belegt. Dass die Furcht vor unkontrollierten Leistungsausweitungen und Ausgabenzuwachsen der Krankenkassen unbegründet sei, habe die Zahnärzteschaft bereits durch die sehr moderaten Ausgabenzuwächse der vergangenen Jahre belegt. Mit der Einführung des Systems befundbezogener Festzuschüsse für Zahnersatz wurde die Budgetierung für den Bereich der Prothetik im Jahr 2005 aufgehoben. Dennoch hätten die Ausgaben der GKV in diesem Bereich nicht zu-, sondern abgenommen. Auch der Gesetzgeber habe argumentiert, dass das Risiko einer angebotsinduzierten Ausweitung von Leistungen kaum gegeben sei, als er im April 2007 mit dem GKV-WSG die Bedarfszulassung für Zahnärzte aufhob. Die mehr als vierjährige Erfahrung mit den Festzuschüssen bestätige dies im Bereich der Prothetik. Das Festzuschussystem habe aber auch gezeigt, dass die Patienten mündiger sind, als es der Staat ihnen zutraut. Eßer: „Insofern heißt auch hier un-

sere Forderung: mehr privat statt Staat!“

Ein weiteres wichtiges Steuerungsinstrument für den Patienten sei die Kostentransparenz. Deshalb müsse das Kostenerstattungsprinzip endlich eingeführt und seine Praktizierung dürfe nicht weiter behindert werden. Im heutigen System sei die Wahl der Kostenerstattung für die Patienten mit so vielen Restriktionen belegt, dass es fast nicht wahrgenommen werde. Diese bürokratischen Hürden müssten, so die Forderung der KZBV, vollständig beseitigt werden. Das Kostenerstattungsprinzip müsse einfach, patientenfreundlich und unbürokratisch ausgestaltet werden. Der Versicherte müsse die Möglichkeit haben, die Kostenerstattung zu wählen, ohne bürokratische Hürden überwinden zu müssen. Gerade das Kostenerstattungsprinzip leiste einen wichtigen Beitrag zu der von allen Beteiligten geforderten Transparenz im Gesundheitswesen und mache das System der gesetzlichen Krankenversicherung europatauglich.

Als Resümee für die künftige Ausgestaltung eines neuen zahnärztlichen Vergütungssystems stellte Eßer heraus: Eine Vereinheitlichung und Zentralisierung auf Bundesebene lehnen wir strikt ab. Im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung müssten die regionalen Vertragskompetenzen erhalten bleiben, nicht zuletzt um die funktionierende wohnortnahe Versorgung flächendeckend auch weiterhin für die Bevölkerung sicherstellen zu können. Eßer: „Wir wollen an den gewachsenen föderalen Strukturen in der zahnmedizinischen Versorgung festhalten und fordern unser Recht auf autonome Selbstverwaltung mit Nachdruck ein.“

Angesichts dieser Entwicklung im Gesundheitswesen sei die zahnärztliche Selbstverwaltung aufgerufen, diesen Wandel mitzubestimmen, Kompetenz und Wissen einzubringen und darauf zu achten, „dass das Gesundheitswesen nicht endgültig durch die Chefideologen und Lauterbachs dieser Welt zerstört wird. Wir werden für unsere Freiberuflichkeit mit aller Entschiedenheit eintreten, ebenso für unser Recht auf autonome Selbstverwaltung, Privilegien, die uns heute durch die kalte Küche genommen werden sollen, um uns endgültig mundtot zu machen“, mahnte Eßer. zm

Koordinierungskonferenz in Frankfurt

Der Zahnarzt in Schlüsselfunktion

Die Referenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde und für Präventive Zahnheilkunde der Länderkammern fanden zu einer gemeinsamen Koordinierungskonferenz in Frankfurt/M. zusammen. Schwerpunkte der Diskussionen waren die Themen Früherkennung von häuslicher Gewalt in der Familie sowie die zahnärztliche Betreuung von Senioren und Menschen mit Behinderungen. Bei all diesen Bereichen kommt dem Zahnarzt eine Schlüsselfunktion zu.



Leiteten die BZÄK-Koordinierungskonferenz in Frankfurt (v.l.n.r.): Dr. Andreas Wagner, Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Sebastian Ziller (BZÄK) und Dr. Michael Rumpf, mit der Referentin Prof. Dr. Daphne Hahn.

Eine prall gefüllte, inhaltsreiche Tagesordnung stand auf dem Programm der kombinierten BZÄK-Koordinierungskonferenz der Referenten für Alters- und Behindertenzahnheilkunde und für Präventive Zahnheilkunde der Landes Zahnärztekammern am 27. März in Frankfurt. BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich (siehe dazu den Leitartikel in diesem Heft), Dr. Andreas Wagner, Vorstandsreferent für Behindertenzahnheilkunde und Dr. Michael Rumpf, Vorstandsreferent für Alterszahnheilkunde, hatten gemeinsam zu der Veranstaltung geladen, um einen ressortübergreifenden Meinungsaustausch der Kammerfachleute

zu ermöglichen. Gastgebende Kammer war die LZK Hessen.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand das Impulsreferat von Prof. Dr. Daphne Hahn, Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda (siehe dazu auch zm 8/2009, Seite 32), zur häuslichen Gewalt in der Familie. Hahn ging auf Möglichkeiten der Früherkennung und Handlungsoptionen für den Zahnarzt ein. Dabei formulierte sie folgende Kernaussagen:

- Häusliche Gewalt findet zwischen Erwachsenen statt, die in engen sozialen Beziehungen zueinander stehen oder standen.
- Jede dritte deutsche Frau (37 Prozent)

habe in Studien angegeben, ab ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal körperliche Gewalt erlebt zu haben (2004).

■ 88 bis 94 Prozent der betroffenen Frauen haben Verletzungen im Kopfbereich.

■ Für den Zahnarzt stellt sich eine Vielzahl von Aufgaben, angefangen von der unmittelbaren Versorgung der Betroffenen, der Klärung der eigentlichen Verletzungsursachen oder -folgen, die dann auch gerichtsverwertbar genutzt werden können, bis hin zur Weiterleitung der Patientinnen an geeignete Unterstützungsangebote, um erneute Übergriffe zu verhindern.

Zahnärzte besäßen eine Schlüsselposition beim Erkennen häuslicher Gewalt, erklärte Hahn. Interventionsstandards seien Erkennen, gerichtsverwertbares Dokumentieren, Informieren und Weitervermitteln. Sie verwies weiterhin auf das Projekt „ZuGang“ der Hochschule Fulda, wo derzeit geeignete Dokumentationsbögen und Handlungsempfehlungen für die Zahnarztpraxis entwickelt werden.

Den Berufsstand sensibilisieren

Mit entsprechenden Projekten in einer Reihe von Kammerbereichen sollten die Zahnärzte sensibilisiert und eine entsprechende Dokumentation in die zahnärztliche Untersuchung einbezogen werden, so die Meinung der Konferenzteilnehmer. Sollten sich die Opfer häuslicher Gewalt entschließen, ihre Peiniger anzuzeigen, dann seien sie auch auf eine gerichtsverwertbare zahnärztliche Dokumentation angewiesen.

In einigen Kammerbereichen wie Hessen, Berlin und Schleswig-Holstein wird sich der Thematik bereits aktiv angenommen. In Mecklenburg-Vorpommern ist gemeinsam mit dem Institut für Gerichtsmedizin der Universität Greifswald ein forensischer Be-



Der Impulsvortrag von Prof. Hahn gab viel Input für Diskussionen.

fundbogen für die Zahnarztpraxis erarbeitet worden, der eine gerichtsverwertbare Dokumentation erlaubt.

Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Präsident der DGZMK, bot an, das Thema „Häusliche Gewalt und Zahnmedizin“ als interdisziplinäres Thema für den wissenschaftlichen Kongress des Deutschen Zahnärztetages 2010 dem DGZMK-Vorstand vorzuschlagen, was bei den Konferenzteilnehmern große Unterstützung fand.

Berufsethisches Handlungsfeld

Die Behindertenzahnheilkunde wurde von den Teilnehmern als wichtiges präventives und berufsethisches Handlungsfeld erachtet. Deshalb begrüßten sie es ausdrücklich, dass die Ausrichtung des Weltkongresses der International Association for Disability and Oral Health (IADH) im September 2014 in Berlin stattfinden soll. Die BZÄK hatte bereits beschlossen, für diese Veranstaltung die Schirmherrschaft zu übernehmen.

In der deutschen universitären Ausbildung sei im Vergleich zu anderen Ländern eine untergeordnete Bedeutung der Behindertenzahnheilkunde auszumachen, hieß es bei den Referenten. Hier bestehe mit Sicherheit Nachholbedarf.

Positiv wurde in der Konferenz die internationale Sportorganisation Special Olympics hervorgehoben, die in 170 Nationen über 2,5 Millionen Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung erfasst.

1991 wurde Special Olympics in Deutschland gegründet. Alle zwei Jahre finden im Wechsel nationale Sommer- und Winterspiele statt. Parallel zu den Sportveranstaltungen wird seit 2004 das Healthy-Athletes-Programm für Betreuer und Athleten angeboten, welches Vorsorgeuntersuchungen in unterschiedlichen medizinischen Bereichen anbietet, die von ehrenamtlichen Ärzten und medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden. Besonders erfolgreich ist dabei das Special Smiles-Programm (zahnärztliche Untersuchungen und Anleitung zur Zahnpflege). Die letzten Winterspiele fanden vor Kurzem in Inzell statt. Dort war auch die Bayerische Landeszahnärztekammer stark engagiert (siehe Bericht zm 7/2009, Seiten 28 bis 30). Die Kammer Baden-Württemberg war bei den Sommerspielen ebenfalls aktiv, Bremen beschäftigt sich derzeit bereits mit den Vorbereitungen für 2010.

Zum Themenkomplex Alterszahnheilkunde berieten die Kammerexperten über Projekte und Konzepte zur zahnärztlichen Betreuung pflegebedürftiger Menschen und tauschten Erfahrungen aus den Ländern aus. Einigkeit bestand darin, dass die Mundhygieneschulungen für die Pflegeberufe nicht dauerhaft ehrenamtlich vom zahnärztlichen Berufsstand erbracht werden könnten. Der Zahnarzt müsse immer erster Ansprechpartner für zahnmedizinische Fragen sein. Die Teilnehmer sprachen sich dafür aus, notwendige gerostomatologische Inhalte in die Aufstiegsfortbildungen zu integrieren. pr/BZÄK

Gendiagnostikgesetz

Das Recht auf Nichtwissen

Gentests sollen in Deutschland künftig einem strengen Regelwerk unterworfen werden. Dies beinhaltet das neue Gendiagnostikgesetz, das der Bundestag am 24. April beschlossen hat. Das Gesetz untersagt heimliche Vaterschaftstests ebenso wie Gentests auf Verlangen des Arbeitgebers oder einer Versicherungsgesellschaft.



Foto: MEV

Heimliche Vaterschaftstests werden künftig von Gesetzes wegen untersagt.

Nach jahrelangen Debatten hat die Bundesregierung mit dem Gendiagnostikgesetz nun einen klaren rechtlichen Rahmen für genetische Untersuchungen geschaffen. Bereits 2002 hatte die Enquête-Kommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“ ein Gendiagnostikgesetz empfohlen, zwei Gesetzesvorlagen wurden 2005 und 2007 verworfen. Das jetzt von der Großen Koalition vorgelegte Gesetz setzt künftig hohe Hürden für Gentests. Es soll noch in dieser Legislaturperiode in Kraft treten.

Klärung überfällig

Die gesetzliche Klärung des Themas galt als unabdingbar, denn die Gen-Daten sind hoch brisant. Im Erbgut verbergen sich Risiken für spätere Krankheiten wie Krebs, Diabetes oder bestimmte Augenkrankheiten. Die Gene, so die Befürchtung, könnten Versicherungen oder Firmen verraten, wie lan-

ge ein Kunde oder Mitarbeiter arbeitsfähig ist – und welche Kosten entstehen, wenn er krank wird.

Das Gesetz macht nun die Anforderungen an eine gute genetische Untersuchungspraxis verbindlich. Ziel des Gesetzes ist es, die mit der Untersuchung eines Gentests verbundenen Gefahren einer genetischen Diskriminierung zu verhindern, heißt es im Gesetzentwurf. Niemand solle wegen seiner genetischen Eigenschaften, wegen der Vornahme oder Nichtvornahme einer genetischen Analyse oder wegen des Ergebnisses einer solchen Analyse benachteiligt werden. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und der Schutz vor Diskriminierung stehen deshalb im Mittelpunkt des Gesetzes. Genetische Untersuchungen dürfen künftig nur durchgeführt werden, wenn die Betroffenen in die Untersuchung rechtswirksam eingewilligt haben. Jeder Bürger soll das Recht haben, den eigenen geneti-

schon Befund zu kennen (Recht auf Wissen) oder diesen bewusst nicht zur Kenntnis zu nehmen (Recht auf Nichtwissen). Allein der Betroffene bestimmt über Weitergabe, Aufbewahrung oder Vernichtung seiner genetischen Daten und Proben.

Gentests auf Verlangen des Arbeitgebers werden verboten. Auch Versicherungsunternehmen dürfen beim Abschluss eines Versicherungsvertrags weder eine genetische Untersuchung noch Auskünfte über bereits durchgeführte Untersuchungen verlangen.

Ausnahmen

Ausnahmen soll es nur für Lebens-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen ab 300 000 Euro Versicherungssumme oder mehr als 30 000 Euro Jahresrente geben – hier dürfen die Versicherer die Preisgabe bereits vorliegender Tests verlangen. Standarduntersuchungen, mit denen die gesundheitliche Eignung für bestimmte Arbeiten – zum Beispiel als Busfahrer, Elektriker oder in der Chemieindustrie – festgestellt wird, bleiben hingegen weiterhin erlaubt.

Heimliche Vaterschaftstests sollen künftig verboten und mit bis zu 5 000 Euro bestraft werden können. Um vorgeburtliche, prädiktive Gentests hatte es in der großen Koalition bis zuletzt Streit gegeben. Die Tests sind umstritten, da sie zwar Auskunft über ein erhöhtes Risiko geben, beispielsweise an Brust- oder Prostatakrebs zu erkranken, aber nichts darüber aussagen, ob die Krankheit auch wirklich ausbricht. Die Union setzte im Verlauf der Verhandlungen durch, dass solche Tests auf Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter eventuell auftreten, verboten werden sollen.

Prinzipiell gilt: Babys vor der Geburt dürfen nur aus medizinischen Zwecken getestet werden, etwa zum Ausschluss einer Behinderung – und nicht, weil werdende Eltern Aufschluss über Geschlecht oder künftige Eigenschaften haben wollen. Vorschriften für die Verwendung genetischer Daten für Forschungszwecke enthält der Gesetzentwurf nicht. Dieser Bereich der Gendiagnostik



Foto: CC

Das Gendiagnostik-Gesetz verankert das Recht auf Nichtwissen – eine Forderung, die den Ärzten sehr wichtig war.

muss also künftig in einem anderen Gesetz geregelt werden.

Nur Ärzte dürfen eine diagnostische genetische Untersuchung vornehmen. Prädiktive genetische Untersuchungen bleiben Fachärzten für Humangenetik oder anderen besonders qualifizierten Ärzten vorbehalten. Das Gesetz sieht darüber hinaus vor, eine Gendiagnostik-Kommission beim Robert Koch-Institut anzusiedeln. Diese soll den allgemein anerkannten Stand von Wissenschaft und Technik in Richtlinien für die in diesem Gesetz relevanten Bereiche festlegen und kontinuierlich die Entwicklungen im Bereich der genetischen Diagnostik beobachten und bewerten.

Positiv bewertet

Die Bundesärztekammer hat den Gesetzentwurf überwiegend positiv bewertet. „Es ist sehr zu begrüßen, dass ein Arztvorbehalt für genetische Untersuchungen vorgesehen ist und auch die Rolle des Facharztes für Humangenetik beziehungsweise des besonders qualifizierten Arztes – insbesondere im Hinblick auf die prädiktive Diagnostik – berücksichtigt wird“, heißt es in der Stellungnahme der Bundesärztekammer vor dem Bundestag.

Das Gesetz stelle entsprechend den Forderungen der Ärzteschaft klar, dass niemand wegen seiner genetischen Eigenschaften diskriminiert werden dürfe. Auch die von der Ärzteschaft geforderte Verankerung eines Rechtes auf Nichtwissen und die Freiwilligkeit der Teilnahme an genetischen Untersuchungen seien positiv zu bewerten. Die Ausnahme genetischer Untersuchungen zu Forschungszwecken vom Anwendungsbereich des Gesetzes wird ebenso positiv aufgenommen.

Auch die Krankenkassen begrüßen den Gesetzentwurf. Der Arztvorbehalt, verbunden mit einer qualifizierten ausführlichen Beratung, werde Patienten

in die Lage versetzen, Chancen und Risiken einer Genuntersuchung qualifiziert abwägen zu können, erklärte der GKV-Spitzenverband in der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags.

Verbraucherschützer hatten hingegen die Ausnahmen für die Versicherungswirtschaft massiv kritisiert. Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) hatte im Vorfeld der Gesetzgebung vergeblich ein vollständiges Verbot von Gentests im Versicherungsbereich gefordert. Die Verbraucherschützer fürchten Nachteile oder gar den kompletten Ausschluss von einer Versicherung, falls ein Gentest Hinweise auf mögliche Krankheiten gibt.

Erwartungsgemäß sehen das die Versicherer anders. Der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft kritisierte, „das im Gesetzentwurf vorgesehene, umfassende Verbot des Verlangens, der Entgegennahme und der Verwendung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen gefährdet mittel- und langfristig den Umfang und preisliche Attraktivität des Versicherungsangebotes in Deutschland“.

*Otmar Müller
Nürnbergstr. 6
50937 Köln*

Parlamentarischer Abend für Menschen mit Behinderungen

Gemeinsamer Einsatz für einen guten Weg

Schon die Initiative sprach für sich: Die CDU-Bundestagsabgeordneten Dr. Rolf Koschorrek und Dr. Hans Georg Faust hatten mit Unterstützung der Bundeszahnärztekammer zu einem Abend über das Thema „Mundgesundheit von Menschen mit Behinderungen“ in die Parlamentarische Gesellschaft in Berlin geladen. Zwei Fachvorträge motivierten zu intensiver Diskussion. Und das Ergebnis kann sich sehen lassen: Politiker, Krankenkassen, Ärzte und Zahnärzte waren sich einig, Hindernisse und Erschwernisse in der Behandlung dieser Patienten gemeinsam forciert anzugehen.



Die Organisatoren und Initiatoren des Parlamentarischen Abends: CDU-MdB Dr. Rolf Koschorrek, Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Imke Kaschke und CDU-MdB Dr. Hans Georg Faust (v.l.n.r.)

BZÄK-Vizepräsident Dr. Dietmar Oesterreich war über die große Resonanz und die bereitwilligen Absichtserklärungen auf dem Parlamentarischen Abend erfreut: „Das zeugt von einem wachsenden Problembewusstsein für diese versorgungspolitische Herausforderung.“ Jetzt seien konkrete Handlungsansätze für die besonderen Behandlungsbedarfe in diesem Bereich notwendig. Eine Forderung, die nach den in die Thematik einstimmenden Vorträgen von Oesterreich und der stellvertretenden Vorsitzenden der AG-Behinderteneinrichtungen im Berufsverband

deutscher Oralchirurgen Dr. Imke Kaschke auch die teilnehmenden Vertreter aus Politik, Ärzte- und Zahnärzteverbänden und Krankenkassen teilten. „Hier haben wir einen Stein ins Rollen gebracht“, ist der BZÄK-Vizepräsident überzeugt.

Kein Randgruppenproblem

Eingeladen hatten fachkundige Politiker: die CDU-MdB's Zahnarzt Dr. Rolf Koschorrek und der Facharzt für Anästhesie Dr. Hans Georg Faust – er ist gleichzeitig stellvertre-



Einsatz für bessere Rahmenbedingungen in der zahnmedizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen: Dr. Oesterreich

tender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bundestag – waren ohnehin für das wichtige präventive und berufsethische Handlungsfeld sensibilisiert. Immerhin geht es hier keineswegs um eine Randgruppenproblematik: Laut statistischem Bundesamt gibt es in Deutschland etwa 6,6 Millionen amtlich anerkannte Schwerbehinderte. Vor allem bei verminderten motorischen, aber auch geistigen Fähigkeiten ist das eine relevante Hochrisikogruppe, die besondere Behandlungsausrichtungen nötig macht. Imke Kaschke, die seit Jahren auch im Management von Healthy Athletes der Special Olympics Deutschland agiert, weiß, dass durch umfassende Präventionsprogramme in Behinderteneinrichtungen ein signifikanter Kariesrückgang und ein Anstieg primär gesunder Gebisse möglich ist.

Wie das beispielhaft funktionieren kann, präsentierte Kaschke am Beispiel des Arbeitskreises zahnärztliche Behindertenbehandlung der Zahnärztekammer Berlin: Das Engagement der Zahnärzte reicht hier von gruppenprophylaktischen Maßnahmen auch jenseits des 18. Lebensjahres über Fortbildungsmaßnahmen für die Betreuer in Wohnheimen bis zu praktischen Anleitungen der Bewohner selbst. Das bis zum Jahr 2009 durch den Berliner Senat finanzierte Modellprojekt weist

deutlich positive Ergebnisse aus. Imke Kaschke verdeutlichte aber auch die definitiven Probleme, mit denen die Zahnärzte sich bei der Behandlung von Patienten mit Behinderungen konfrontiert sehen: Höherer Zeitaufwand, kleinere Behandlungsintervalle, ein deutlich höherer Personalaufwand, oft notwendige medikamentöse Vorbehandlung, oftmals eine Behandlung in Allgemeinanästhesie und Sedation, aber auch besondere Planungsgrundsätze, die nicht immer mit den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen vereinbar sind, insbesondere auch die Problematik der Finanzierung zahnärztlicher Prophylaxe bei Patienten nach dem 18. Lebensjahr sind die Hemmnisse, die weitere Fortschritte in der Behandlung dieser Risikogruppe in Frage stellen. Kaschke ist ohnehin überzeugt, dass sich die besonderen Maßnahmen nicht nur für die Patientengruppe lohnt, sondern sich mittelbar auch eine langfristige Kostenersparnis für die Versicherungsträger ergibt. Also ein Ansatz für eine klassische Win-win-Situation aller Beteiligten, vorausgesetzt die gesetzlichen Rahmenbedingungen stehen und die erfolgreichen Modellprojekte können zum Standard des Praxisalltags avancieren.

Ein besonderer Aufwand

Oesterreich verdeutlichte die Ziele des auch ethisch gesellschaftsrelevanten Einsatzes der Zahnärzteschaft: Die Verbesserung der Mundgesundheit und Vermeidung von Folgeerkrankungen ermögliche eine Verbesserung der Lebensqualität und damit der Integration, Rehabilitation und sozialen Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen. Ihnen müsse die Teilhabe am medizinischen Fortschritt offen stehen.

Erreicht werden könne das durch kontinuierliche präventionsorientierte Betreuung, durch Gruppen- und Individualprophylaxe über die GKV-Beschränkungen hinaus, durch Berücksichtigung der Besonderheiten in der zahnärztlichen Versorgung, beispielsweise über einen Zuschlag, aber auch bei kombinierter ärztlich-zahnärztlicher Versorgung (zum Beispiel Allgemeinanästhesie), letztlich vor allem auch durch eine spezielle Versorgung außerhalb des Budgets.



Fotos: Ffyn/IBZÄK

Verschaffte neue Erkenntnisse aus den Erfahrungen in zahnmedizinischen Modellprojekten: Dr. Imke Kaschke

Einig zeigten sich gerade die anwesenden Politiker, dass sie selbst dafür sorgen müssten, dass diese Initiativzündung auch in der kommenden Legislaturperiode fortbesteht. Aus vertragszahnärztlicher Sicht wies der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Wolfgang Eßer darauf hin, dass die spezifischen Probleme in der Behandlung solcher Risikogruppen mit dem Bundesgesundheitsministerium erörtert werden müssen: „Hier ist keine Wirtschaftlichkeit in der Behandlung gewährleistet.“ Da müsse der Gesetzgeber Farbe bekennen und entsprechend notwendige Grundlagen schaffen.

Gemeinsam mit der Politik und vereinzelt zustimmenden Aussagen aus Kreisen der Versicherer war erkennbar, dass man dennoch auf einem guten Weg sei. Dietmar Oesterreich: „Jetzt müssen weitere gemeinsame Schritte von Standespolitik, Wissenschaft und Politik folgen.“ Das Ziel hatten zumindest an diesem Abend nicht nur die Zahnärzte, sondern alle klar vor Augen: der nachhaltige und wirkungsvolle Einsatz für die Belange dieser Patientengruppe. mn

Medizinische Besonderheiten bei der Zahnbehandlung



Zahnärzte haben heute mehr denn je mit sogenannten „Problempatienten“ zu tun, die mit außergewöhnlichen Allgemeinerkrankungen in die Praxen kommen. Diese verlangen dem Zahnarzt und seinem Team ganz besondere Kenntnisse und Fähigkeiten bei der zahnärztlichen Behandlung ab. Dieser Fortbildungsteil greift vier Allgemeinerkrankungen auf, die besondere medizinische Vorkenntnisse, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem behandelnden Mediziner sowie eine besondere Herangehensweise der zahnärztlichen Behandlung erfordern.

Dr. Katrin Bekes und Dr. Leonore Kleeberg, Halle, beschreiben das bei Kindern immer häufiger zu beobachtende Phänomen der Hypomineralisation von Molaren (MIH). Die Ausprägung dieser Veränderungen und die daraus resultierende Problematik können stark unterschiedlich sein.



Die Autorinnen weisen darauf hin, dass es wichtig ist, die Diagnose früh zu stellen und die betroffenen Kinder in ein engmaschiges Recall einzubetten. Dies könnte dann eine funktionelle und ästhetische Rehabilitation der Kinder gewährleisten.



Fotos: Imageshop/imagesource

Dentale Behandlungsverfahren zählen zu den häufigsten invasiven chirurgischen Eingriffen, wie Dr. Peer Wolfgang Kämmerer und Dr. Dr. Marcus Oliver Klein, Mainz, schreiben. Eine angeborene Hämophilie lässt hierbei manchen trivialen Eingriff zur schweren

Komplikation „entarten“. Die Autoren beschreiben das Krankheitsbild der erbten, erworbenen oder medikamentös induzierten Abnormalität des Gerinnungssystems. Sie erklären die Hintergründe und geben Anleitungen zu einer möglichst traumafreien Behandlung im Zahnarztstuhl, die interdisziplinär gestützt sein sollte. Werden alle Anleitungen befolgt, kann der Behandler seinem Hämophilie-Patienten gut vorbereitet, aber auch stressfrei begegnen.

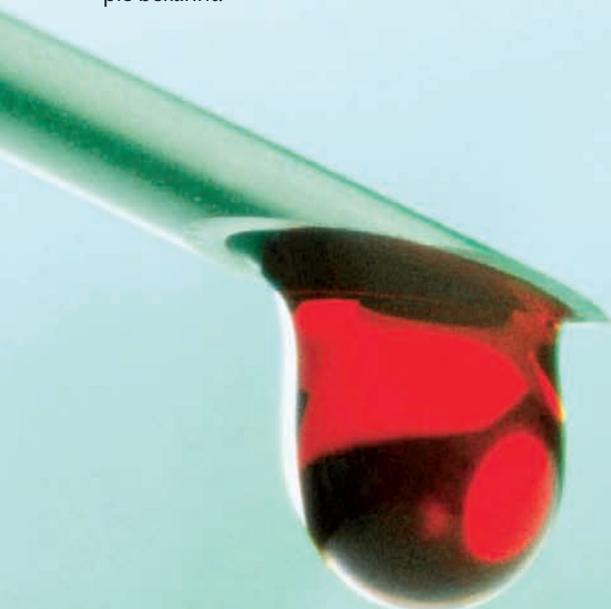


Prof. Dr. Dr. Günter Lauer und Dr. Annett Müller, Dresden, beschreiben die Epidermolysis bullosa (EB), eine Gruppe von erblichen Erkrankungen, die neben Erscheinungen an Haut und Schleimhaut auch Zahndysplasie, Muskeldystrophie, Syntaktylie, Oesophagusstenosen und Pylorusatresie assoziieren können. Während die Diagnostik sehr früh möglich ist, ist derzeit keine kausale Therapie bekannt.

Der Schleimhautbefall führt bei diesen Patienten zu einer eingeschränkten Mundhygiene mit den entsprechenden zahnmedizinischen Folgen. Der zahnmedizinischen Sanierung ist daher in interdisziplinärer Weise große Beachtung zu schenken.

Bei einer von 500 Geburten tritt eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte auf. **Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Leipzig**, beschreibt die Ursachen dieser Fehlbildung und die heute gängigen Operationsverfahren, die zwar primär die Funktion des Schluckens für die Ernährung des Säuglings gewährleisten, gleichzeitig aber auch eine spätere Beeinträchtigung der

Sprachentwicklung inklusive Phonetik verhindern sowie Ästhetik fördern sollen. Er beschreibt ein interdisziplinär orientiertes Behandlungskonzept, das die Anzahl der früher erforderlichen Operationstermine erheblich reduzieren kann. Die Begleitung eines Patientenfalls über elf Jahre zeigt beste ästhetische und funktionelle Ergebnisse. sp



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

Die Problematik der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation

Katrin Bekes, Leonore Kleeberg



Die MIH (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) wird definiert als systemisch bedingte Hypomineralisation von ein bis vier bleibenden ersten Molaren, häufig assoziiert mit den oberen Inzisiven [Weerheijm et al., 2001]. Je mehr Molaren betroffen sind, desto größer ist die Gefahr, dass die oberen Schneidezähne auch Defekte aufweisen. Literaturangaben zur Prävalenz der MIH schwanken.

Die Häufigkeit wird in den nordischen Ländern mit 10 bis 19 Prozent angegeben. Im deutschsprachigen Raum liegt die Prävalenz der Erkrankung mit 4 bis 6 Prozent deutlich niedriger, wobei eine steigende Tendenz zu beobachten ist [Koch et al., 1987; Jalevik et al., 2001; Dietrich et al., 2003].

Ätiologie

Die Ätiologie der MIH ist bis dato nicht geklärt. Da die Amelogenese der ersten Molaren und der Inzisivi zwischen dem achten Schwangerschaftsmonat und dem vierten Lebensjahr stattfindet, muss die Störung in dieser Zeitspanne aufgetreten sein. Insbesondere während der ersten zehn Lebensmonate und zwischen zweieinhalb und fünf Jahren besteht für die Odontogenese eine auf metabolische Störungen sehr anfällige Periode [Schroeder, 2000]. Als mögliche Ursachen werden in der Literatur unter anderem diskutiert: Dioxinbelastung der Muttermilch, Probleme im letzten Monat der Schwangerschaft, Frühgeburten, respiratorische oder bläschenbildende Erkrankungen in den ersten beiden Lebensjahren sowie verlängertes Trinken aus Plastiktrinkflaschen [Koch et al., 1987; Jalevik & Noren, 2000; Weerheijm et al., 2003; Behrendt et al., 2004].

Der klinische Befund

Betroffen sind nur die ersten bleibenden Molaren und die Inzisiven, wobei innerhalb einer Dentition beträchtliche Unterschiede bestehen. Meist sind die Sechsjahr-Molaren häufiger und ausgeprägter betroffen als die



Abbildung 1: Achtjähriges Mädchen
a) Zähne 11, 21 weisen labial große weiße Opazitäten auf.



b) Zahn 16 weist nur leichte Opazitäten am distovestibulären Höcker auf.



c) Zahn 26 ist bereits tief kariös zerstört.

Schneidezähne. Die Oberkiefer-Schneidezähne sind wiederum eher befallen als die unteren [Leppaniemi et al., 2001]. Sind jedoch die Unterkiefer-Frontzähne betroffen, so kann man davon ausgehen, dass sowohl die OK-Schneidezähne als auch die Molaren Hypomineralisationen aufweisen [Koch et al., 1987] (Abbildungen 1 und 2). Die Ausweitung der Mineralisationsstörung kann

auf einen einzelnen Höcker beschränkt sein oder aber über die gesamte Glattfläche oder das Fissurenrelief bis hin nach zervikal reichen [Koch et al., 1987]. Die Defekte zeichnen sich klinisch durch eine Veränderung in der Transluzenz des Schmelzes aus. Sie können in ihrer Farbe weiß, creme, gelb oder braun sein. Einige erhalten ihre transluzente Oberfläche aufrecht, wogegen andere in ihrer Erscheinung opaker werden, sich in schwerere De-

fekte umwandeln und zum Schmelzverlust führen können [FDI, 1992]. Geringgradig veränderte Zähne zeigen eher weiß-gelbliche oder gelb-braune, unregelmäßige Opazitäten im Bereich der Kauflächen und/oder Höcker. Schwere Hypomineralisationsformen weisen abgesplitterte oder fehlenden Schmelz- und/oder Dentinareale unterschiedlichen Ausmaßes auf [Koch et al.,

1987]. Je dunkler die Farbe, desto poröser ist der Zahnschmelz und desto höher ist die Gefahr des posteruptiven Substanzverlustes. Der hypomineralisierte Schmelz hat im Vergleich zu normalem Schmelz einen niedrigeren Gehalt an Kalzium und Phosphor, jedoch einen höheren Kohlenstoffanteil, wodurch die mechanische Belastbarkeit herabgesetzt ist. Schmelzabsprengungen unter normaler Kaubelastung sind oft die Folge, wobei die freiliegenden Dentinareale wiederum zu schnell fortschreitender Karies führen können [Dietrich et al., 2003; Weerheijm et al., 2003; Behrendt et al., 2004]. Röntgenologisch ist hypomineralisierter Schmelz dem Dentin sehr ähnlich. Mikroskopisch liegen Unregelmäßigkeiten der Schmelzstruktur in Form von veränderter Verdichtung und Ausrichtung der Mikrokristallite vor.

Hypomineralisationen an den Sechsjahr-Molaren können nach Wetzel und Reckel [Wetzel & Reckel, 1991] in drei Schweregrade von 1 (leicht) bis 3 (schwer) eingeteilt werden.

Schweregrad 1: Molaren mit Schweregrad 1 weisen einzelne weiß-cremige abgegrenzte Opazitäten im Bereich der Kaufläche und/oder der Höcker/des oberen Kronendrittels ohne Substanzverlust auf.

Schweregrad 2: Bei Schweregrad 2 erfassen die Opazitäten fast alle Höcker und das obere Kronendrittel mit geringem Substanzverlust.

Schweregrad 3: Dieser ist durch großflächige gelb-braune Verfärbungen mit Defekten der Kronenmorphologie aufgrund ausgeprägter Schmelzverluste gekennzeichnet. Alle Schweregrade können mit oder ohne Beteiligung der Schneidezähne auftreten. Die Verteilung auf die einzelnen Schweregrade ist annähernd identisch [Jalevik et al., 2001].

Diagnostik

Für die Diagnose der MIH ist der klinische Befund entscheidend. Anamnestische Angaben sind aufgrund der unklaren Ätiologie nur bedingt hilfreich. Differenzialdiagnos-



Abbildung 2: Zwölfjährige Patientin mit leichter Erscheinungsform der MIH
a) Frontalansicht: Zähne 12-22 und 32-43 weisen weiße Opazitäten auf



b) OK-Aufsicht: Von den beiden Sechsjahr-Molaren ist lediglich der Zahn 26 betroffen. Dieser weist im Bereich des distovestibulären Höckers eine einzelne weiß-cremige abgegrenzte Opazitäten auf. Zahn 16 zeigt keine Opazitäten.

tisch müssen folgende Krankheitsbilder in Betracht gezogen werden: Amelogenesis imperfecta, Dentalfluorose, Schmelzfehlbildungen durch Tetrazyklingabe, Trauma und apicale Entzündungen der Milchzähne (Turnerzahn) sowie Karies.

Die Amelogenesis imperfecta stellt eine hereditäre Schmelzentwicklungsstörung dar, bei der chemisch, quantitativ und/oder strukturell abnormer Schmelz gebildet wird, während die Dentinstruktur normal ist [Schroeder, 1991]. Im Gegensatz zur MIH sind bei der Amelogenesis imperfecta alle Zähne beider Dentitionen betroffen (Abbildung 3). Familienanamnese sowie strukturelle biologische Daten erhärten die Diagnose der Amelogenesis imperfecta.

Dentalfluorose und Tetrazyklinbedingte Schmelzveränderungen sind wie die MIH systemisch bedingte Mineralisationsstörungen, die durch ihre symmetrische Verteilung gekennzeichnet sind. Die Störung wirkt sich auf die Zahnbereiche aus, welche sich im Stadium der Schmelz/Dentin-Bildung befanden. Für die Abgrenzung zur MIH sind die Anamnese und der klinische Befund entscheidend.

Die Dentalfluorose entsteht als Folge einer dauerhaft überdosierten systemischen Fluoridexposition während der Schmelzbildung und -reifung. Kennzeichnend sind weiße, opake Flecken und Streifen, die sich bei stärkeren Porositäten durch exogene Farbstoffeinfärbungen bräunlich verfärben können sowie die Akzentuierung der Perikymatien und das symmetrische Erscheinungsbild [Schroeder, 1991] (Abbildung 4).

Tetrazyklingabe während der Schwangerschaft und bei Kindern bis zum siebenten Lebensjahr führen im Milch- und bleibenden Gebiss zu grauen und gelblichen Zahnverfärbungen und bei hoher Dosierung zu hypoplastischen Veränderungen des Schmelzes. Tetrazyklin bildet mit Kalzium einen Chelatkomplex, der während der Zahnhartsubstanzbildung irreversibel in den Schmelz und das Dentin eingelagert wird [Schroeder, 1991].

Schmelzbildungsstörungen aufgrund von Traumata zeichnen sich durch solitär auftretende, scharf begrenzte Mineralisationsstörungen infolge eines Unfalles während der ersten Dentition, insbesondere bei Intrusion aus. Betroffen sind vorwiegend die labialen Flächen der permanenten Schneidezähne. Die Defekte variieren von sichtbaren Opazitäten bis hin zu stark ausgeprägten Hypoplasien.

Turner-Zähne sind entzündlich bedingt und können durch eine periapikale Infektion des vorangegangenen Milchzahnes entstehen. Sie weisen eine typische Zahnkronenverformung mit gelblicher Zementauflagerung auf [Schroeder, 1991; Staehle & Koch, 1996]. Da es besonders häufig an den

Milchmolaren und oberen Frontzähnen (NBS) zu einer apicalen Parodontitis kommt, sind vorwiegend die Prämolaren und bleibenden Schneidezähne betroffen. Karies ist in der Regel durch die Lokalisation der Läsionen an den charakteristischen Prädispositionsstellen zu diagnostizieren. Oft kommt es jedoch an den hypoplastischen Zähnen durch vermehrte Plaqueakkumulation sekundär zu Karies, was die Diagnostik erschweren kann.

Therapiemöglichkeiten

Die Behandlung der Kinder mit MIH ist für den Zahnarzt oft sehr problematisch. Betroffene Zähne können sehr heiß- und kaltempfindlich sein. Auch ein Luftzug wird von einigen Patienten bereits als unangenehm empfunden. Betroffene Kinder berichten bei Durchbruch der Zähne bereits über Empfindlichkeit und Schmerzen. Die Mundhygiene ist oft ungenügend. Häufig kommt es innerhalb kürzester Zeit zu progressiven Substanzverlusten und rasch voranschreitender Karies. Darüber hinaus kann die Compliance der jungen Patienten durch die Hypersensibilität eingeschränkt sein [Jalevik & Klingberg, 2002].

Hypomineralisierte Zähne reagieren schlechter auf eine Lokal-anästhesie, wodurch die Behandlung zusätzlich erschwert wird [Jalevik & Klingberg, 2002]. Patienten mit MIH sollten deshalb frühzeitig einer umfassenden Betreuung mit engmaschigem Recall-Programm zugeführt werden. Die Therapie erstreckt sich über den Bereich der Intensivprophylaxe bis hin zu restaurativen Maßnahmen (je nach Schweregrad der Hypomineralisation). Für die Intensivprophylaxe werden folgende Maßnahmen empfohlen: regelmäßige Zahnreinigungen und Mundhygieneanleitungen, die Applikation von Fluorid- und CHX-Präparaten sowie die Desensibilisierung mit einem Dentinadhäsiv oder einem Versiegler und Fissurenversiegelungen.

Fissurenversiegelungen können in leichten Fällen die Hypersensibilität verringern, in schweren Fällen aber den Hartsubstanzverlust nicht vor-



Abbildung 3: Amelogenesis imperfecta

beugen. Die Retention an betroffenen Zähnen ist oftmals schlechter als an nicht betroffenen Zähnen [Jalevik & Klingberg, 2002; Fayle, 2003].

Die Restauration hypoplastischer Defekte wird bestimmt durch deren Schweregrad. Für die Erstversorgung von Zähnen, bei denen aufgrund des noch unvollständigen Zahndurchbruchs keine absolute Trockenlegung möglich ist, eignen sich Glasionomerzemente. Diese müssen aber langfristig durch definitive Füllungen ausgetauscht werden [Jalevik & Klingberg, 2002].

Amalgam hat sich nicht als geeignet erwiesen, da es aufgrund der Ausdehnung des Materials zu Aussprengungen der verbliebenen Zahnhartsubstanz kommen kann [Fayle, 2003]. Bei leichten bis mittleren Defekten sind Composite ein gutes Therapiemedium. Bei adäquater Verarbeitung zeigen sie eine gute Überlebensrate auch bei hypomineralisierten Zähnen [Lygidakis et al., 2003]. Da die Füllungs-ränder komplett im gesunden Schmelz liegen sollen, muss der gesamte defekte Schmelz entfernt werden. Anderenfalls kommt es aufgrund des eingeschränk-

ten adhäsiven Verbundes zu dem defekten Schmelz zu weiteren Zahnschmelzverlusten rund um die Füllungen [Lygidakis et al., 2003].

Oft besteht die Schwierigkeit, das Ausmaß der Füllung festzulegen, wenn die Zahnhartsubstanz erweicht ist, obwohl sie nicht kariös ist. In solchen Fällen schlagen Kellerhoff et Lussi [2004] primär ein minimalinvasives Vorgehen vor, verbunden mit periodischer Kontrolle der gelegten Füllung [Kellerhoff & Lussi, 2004]. Bei weiter fortgeschrittenen Läsionen ist eine ausgedehnte Restauration notwendig. In schweren Fällen bei stark ausgeprägtem Substanzverlust der ganzen Zahnkrone sollte vor Behandlungsbeginn mit einem Kieferorthopäden die Erhaltungswürdigkeit der betroffenen Zähne abgeklärt werden.

Bei sich abzeichnendem Engstand kann es sinnvoll sein, die hypoplastischen Zähne zu gegebener Zeit zu extrahieren [Williams & Gowans, 2003]. Wenn aber der Erhalt dieser Zähne angestrebt wird, ist die Eingliederung konfektionierter Stahlkronen als Langzeitprovisorium indiziert [Zagdwon et al., 2002].

Nach dem 16. Lebensjahr ist die Stahlkrone durch eine Vollkeramik- oder VMK-Krone zu ersetzen. Bei den Frontzähnen handelt es sich nur selten um posteruptive Schmelzdefekte, sondern um Opazitäten, die ästhetisch jedoch sehr störend sein können. Die Versorgung dieser Zähne mit Mehrschichtrestorationen aus hoch ästhetischen Kompositmaterialien ist sehr Erfolg versprechend.



Abbildung 4: Dentalfluorose

Zusammenfassung

Die Behandlung von hypomineralisierten Zahndefekten bei Kindern spielt eine zunehmend große Rolle. Die Ausprägung der Hypomineralisationen und die daraus resultierende Problematik können stark differieren. Es ist wichtig, Patienten mit MIH frühzeitig zu erfassen und einer umfassenden Betreuung zuzuführen sowie in ein engmaschiges Recall-Programm einzubinden. Damit wächst die Chance, eine in funktioneller und ästhetischer Hinsicht zufriedenstellende Rehabilitation zu erreichen.



Dr. Katrin Bekes

1997 bis 2002 Studium der Zahnheilkunde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
2002 Staatsexamen und Approbation zum Zahnarzt,
2003 Promotion zum Dr. med. dent.,
2003 bis 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dir.: Prof. Dr. H.-G. Schaller),
seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Kinderzahnheilkunde und Präventive Zahnheilkunde an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dir.: Prof. Dr. H.-G. Schaller),
seit 2008 Generalsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK)

Dr. Katrin Bekes
Dr. Leonore Kleeberg
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Sektion Kinderzahnheilkunde und Präventive
Zahnheilkunde
Harz 42a, 06108 Halle
Kontakt: katrin.bekes@medizin.uni-halle.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.

Hämophilie und zahnärztliche Behandlung

Kämmerer, Peer Wolfgang; Klein, Marcus Oliver

Dentale Behandlungsverfahren zählen zu den häufigsten invasiven chirurgischen Eingriffen, die oftmals mit selbstlimitierenden intra- und postoperativen Blutungen assoziiert sind. Hämostase, definiert als Prozess der Blutstillung, wird durch ererbte, erworbene oder medikamentös induzierte Abnormalitäten des Gerinnungssystems beeinträchtigt, die bei einem prozentual geringen Anteil der Bevölkerung vorliegen. Diese Störungen des Blutgerinnungssystems führen zu einer erhöhten Blutungsneigung selbst bei kleineren Verletzungen. Sie haben in der Vergangenheit im dentalen Bereich zu einer nicht unerheblichen Zahl von Komplikationen geführt.

Die Blutungen verunsichern Patient und Untersucher, erschweren das Weiterführen der Behandlung, verzögern Heilungsvorgänge, machen Infektionen wahrscheinlich und können im Extremfall zu lebensbedrohlichen Blutverlusten führen. Die dentale Behandlung solcher Patienten stellt eine Herausforderung dar. Neben einer ausführlichen Anamnese ist bei derartigen Patienten ein enges Zusammenspiel von Zahnarzt mit Hausarzt und behandelnden Hämatologen notwendig, um Risiken abzuwägen. Nur so kann eine geeignete Therapie geplant werden. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, einen Überblick über Pathogenese, Diagnostik und Therapie der wichtigsten erworbenen Hämophilie-Erkrankungen zu vermitteln.

(zum Beispiel Gase und Nährstoffe) erlaubt, andererseits den Kontakt zwischen Blutbestandteilen und subepithelialer Matrix/interstitiellem Gewebe verhindert. Dies dient



Foto: wikipedia

Physiologische Hämostase

Die Hämostase ist ein Verteidigungsmechanismus, um die vaskuläre Integrität zu schützen, Blutverluste zu vermeiden und die Fließeigenschaften des Blutes zu bewahren. Sie wird nach der sofort eintretenden Vasokonstriktion über zwei biochemisch komplexe und ineinander übergehende Wege vermittelt: den Weg der Koagulation (lat.: coagulatio „Zusammenballung“) und den Weg der Thrombozytenaktivierung. Die Innenseite der Blutgefäße ist mit einer Endothelschicht ausgekleidet, die auf der einen Seite den Durchtritt selektiver Blutbestandteile

als Schutz vor dem unerwünschten Auftreten einer intravasalen Gerinnung. Bei Verletzung der endothelialen Integrität wird die Endothelschicht unterbrochen, und die beiden hämostatischen Arme werden aktiviert [Jover-Cervero, Poveda Roda et al., 2007].

Koagulationskaskade

Hier wird als Resultat lösliches Fibrinogen in unlösliches Fibrin umgewandelt, das die Verletzungsstelle verschließt. Dies geschieht unter Mediation von Thrombin, einem proteolytischen Enzym. Die Transformation von Thrombin aus Prothrombin wird theoretisch

über einen extrinsischen und einen intrinsischen Weg vermittelt, die allerdings beide eng interagieren. Der intrinsische Weg beginnt mit dem Kontakt zwischen Faktor XII und dem subepithelialen Gewebe an der betroffenen Stelle. Der extrinsische Weg beginnt mit dem Kontakt zwischen dem Kofaktor Kalzium aus dem Blut und Membran-Phospholipiden (Synonyme: Faktor III, Gewebethromboplastin, Tissue Factor) auf der Oberfläche subendothelialer Zellen, die zusammen zur Aktivierung des Faktors VII führen. Von diesem Punkt an beginnt eine metabolische Kaskade (Abbildung 1). Das ent-

Ein Leben mit Spritze: Der Hämophiliepatient ist darauf angewiesen.

stehende Thrombin konvertiert letztendlich Fibrinogen in Fibrinmonomere und aktiviert den Faktor XIII (XIIIa), welcher die Kreuzverlinkung von Fibrin katalysiert. Dies sind wichtige Schritte zur Konsolidierung des zu entstehenden, hämostatischen Thrombus. Weiterhin ist Thrombin ein leistungsstarker Thrombozytenaktivator [Mann, Brummel et al., 2003].

Thrombozytenaktivierung

Die kernlosen Thrombozyten beinhalten Stoffe (Fibrinogen, Von-Willebrand-Faktor (vWF), Koagulations- und Gerinnungsfakto-



ren, Wachstumsfaktoren, Kalzium, Fibronektin, Adenosindiphosphat (ADP), Serotonin (5-HT), Thromboxan A_2 , die die hämostatischen Vorgänge beeinflussen. Weiterhin besitzen sie Oberflächenrezeptoren, die Aktivierung, Adhäsion und Aggregation weiterer Thrombozyten vermitteln [McNicol, Israels et al., 1993]. Verletzungen der endothelialen Auskleidung initiieren die Ausschüttung der gerinnungsaktiven Stoffe in den subendothelialen Raum und die Thrombozytenaggregation. Aus dieser resultiert ein vorerst fragiler Pfropf an der Stelle der Verletzung, der aber schnell durch zusätzliche Thrombozyten sowie vernetzendes Fibrin in ein stabiles Koagulat umgewandelt wird. In der Mundhöhle sind als störende Faktoren der Wundheilung die fibrinolytische Aktivität des Speichels sowie mechanische Einflüsse (Nahrungsaufnahme, Zungenbewegungen) zu nennen.

Hämophilie

Als Hämophilie (griechisch haima „Blut“, philos „Freund“) werden im engeren Sinne die Erkrankungen Hämophilie A und B subsummiert. Zusätzlich werden gelegentlich die anderen hereditären Koagulopathieformen (Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom (vWS), Mangel oder Defekt an Fibrinogen, Mangel an Prothrombin, an Faktor V, VII, X, XI und XIII) zu diesem Überbegriff gezählt. Generell zeigt sich bei der Evaluierung derartiger Erkrankungen der Wert einer guten Anamnese, da viele Patienten über eigene Blutgerinnungsstörungen gut informiert sind [Kämmerer, Al-Nawas, 2008].

Hämophilie A und B

Es handelt sich um zwei X-chromosomal-rezessiv vererbte Gerinnungserkrankungen, die einen Mangel an Faktor VIII (Hämophilie A) oder Faktor IX (Hämophilie B) aufweisen. Die Prävalenz liegt bei 1:5 000, 85 bis 90 Prozent der Betroffenen leiden unter Hämophilie A, 10 bis 15 Prozent an Hämophilie B. Aufgrund des Vererbungsmodus sind nahezu ausschließlich Männer betroffen [Jover-Cervero, Poveda Roda et al., 2007]. Die Klinik der beiden Subgruppen unterscheidet

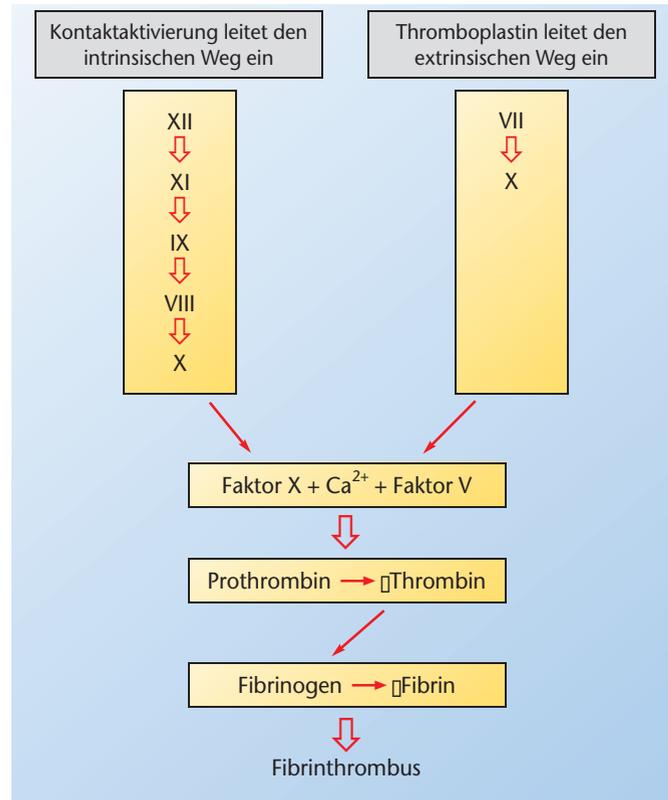


Abbildung 1:
Koagulationskaskade

sich nicht voneinander. Beide manifestieren sich in einer erhöhten Neigung zu blauen Flecken, spontanen Muskel- und Gelenkblutungen und übermäßigen Blutungen nach traumatischen Ereignissen und/oder chirurgischen Prozeduren. Es wird zwischen unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankungen, gemessen an der residualen Faktoren-Konzentration, unterschieden (siehe Tabelle 1).

Die Faktoren VIII und IX sind beide verantwortlich für die Aktivierung des Faktor X in der Koagulationskaskade, die zur Bildung des Fibrinthrombus führt. Die Schlüsselrolle dieser beiden Faktoren wird durch die gravierenden Blutungskomplikationen bei ihrem Mangel deutlich.

Als Behandlungsstrategie zur Prävention von Blutungen und bei eingetretenen Blutungsereignissen werden gereinigte Plasmakonzentrate mit den jeweils fehlenden Faktoren intravenös zugeführt. Dosis, Häufigkeit und Dauer der Therapie sind von der Schwere der (zu erwartenden) Blutung abhängig [Mannucci, Tuddenham, 2001]. Vor chirurgischen Eingriffen erhalten die Patienten eine präoperative Dosis Faktorkonzentrat, um die Plasmakonzentrationen auf hämostatisch effektive Level zu steigern. Diese werden postoperativ durch weitere in-

termittierende oder auch kontinuierliche Gaben aufrechterhalten.

Nur bei leichten Fällen von Hämophilie A kann Desmopressin (Minirin®) eingesetzt werden. Dies ist ein synthetisches Vasopressinderivat, das die Plasmalevel des Von-Willebrand-Faktors (vWF) und des Faktors VIII für acht bis zwölf Stunden um das Drei- bis Fünffache steigern kann [Mannucci, 1997]. Es kann sowohl intravenös als auch subkutan injiziert werden. Seine Wirkung setzt direkt nach der Gabe ein und erreicht einen Maximal-effekt nach 30 bis 60 Minuten [Kohler, Hellstern, 1986]. Hiermit kann die primäre Hämostase für kleinere Blutungen und operative Eingriffe adäquat verkürzt werden.

20 Prozent aller Hämophilie-A- und fünf Prozent aller Hämophilie-B-Patienten entwickeln als Antwort auf vorausgegangene Therapien mit rekombinanten Faktoren Antikörper. Deren Vorkommen erschwert die Behandlung, da ein simples Ersetzen der mangelnden Faktoren nicht mehr genügt. Hier muss zum Beispiel eine Immunmodulation mittels immunsuppressiver Medikamente im Voraus durchgeführt werden [Bolton-Maggs, Pasi et al., 2003], wobei sich eine Überwachung im stationären Rahmen empfiehlt [Brewer, Roebuck et al., 2003].

Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom (vWS)

Hierbei handelt es sich um die häufigste vererbte Blutungserkrankung, die bis zu ein Prozent der Bevölkerung betrifft. Der Vererbungsmodus unterscheidet sich zwischen den einzelnen Subgruppen. Männer und Frauen sind ungefähr in gleichen Maßen betroffen. Die häufigsten klinischen Manifestationen sind wiederum die Neigung zu blauen Flecken, Nasenbluten, Menorrhagien und generelle Blutungen im Bereich des Oropharynx [Hambleton, 2001]. Das vWS hat seine Ursache in quantitativen oder qualitativen Defekten des Von-Willebrand-Faktors (vWF). Dieser, ein Adhäsivprotein, wird in Endothelzellen und Thrombozyten gespeichert und reaktiv auf Scherspannungen/

Schwer	< 0,01 IE/ml des entsprechenden Faktors; Behandlungen (außer im prothetischen Bereich [Brewer, Roebuck et al, 2003]) unter stationärer Aufsicht
Moderat	0,01 – 0,05 IE/ml des entsprechenden Faktors; Behandlungen (außer im prothetischen Bereich [Brewer, Roebuck et al, 2003]) unter stationärer Aufsicht
Leicht	0,05 – 0,35 IE/ml des entsprechenden Faktors; oder insgesamt 5 % – 35 %

Tabelle 1: Einteilung der Hämophilien in Schweregrade [nach Israels, Schwetz et al., 2006]

[Hambleton, 2001], schwierig sein: Die Heterogenität der Erkrankung und die physiologische Breite der vWF- und Faktor VIII-Level machen eine Vielzahl an diagnostischen Schritten notwendig. Die Therapie hängt jedoch vom Subtyp der Erkrankung ab: Die meisten Typ-1-, 2A- und 2M-Erkrankungen lassen sich mit Desmopressin therapieren. Bei Patienten

bei denen Desmopressin therapeutisch eingesetzt werden soll, ist eine vorherige Probephasse zur Bestätigung der hämostatischen Antwort zu empfehlen. Bei Patienten, die auf Desmopressin nicht reagieren, und bei Patienten mit vWS Typ 2B und 3 sollte der vWF ersetzt werden. Dies geschieht mittels vWF-reichen Faktor-VIII-Konzentraten, die aus konzentriertem menschlichem Plasma gewonnen werden [Mannucci, 1997] (Tabelle 4).

Typ 1	Meist autosomal-dominant vererbt; bis zu 80 % der Erkrankten; qualitativer Mangel des vWF; meist milder Verlauf
Typ 2	Meist autosomal-dominant vererbt; bis zu 20 % der Erkrankten; quantitativer Mangel des vWF
A	Funktionelle Minderung des vWF; Fehlen von Multimeren mittlerem und hohem molekularem Gewichts
B	Gesteigerte Affinität zum thrombozytären GPIb-Rezeptor; verminderte hochmolekulare Multimere
M	Funktionelle Minderung des vWF; variables Multimerbild
N	Verminderte Affinität für Faktor VIII
Typ 3	Meist autosomal-dominant vererbt; völliges Fehlen oder starke Erniedrigung des vWF

Tabelle 2: Subgruppen des Von-Willebrand-Jürgens-Syndroms

Hereditäre plasmatische Koagulopathien

Weitere kongenitale Mängel an Gerinnungsfaktoren sind generell selten [Jover-Cervero, Poveda Roda et al., 2007]. Die Prävalenzen von Fibrinogen-, Prothrombin-, Faktor V, VII, X und XIII-Mangel bewegen sich bei 1:0,5 bis 1 Million. Obwohl sie, mit einigen wenigen Ausnahmen, zu eher harmloseren Blutungskomplikationen führen, kann es vorkommen, dass die Patienten vor operativen Eingriffen einen Ersatz von Koagulationsfaktoren benötigen (Tabelle 3).

Verletzungen hin sezerniert. Konsekutiv bindet er an weitere Thrombozyten und stimuliert diese über den Glykoprotein-Ib-V-IX-Komplex auf der Thrombozytenoberfläche. Weiterhin transportiert er den Faktor VIII im Plasma. Daher kann sein Ausfall in niedrigen Plasmakonzentrationen dieses Faktors resultieren [Israels, Israels, 2001].

Die Erkrankung wird in drei Subgruppen unterteilt (Tabelle 2). Die Varianten 1 und 3 zeigen partielle und komplette Ausfälle des vWF. In der Variante 2 stehen qualitative Abnormalitäten des vWF im Vordergrund. Die Diagnose eines vWS kann, besonders im Falle des Typ 1, da hier der vWF-Plasmalevel häufig fluktuiert

Mangel an	Vorkommen eines schweren Mangels ($\times 10^{-6}$)	Behandlung
Fibrinogen	1	Fibrinogenkonzentrat
Prothrombin	0,5	Fresh Frozen Plasma (FFP); Prothrombinkonzentrat
Faktor V	1	FFP
Faktor VII	2	Faktor VII-Konzentrat; rekombinanter Faktor VIIa
Faktor X	10	FFP
Faktor XI	1	FFP; Faktor XI-Konzentrat
Faktor XIII	0,5	Faktor XIII-Konzentrat

Tabelle 3: Weitere kongenitale Koagulopathien [nach Israels, Schwetz et al., 2006]

Blutungsstörung	Vorbehandlung zur Zahnextraktion oder Leitungsanästhesie	Postoperative Behandlung
vWS Typ 1	Desmopressin 0,3µg/kg (Maximaldosis 20µg) i.v. über 30 min oder subkutan	Bei allen: Antifibrinolytika (zum Beispiel Aminocabronsäure, Tranexamsäure)
vWS Typen 2A und 2M	Desmopressin (s.o.), oder Plasmakonzentrate (50 IE vWF:Ristocetin Kofaktor (RCoF))	
vWS Typen 2B und 3	Plasmakonzentrate (50 IE vWF:RCoF)	Weiche Kost für 7 Tage
Hämophilie A (leicht)	Desmopressin (s.o.) falls die geteste Wirkung ausreichend ist	
Hämophilie A (moderat/schwer)	Rekombinantes Faktor VIII-Konzentrat, 20–25 IE/kg	
Hämophilie B (leicht/moderat/schwer)	Rekombinantes Faktor IX-Konzentrat, 40–60 IE/kg	Innerhalb von 24h Reevaluation der Wundsituation

Tabelle 4: Management bei Patienten mit hereditären Koagulationsfaktordefiziten, die eine Zahnextraktion oder komplexe zahnmedizinische Behandlungen benötigen [nach Poon, Israels et al., 1999]

Keine zusätzliche Behandlung notwendig	Zusätzliche Behandlung notwendig
Buccale Infiltration	Leitungsanästhesie
Intrapapilläre Injektion	Linguale Infiltration
Intraligamentäre Injektion	

Tabelle 5: Lokale Anästhesietechniken

Management zahnärztlicher Prozeduren

Das Hauptaugenmerk beim dentalen Umgang mit Hämophiliepatienten sollte auf der Prävention (Zahnhygiene, Fluoridierung, Fissurenversiegelung, geeignete Ernährung, periodische Kontrollen) dentaler Erkrankungen liegen. Sollte dennoch eine Behandlung notwendig werden, wird empfohlen, die angemessene Therapie in Zusammenarbeit mit Hausarzt/Internisten/Hämatologen des Patienten auszuarbeiten. Bei Patienten mit der jeweiligen Indikation sollte der Behandlung eine Evaluation des Blutes im Labor, beispielsweise ein Nachweis der Wirksamkeit von Desmopressin oder dem Vorhandensein von Antikörpern, vorausgehen. Der Patient sollte ausführlich über die sich ergebenden Behandlungsoptionen sowie über die erforderliche Handlungsweise informiert werden [Little, Falace et al., 2002]. Die Entscheidungen über den Ersatz von Koagulationsfaktoren sind von der speziellen hämostatischen Diagnose, dem Schweregrad der hämorrhagi-

schon Diathese sowie von der Art der vorgesehenen dentalen Behandlung abhängig. Tabelle 4 fasst die generell nötigen Behandlungsregime zusammen.

Nicht unerheblich hängt das Risiko der chirurgischen Intervention von dem vorgesehenen Operationssitus und damit der Möglichkeit, die Blutung durch lokale Maßnahmen unter Kontrolle zu bringen, ab. Je eingeschränkter der Zugang zum Situs ist, desto wichtiger ist es, die postoperative Blutung unter Kontrolle zu bekommen. Schwere Blutungen und ausgedehnte Hämatome bedingen Komplikationen, die bis hin zu lebensbedrohlichen Blutverlusten und Atemwegsobstruktionen reichen.



Auch durch Leitungsanästhesien (zum Beispiel N. alveolaris inferior oder N. alveolaris posterior superior) kann es bei gefährdeten Patienten zu Verschlüssen der Atemwege kommen. Die Notwendigkeit einer Leitungsanästhesie sollte daher präoperativ überprüft und bei der Möglichkeit auf andere Arten der Anästhesie (Infiltrationsanästhesie, intraligamentäre Anästhesie (Tabelle 5); wenn indiziert: Hypnose, Sedierung, Vollnarkose) ausgewichen werden.

Postoperatives Monitoring durch den Zahnarzt ist essenziell; es ist wichtig, dass der Patient erst beim Eintreten der Hämostase entlassen wird. Gegebenenfalls, besonders bei größeren Eingriffen, ist ein überwachter stationärer Aufenthalt indiziert. Nach schwierigen Extraktionen oder beim Vorliegen von Infektionen ist an eine antibiotische Abdeckung zu denken. Dem Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, sich bei Problemen und zur Absicherung an den Zahnarzt zu wenden. Ruhig und kompetent auf Nachblutungen vorbereitet zu sein, sorgt für minimale Morbiditäten [Lockhart, Gibson et al., 2003]. Bei Hämophilie-Patienten sollte von der Verwendung von Acetylsalicylsäure (ASS; Aspirin®) und ASS-haltigen Medikamenten als Schmerzmedikation abgesehen werden, da dies eine Magenblutung induzieren und die hämorrhagische Neigung verschlechtern kann. Des Weiteren sollte der Patient darüber informiert werden, dass fürs erste körperliche Anstrengung, Nikotinabusus und Alkoholgenuss kontraindiziert sind.

Lokale Maßnahmen zur Minimierung einer Blutung

Abhängig von der Art der Blutgerinnungsstörung sollten Alternativen zur chirurgischen Behandlung erwogen werden. So kann es beispielsweise wünschenswert sein, an nicht restaurierbaren Zähnen oder Wurzeln eine endodontische Behandlung durchzuführen, um sie dadurch symptomlos zu erhalten, anstatt sie zu extrahieren [Israels S, Schwetz, 2006]. Wenn eine chirurgische Behandlung durchgeführt werden soll, ist es zu empfehlen, Traumata zu minimieren (zum Beispiel durch elektive Extraktion schwieriger Zähne;

Präparat	Inhaltsstoff	Anwendung
Tabotamp®	Cellulose	Tamponade der Extraktionsalveole, großflächige Wundabdeckung
Tachotop® Tissuecone®	Kollagenfließ Kollagenkleber	Tamponade Versorgung von Extraktionsalveolen
TachoComb® H	fibrinkleber- beschichtetes Kollagenfließ	Tamponade, großflächige Wundabdeckung
Quixil® Tissucol® Beriplast P®	Fibrinkleber	Reduktion post- operativer Blutung durch lokale Applikation
Spongostan®	Gelatinepulver	Spongiosablutungen
PDS-Plomben® Ethisorb®	Polydioxanon	Tamponade
Knochenwachs	Bienenwachs	Verbolzung von Knochenkanälen

Tabelle 6:
Klinisch verfügbare
Hämostatika
[nach Buch,
Kleis et al., 2004]

systemischen Therapie verwendet. Bei der Hämophilie reduzieren sie erwiesenermaßen das Risiko einer Nachblutung sowie den Bedarf an Faktorenkonzentraten [Manucci, 1998; Sindet-Pedersen, Stenbjerg et al., 1986]. Die Medikamente werden optimalerweise vor der chirurgischen Maßnahme eingenommen. Die Einnahme wird bis zur Heilung des Operationssites fortgeführt. Sie sind auch als Mundspülungen erhältlich. Weitere klinisch verfügbare Hämostatika sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Fazit

Der Zahnarzt wird mit der komplexen Problematik der vererbten Koagulopathien – neben erworbenen und arzneimittelinduzierten Blutgerinnungsstörungen – konfrontiert. Diese manifestieren sich in eingeschränkten Wundheilungen, höherem Infektionsrisiko und übermäßigen Blutungen. Eine offene Kommunikation mit Patient und behandelndem Arzt ist die Voraussetzung dafür, vollständige und aktuelle Informationen über Schwere der Erkrankung, Befinden des Patienten sowie Behandlungsstrategien zu erhalten. Ein informierter und vorbereiteter Zahnarzt kann intra- und postoperativen Blutungen ruhig und effizient begegnen. Chirurgisch ist ein sorgfältiges Vorgehen zur Minimierung des Gewebetraumas vonnöten. Bei umfangreichen Eingriffen, beziehungsweise einem hohen Risiko, ist an eine Überweisung in eine klinische Fachabteilung zur stationären Behandlung zu denken. Weitere Informationen zu den besprochenen kongenitalen Koagulopathien finden sich auf der Homepage der Deutschen Hämophiliegesellschaft (<http://www.deutsche-haemophiliegesellschaft.de>).

Dr. med. Peer Wolfgang Kämmerer
Johannes Gutenberg-University Mainz
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz
kaemmerer@mkg.klinik.uni-mainz.de

Dr. med. Dr. med. dent. Marcus Oliver Klein
Johannes Gutenberg-University Mainz
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Augustusplatz 2
55131 Mainz
klein@mkg.klinik.uni-mainz.de

eventuell mehrere Sitzungen), Lappenplastiken zu vermeiden (stellen ein großes, schwereres lokal zu kontrollierendes Blutungsrisiko dar), die Nahttechniken – möglichst mit primärem Wundverschluss – so zu wählen, dass eine Revision leicht möglich ist, die elektrische Kaustik einzusetzen sowie im Falle einer chronischen Entzündung das Granulationsgewebe vollständig zu entfernen. Zu der Benutzung von vorab angefertigten Bluterschienen ist bei Blutungsrisiken anzuraten, da sie effektiv sind und zudem schnell und kostengünstig anzufertigen sind. Es ist empfehlenswert, die Schienen leicht hohl zu legen um gegebenenfalls eine postoperative Unterfütterung mit elastischen Materialien durchführen zu können. Sie sollten täglich aus dem Mund genommen und gereinigt werden. Eine Tragedauer von vier bis sieben Tagen wird empfohlen [Lockhart, Gibson et al., 2003].

Die effektivste lokale Maßnahme ist die Druckausübung an der Blutungsstelle. Die Patienten sollten hierbei darüber aufgeklärt werden, dass der Druck für mindestens 30 Minuten aufrechterhalten werden soll (besser: eine Stunde) und aus Unterbrechungen längere Blutungszeiten resultieren.

Antifibrinolytika

Aminocapronsäure (300 mg/kg/Tag dosiert alle 4 bis 6 Stunden) und Tranexamsäure (30 mg/kg/Tag in 2 bis 3 täglichen Dosen) inhibieren die Fibrinolyse, indem sie die Bindung von Plasminogen an Fibrin und dadurch die Aktivierung von Plasmin verhindern. Sie können effizient das Auflösen des Blutgerinnsels in der Zahnalveole, zum Beispiel nach Extraktion eines Zahnes, verhindern. Sie werden häufig als Ergänzung der

Kämmerer, Dr. med. Peer Wolfgang

2001 bis 2007 Studium der Medizin an der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, sowie an der Universität Zürich; 15. 5. 2007 ärztliche Prüfung sowie Approbation, ab 2005 Studium der Zahnmedizin an der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt sowie an der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz, 17. 7. 2007 Promotion zum Dr. med.; ärztliche Tätigkeit seit 1. 8. 2007, Assistenzarzt an der Klinik für MKG-Chirurgie Universitätsklinik Mainz; Chefarzt Prof. Dr. Dr. Wagner



Epidermolysis bullosa

Günter Lauer, Annett Müller



Der Begriff Epidermolysis bullosa (EB) wurde erstmals 1886 von Köbner benutzt [Köbner 1886]. Die hereditäre EB stellt eine Gruppe seltener erblicher Hautkrankheiten dar, die lebenslang mit Trauma induzierter Blasenbildung der Haut und Schleimhäute einhergehen. Ursachen sind Defekte in mindestens elf verschiedenen Genen, die die Komponenten der Epidermis, Basalmembranzone und Dermis kodieren [Mitsuhashi und Hashimoto, 2003].

Die EB tritt in allen Rassen mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:50 000 – 1:500 000 auf. Weltweit zählt man rund 350 000 Erkrankte. In der europäischen Bevölkerung beträgt die Prävalenz aller EB Formen etwa 25/1 Million. In Deutschland gibt es zwischen 2 000 bis 4 700 Erkrankte; zirka 1 000 sind schwer betroffen [Volz et al., 2007]. Die Symptome der EB sind vielfältig und reichen von milder Blasenbildung bis hin zu schweren tödlichen Formen. Bei schweren Formen erreichen die Patienten meist nur das dritte Lebensjahrzehnt. Größe und Gewicht jugendlicher Patienten liegen signifikant unter dem gleichaltriger [Bork et al., 2008]. Ihre Prognose ist wesentlich abhängig von einer adäquaten Ernährung und damit vom Zustand des Gebisses.

Klassifikation der EB und Pathogenese

Die EB wird nach klinischen, genetischen und vor allem ultrastrukturellen Kriterien klassifiziert. Das erste Klassifikationsschema stammt aus dem Jahr 1962 [Pearson, 1962]. Die aktuelle Klassifikation wurde 2007 auf dem „Third International Consensus Meeting on Diagnosis and Classification of EB“ erarbeitet [Fine et al., 2008]. Sie berücksichtigt die morphologisch lokalisierbaren Spaltungsebenen in der Haut (Elektronenmikroskopie / Immunfluoreszenz), den molekulargenetischen und den klinischen Befund (Tabelle 1, Abbildung 1).

Vier Hauptgruppen sind abgrenzbar:

- Epidermolysis bullosa simplex: intraepidermale (epidermolytische) Blasenbildung,
- Epidermolysis bullosa junctionalis: epidermal-dermale, junctionale oder intra lamina

lucida (junktolytische oder lamina lucidolytische) Blasenbildung,

- Epidermolysis bullosa dystrophica: subepidermale oder sub-lamina densa (dermolytische) Blasenbildung.

- Gemischte Gruppe (Kindler-Syndrom)

Morphologie und Molekularbiologie

Epidermolysis bullosa simplex (EBS)

EBS ist die häufigste, mildeste, nicht vernarbende Form mit überwiegend autosomal dominantem Erbgang. Die klinisch verschiedenen EBS-Typen (Köbner, Weber-Cockayne, Dowling-Meara, EBS mit fleckiger Pigmentierung) zeigen Mutationen der Keratogene K5 oder K 14, die die Basalzellkeratine 5 und 14 kodieren. Es kommt zur Blasenbildung durch Zerreißen der Basalzellen.

Bei den sehr seltenen suprabasalen EBS-Typen kommt es zur Zerreißen im Stratum granulosum beziehungsweise zur Akantholyse (Tabelle 1). Beim rezessiv vererbten EBS mit Muskeldystrophie besteht eine Störung des Hemidesmosomenproteins Plectin, beim EBS-Typ ohne Muskeldystrophie eine K14-Mutation [Mitsuhashi und Hashimoto, 2003; Fine et al., 2008].

Epidermolysis bullosa junctionalis (EBJ)

Alle EBJ werden autosomal-rezessiv vererbt. Elektronenmikroskopisch entwickelt sich die Zerreißen zwischen den Basalzellen und der Basalmembran in der Lamina lucida.

Die EBJ werden in zwei große Subtypen unterteilt:

- Epidermolysis bullosa junctionalis gravis (letal), Typ Herlitz

Die EBJ-letal-Typ Herlitz geht mit frühzeitigem Tod einher und beruht auf Mutatio-

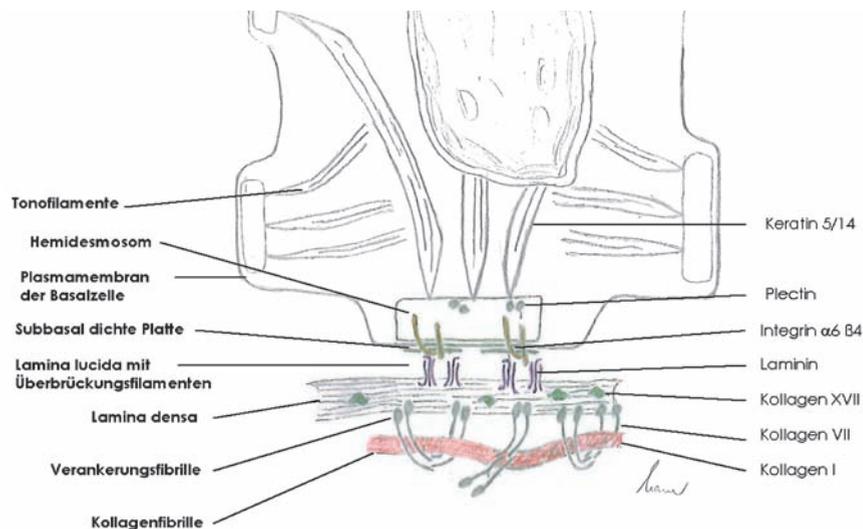


Abbildung 1: Schematische Darstellung Basalmembranzone mit basaler Zellschicht; Morphologische Bezeichnungen im Fettdruck, Biochemische Bezeichnungen der Strukturkomponenten im Normaldruck

nen des Laminin-5-Genes (Laminin 332 – neue Nomenklatur).

■ **Epidermolysis bullosa junctionalis**, Typen Non-Herlitz und andere Formen

Unter den EBJ-Typen Non Herlitz und anderen Formen werden benigne EB mit guter Prognose zusammengefasst, die sich im klinischen Verlauf unterscheiden. Mutationen bestehen beim Laminin-5- und Typ-XVII-Kollagen-Gen und bei der EBJ mit Pylorus-Atresie beim $\alpha 6\beta 4$ -Integrin-Gen [Mitsuhashi und Hashimoto, 2003; Fine et al., 2008].

Epidermolysis bullosa dystrophica (EBD)

Die Gruppe der EBD wird in autosomal dominante Formen (Cockayne-Touraine-Typ, Pasini-Typ) und autosomal rezessive Formen mit generalisierten mutilierenden Läsionen (Hallopeau-Siemens-Typ) oder in Typen mit lokalisierten Veränderungen unterteilt. Ultrastrukturell sind die Verankerungsfibrillen (anchoring fibrils) mit Typ-VII-Kollagen als Hauptprotein verändert beziehungsweise fehlen durch COL7A1-Genmutationen [Mitsuhashi und Hashimoto, 2003; Fine et al., 2008].

Morphologische und molekulare Diagnostik

Die frühe klinische Unterscheidung der EB-Typen ist schwierig, da Babys mit Blasen übersät geboren werden und sich die typischen Sekundärmerkmale und Symptome erst ausbilden. Bei ungestörter Wundheilung ist zur Diagnosefindung eine Hautbiopsie selbst bei Neugeborenen möglich. An Kryoschnitten werden mittels Immunfluoreszenzmikroskopie (Antigen-Mapping) die Blasenbildungsebene und das betroffene Protein beziehungsweise die Verteilung spezifischer Markerproteine bestimmt. Daraus kann der EB-Subtyp erschlossen werden, wie das Fehlen von Laminin 5 bei EBJ Herlitz oder von Kollagen VII bei EBD Hallopeau-Siemens. Die Elektronenmikroskopie zeigt auffällige Ultrastrukturen, wie veränderte Keratinfibrillen, Hemidesmosomen und Verankerungsfibrillen. Die molekulargenetische Mutationsanalyse ergibt die exakte Diagnose und erlaubt die genaue Typisierung schon im Neugeborenenalter beziehungsweise



Abbildung 2: Schwere generalisierte (mutilierende) rezessiv vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau-Siemens) bei 15-jähriger Patientin; schwerer Befall mit Vernarbungen an Stirn, Ohr und im Halsbereich; um Traumatisierung durch anliegende Kleidung gering zu halten, Verband mit Fettgaze



Abbildung 3: Schwere generalisierte (mutilierende) rezessiv vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau-Siemens) bei 15-jähriger Patientin; schwerer Befall mit fortgeschrittenen Synechien und Mutilationen der Hände

ungsweise auch schon im Rahmen der pränatalen Diagnostik. Zur Bestimmung des Erbganges ist die Familienanamnese wichtig, insbesondere auch die Frage nach Minimalbefall (Zahn-, Nagelanomalien ohne Blasen) bei Familienmitgliedern [Schumann et al., 2001; Mitsuhashi und Hashimoto, 2003; Fine et al., 2008].

Klinische Verlaufsformen

Epidermolysis bullosa simplex

EBS manifestiert sich bei Geburt oder in der frühen Kindheit. Prädilektionsstellen sind Handinnenflächen und Fußsohlen. Warme Umgebungstemperaturen fördern die Blasenbildung (summer blistering). Weitere Symptome fehlen. Mundschleimhautveränderungen können vereinzelt in Subtypen

auftreten. Die Zahnentwicklung ist normal. Lediglich im Subtyp mit fleckiger Pigmentierung können Erosionen der Mundschleimhaut, Hypo- und Anodontie auftreten [Bork et al., 2008; Fine et al., 2008; Voigtländer V, 1998].

Epidermolysis bullosa junctionalis gravis (letalis) – Typ Herlitz

Mit Geburt tritt eine massive Blasenbildung an Haut und Schleimhäuten auf, gefolgt von großflächigen, schlecht heilenden Erosionen und Bildung von Granulationsgewebe an Fingerspitzen, Gesäß und perioral. Nageldystrophien und Zahnschmelzdefekte sind weitere Kennzeichen. Durch Flüssigkeits- und Proteinverlust sowie systemische Infektionen überleben diese Kinder nur selten die ersten Lebensjahre. [Bork et al., 2008; Fine et al., 2008; Voigtländer V, 1998].

Epidermolysis bullosa junctionalis - Typen Non-Herlitz und andere Formen

Diese Gruppen der EBJ umfassen Formen, die trotz Blasen bereits ab Geburt und variabler teils ausgeprägter Symptomatik, nicht letal verlaufen. Die generalisierten Non-Herlitz-Formen zeigen oft Schleimhaut und gastrointestinale Beteiligung, eine leichte Hautatrophie, Nageldystrophien, Zahnschmelzdefekte und Alopezie. Die genannten Symptome können auch bei den lokalisierten Formen auftreten; typisch ist dort aber der späte Beginn. Die EBJ mit Pylorusatresie zeigt Blasenbildung an Schleimhaut und Haut. Die Atresie kann chirurgisch behoben werden. [Bork et al., 2008; Fine et al., 2008; Voigtländer V, 1998].

Epidermolysis bullosa dystrophica generalisata hereditaria Typ Hallopeau-Siemens

Als schwerste Form gehört die EBD-Typ Hallopeau-Siemens mit einer geschätzten Inzidenz von 1:200 000 zu den häufigen Epidermolysen, insbesondere in Regionen mit hoher Konsanguinität. Kennzeichnend sind frühe Blasenschübe, ausgedehnte Erosionen und Ulzera. Diese heilen unter flächenhafter Narbenbildung mit Hautatrophien und Milien ab (Abbildung 2). Finger und Zehen wachsen zusammen (Synechien) und erstarren in Beugekontrakturen (Abbildung 3).

Immer finden sich Nageldystrophien beziehungsweise frühzeitiger Nagelverlust (Abbildung 4). Die Schleimhäute, insbesondere die Mundschleimhaut, sind regelmäßig betroffen. Gefürchtet sind narbige Stenosen (Kehlkopf, Ösophagus). Die Symptomatik beginnt unmittelbar nach der Geburt bei Einsetzen der mechanischen Belastung der Mundschleimhaut durch das Saugen. In der Folge kommt es zu Vernarbungen der Wangenschleimhaut (abgeflachtes Vestibulum), der Lippen (periorale Strikturen mit eingeschränkter Mundöffnung) und der Zunge mit Ankyloglossie und atrophischer Zungenschleimhaut (Abbildung 5) (Schildkrötenzunge). Die Dentition ist verzögert beziehungsweise Zähne bleiben retiniert. Die Zähne sind dysplastisch mit massiven Schmelzdefekten und stark kariös anfällig. Fehlernährung (Kohlenhydrat- und säurereiche Kost) begünstigt die Entwicklung kariöser Läsionen bei erschwerter Nahrungsaufnahme. Als Folge der Fehlernährung zeigen die Kinder einen Wachstums- und Entwicklungsrückstand. Die intellektuelle Entwicklung ist gut. Aufgrund der Beugekontrakturen der Finger, Syndaktylien und Adduktionskontrakturen des Daumens sind Mundhygienemaßnahmen durch die Patienten selbst nur schwer möglich (Abbildung 3). Normales Zähne bürsten kann Blasenbildung auslösen. Parodontitis und nachfolgender Zahnverlust können zur Kieferatrophie führen.

Die Narbenfelder sind als Präkanzerosen zu werten, auf deren Boden sich Plattenepithelkarzinome entwickeln können. Die Lebenserwartung ist wegen zahlreicher Komplikationen (Sekundärinfektionen, Amyloidose, Sepsis, Blutungen aus Erosionen) herabgesetzt [Bork et al., 2008; Fine et al., 2008; Voigtländer V, 1998].

Epidermolysis bullosa dystrophica Typ Non-Hallopeau-Siemens

Varianten des Non-Hallopeau-Siemens-Typs kommen als generalisierte, lokalisierte und inverse Form vor. Bei der generalisierten Form bestehen Blasen ab Geburt und heilen narbig

ab. Milien sind sichtbar. Die klinische Ausprägung variiert, ist aber milder als beim Hallopeau-Siemens-Typ, da Syndaktylien und Mutilationen fehlen. Die Mundschleimhaut ist mit Blasen und Erosionen beteiligt, woraus narbige Stenosierung resultiert. Weitere Symptome sind Nageldystrophien und Zahnschmelzhyposplasien. Atrophien und Narben können auch erst im fortgeschrittenen Alter erscheinen. Bei der inversen Form treten schlecht heilende großflächige Blasen und Erosionen an Stamm, Axillen, Leisten und Genitoanalregion auf. Die Akren sind fast nie beteiligt [Bork et al., 2008; Fine et al., 2008; Voigtländer, 1998].



Abbildung 4: Schwere generalisierte (mutilierende) rezessiv vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau-Siemens) bei 1-jähriger Patientin; schwerer Befall mit massiver Blasenbildung an den Händen und Verlust bzw. Fehlbildung von Fingernägeln; Synechien und Mutilationen der Hände sind noch nicht vorhanden.



Abbildung 5: Schwere generalisierte (mutilierende) rezessiv vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau-Siemens) bei 15-jähriger Patientin; schwerer Befall mit massiv eingeschränkter Mundöffnung, eingerissenen Mundwinkeln, kariös zerstörten Frontzähnen und Leukoplakien und Zahnimpressionen auf narbig veränderter Zunge

Dominante Epidermolysis bullosa dystrophica

Autosomal-dominant vererbte EBD sind unter anderem die schwer verlaufende, generalisierte Form Typ Cockayne-Touraine mit hypertrophen Läsionen und die lokalisierte Form mit fast ausschließlichem Befall der Akren (Typ Pasini). Hier bilden sich permanente, elfenbeinfarbige, bis 15 mm große Papeln auch in der Mundhöhle am Gaumen [Bork et al., 2008; Fine et al., 2008; Voigtländer, 1998].

Interdisziplinäres Management und Therapie

Therapieziel der EB-Behandlung ist eine möglichst normale Lebensqualität der Patienten, denn eine kausale Therapie der EB – einschließlich der Gentherapie – ist derzeit noch nicht bekannt [Ferrari et al., 2006]. Zahlreiche Maßnahmen sind therapeutisch und prophylaktisch wirksam. Neben der heimatnahen interdisziplinären Betreuung durch Hautarzt, Hausarzt, Kinderarzt ist eine Anbindung an ein spezialisiertes Zentrum sinnvoll. Dort erfolgt im erweiterten interdisziplinären Team – Hautarzt, Kinderarzt, Intensivmediziner, Chirurg, Zahnarzt, Wundpflegeteams, Physio-, Ergotherapie, Ernährungsberatung – die koordinierte längerfristige Behandlungsplanung.

Die Lokaltherapie von Haut (und Schleimhaut) ist Teil der täglichen Behandlung. Besonders wichtig sind die Vermeidung von Trauma und Hitze, regelmäßige Hautpflege (häufiges Einfetten), frühzeitige Eröffnung der Blasen und desinfizierende Lokalbehandlung. Topische Antibiotika sollten bei Sekundärinfektion und externe Steroide bei Ekzematisierung nur kurzfristig eingesetzt werden. Beim Verbinden der Hautdefekte haben sich zum Beispiel Fettgazen oder silikonbeschichtete Gitterverbände sowie selbsthaftende Binden und Schlauchverbände bewährt. Eine chirurgische Behandlung kann bei den stenosierenden und mutilierenden EB (Hallopeau-Siemens-Typ) notwendig werden,

insbesondere zur Lösung der Synechien (**Ca-vel! Keine Intubationsnarkose!**). Die vorsichtige Bougierung von Ösophagusstenosen ist möglich. In schweren Fällen muss eine perkutane endoskopische Gastrostomie erfolgen, um langfristig die Ernährung der betroffenen Patienten zu sichern. Die Identifizierung der ursächlichen Mutationen, das umfangreiche Wissen der EB-Pathomechanismen und die schnelle Entwicklung der molekularen Technologien werden in Zukunft neue kausale Therapieansätze ermöglichen, zum Beispiel in Form der Übertragung ex vivo genetisch reparierter Keratinozytentransplantate [Ferrari et al., 2006].

Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten wurden Netzwerkstrukturen aufgebaut, dadurch ist ein besserer Austausch von Behandlungszentren untereinander, aber auch zum Patienten möglich. Es besteht auch ein enger Kontakt zu Selbsthilfegruppen (IEB-DEBRA-Germany) [Bruckner-Tuderman et al., 2007].

Zahnärztlich-chirurgische Behandlungsaspekte

Da bei vielen Formen der EB Mundschleimhaut und Zähne mitbeteiligt sind (Tabelle 1), stellt die zahnmedizinische Betreuung einen essenziellen Bestandteil der Gesamtbehandlung dar, wobei die Behandlung schwerer Erkrankungsformen spezialisierten Zentren vorbehalten bleibt [Finke et al., 1996]. Hauptaufgabe des Zahnarztes ist die Reduktion von Karies und Gingivitis, um Schmerzfreiheit zu erzielen und damit Voraussetzungen für eine optimale Nahrungsaufnahme zu schaffen. An erster Stelle steht die Verhinderung traumatischer Läsionen der Mundschleimhaut (Tabelle 2) durch abgebrochene, kariös zerstörte, scharfkantig gewordene Zähne oder defekten Zahnersatz, bei der Behandlung selbst oder bei der Aufnahme grober Nahrung. Neu aufgetretene Blasen und Erosionen verstärken die Vernarbung der Mundschleimhaut.

Zur Zahnpflege sollten nur weiche Zahnbürsten verwendet werden und die Gingiva dabei nur so wenig wie möglich traumatisiert werden. Mundspülungen mit lauwarmem Wasser nach jeder Mahlzeit helfen,



Abbildung 6: Schwere generalisierte (mutillierende) rezessiv vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau-Siemens) bei 15-jährigem Patienten siehe Abbildungen 2,3 und 5; Zahnstatus mit elf Jahren (a), mit 14 Jahren (b) und mit 15 Jahren (c); trotz regelmäßiger zahnmedizinischer Betreuung massive Karies mit Zahnzerstörung bei 17 und 27 (b) und nachfolgende Extraktion (c), kariöse Läsionen an 33 und 45 (c)

Nahrungsmittelreste zeitnah zu entfernen und Karies vorzubeugen. Sie beschleunigen auch die Abheilung von Erosionen.

Zur Prophylaxe und Behandlung von kariösen Defekten ist ein regelmäßiges, enges und sehr sorgfältiges Recall nötig. Narbige Strikturen der Mundschleimhaut, Synechien der Finger und Beugekontrakturen bei Patienten mit schweren EB-Formen (Hallopeau-Siemens, Herlitz) schränken die eigene Mundhygienefähigkeit sehr stark ein. Plaque sollte deshalb professionell entfernt und eine ausreichende Fluoridierung bis in das Erwachsenenalter hinein durchgeführt werden.

Die zahnärztliche Behandlung, insbesondere zahnärztlich-chirurgische Maßnahmen, und die Anfertigung von Zahnersatz müssen vor allem bei den schweren Verlaufsformen sorgfältig geplant werden. Bei der EBD gravis (Hallopeau-Siemens) sind für den Zahnarzt neben der Verletzlichkeit der oralen Schleimhaut eine Mikrostomie (Abbil-

dung 5) sowie eine verringerte Vestibulumtiefe von Bedeutung. Diese Symptome erfordern im Einzelfall eine sehr individuelle Abwandlung der üblichen Vorgehensweise bei der zahnärztlichen Behandlung (Tabelle 3). Die Wange sollte nur mit dem Finger abgehalten und die Mundwinkel mit Vaseline geschützt werden. Meist ist die Verwendung von Kinderinstrumenten und kleinen, in der HNO-Heilkunde üblichen, Spiegeln erforderlich. Abformungen können mit laborgefertigten individuellen Löffeln oder mit weichen konfektionierten Löffeln vorgenommen werden. Watterollen sollten längs halbiert und vor Entfernung unbedingt vollständig mit Wasser durchfeuchtet werden.

Bei der Infiltrationsanästhesie muss die Nadel tief eingestochen werden, um eine Trennung der Hautschichten zu verhindern und damit das Risiko der Blasenbildung zu vermindern. Es sollte bevorzugt ein kleines Depot des Anästhetikums gesetzt und gegebenenfalls später nachinjiziert werden. Es empfiehlt sich, Behandlungstermine so zu legen, dass in der Zwischenzeit Läsionen an Mundwinkeln und Mundschleimhaut heilen können. Zur Unterstützung der Wundheilung und Vermeidung von Infektionen der traumatisierten Areale ist die Anwendung von Chlorhexidin sinnvoll.

Bei der Zahnextraktion ist ebenfalls möglichst atraumatisch vorzugehen. Dazu sollte viel Zeit eingeplant werden und äußerst vorsichtig vorgegangen werden, da jede stärkere Berührung der Lippen und Mundschleimhaut Blasen hervorruft. Generell ist bei diesen Patienten aber die Wundheilung nicht gestört. Auch hier hat sich die Applikation von reichlich Vaseline oder Bepanthen®-Creme auf die Lippen bewährt. Eine Lokalanästhesie in den Mundwinkel bei geringer Mundöffnung vermeidet die äußerst schmerzhafteste Berührung bei Extraktion in hinteren Kieferabschnitten. Bei stark eingeschränkter Mundöffnung ist die Leitungsanästhesie im Unterkiefer von extraoral oder mit der intraoralen Technik nach La Guardia möglich. Die Zahnentfernung erfolgt mit kleinsten Instrumenten – Hebel, Desmotom, Wurzelheber – und kleinen Kinderzangen. Häufig kann nur mit dem Hebel

gearbeitet werden, da Zangen meist gar nicht in die Mundhöhle passen. Bei der Extraktion mehrerer Zähne in Reihe ist es sinnvoll, von vorn nach hinten zu extrahieren, um Platz und Sicht zu schaffen. Empfehlens-

wert ist die Behandlung unter Sedierung mit Midazolam, so kann sich der Patient nicht an den Eingriff erinnern. Dies erfordert allerdings eine postoperative Überwachung des Patienten. Aus eigener Erfahrung in der Be-

treuung von EB-Patienten haben wir bisher die Behandlung in Lokalanästhesie und Sedierung mit Midazolam der Sanierung in Vollnarkose vorgezogen, im Gegensatz zum radikal chirurgischen Vorgehen in Vollnarko-

Spaltungsebene	Haupt EB Gruppe	Haupt EB Untergruppen	EB Untergruppen	Schleimhautläsion	Zahndysplasie/ Karies	Zielprotein
Intraepidermal „epidermolytisch“	EB simplex	Suprabasal EBS	– lethal akantholytische EBS – plakophilin defizit. EBS – EBS superficialis	++ +		Desmoplakin Plakophilin1 ?
		Basal EBS	– lokalisierte EBS (Typ Weber-Cochayne) – EBS Dowling Meara – generalisierte EBS (Typ Köbner) – EBS mit fleckiger Pigmentierung (Typ Kallin) – EBS mit Muskeldystrophie – EBS mit Pylorus Atresie – EBS Ogna	+ + +/- + ++ +	Anodontie	Keratin 5 u. 14 Keratin 5 u. 14 Keratin 5 u. 14 Keratin 5 Plectin $\alpha 6\beta 4$ Integrin Plectin
Intra-lamina lucida „lamina lucidolytisch“	EB junktionalis	EJ Herlitz	EJ Herlitz	+++	+++ / +++	Laminin 5 (Laminin 332)
		EJ andere	– generalisierte EJ, Non Herlitz (atrophisch benigne EBS) – lokalisierte EJ, Non Herlitz – EJ mit Pylorus Atresie – inverse EJ – late onset EJ	+++ + +/- +/- +/-	+++ / +++ +++ / +++ + + / + +	Laminin 5 Kollagen XVII Kollagen XVII $\alpha 6\beta 4$ Integrin Laminin 5 ?
Sub-lamina densa „dermolytisch“	EB dystrophica	Dominant EBD	– generalisierte DEBD (Cockayne-Touraine) – akrale DEBD (Pasini) – prätibiale DEBD – pruriginöse DEBD – Nagel DEBD – DEBD bullöse dermolyse des Neugeborenen	+++ ++	- / +++ - / +++	Kollagen VII
		Rezessive EBD	– schwere generalisierte REBD (Hallopeau-Siemens) – generalisierte REBD – inverse REBD – prätibiale REBD – pruriginöse REBD – zentripetale REBD – REBD bullöse dermolyse des Neugeborenen	+++ +++ +++ + +	- / +++ - / +	Kollagen VII
Gemischt	Kindler Syndrome			++		Kindlin-1

EB Epidermolysis bullosa

EBS Epidermolysis bullosa simplex

EJ Epidermolysis bullosa junktionalis

EBD Epidermolysis bullosa dystrophica

DEBD Dominant vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica

REBD Rezessiv vererbte Epidermolysis bullosa dystrophica

se [Stavropoulos und Abramowicz, 2008; Becker et al., 2004]. Damit entfällt das Risiko der Traumatisierung der Trachealschleimhaut mit den entsprechenden schwerwiegenden Folgen.

Zusammenfassung

Epidermolysis bullosa (EB) umfasst eine Gruppe von erblichen Erkrankungen mit durch Trauma ausgelöster Blasenbildung. Ursache sind durch Genmutation bedingte Veränderungen von Strukturproteinen von Epidermis und Basalmembran-Zone der Haut. EB werden nach immunpathologischen, ultramorphologischen, molekulargenetischen und klinischen Befunden unterteilt. Neben Haut und Schleimhaut können sie mit Zahndysplasie, Muskeldystrophie, Syndaktylie, Oesophagusstenosen oder Pylorusatresie assoziiert sein. Das klinische Bild reicht von früh letalen Formen mit ausgeprägtem Befall bis zu milden lokalisierten Formen oder zu oft verkannten Minimalläsionen ohne Blasenbildung. Die Minimalformen können in verschiedenen ärztlichen Fachbereichen primär zu erkennen sein. Die Diagnostik dieser seltenen Erkrankung ist heute bereits sehr früh präzise möglich. Eine kausale Therapie ist derzeit trotz gentherapeutischer Ansätze noch nicht bekannt. Die symptomatische Behandlung und ein optimal abgestimmtes interdisziplinäres Management sind daher wichtig. Der Schleimhautbefall bei schweren Formen, wie Epidermolysis bullosa dystrophica, führt bei fast allen dieser Patienten zu Einschränkungen in der Zahnpflege und bei der Nahrungsaufnahme mit folgender massiver Gebisszerstörung. Im Rahmen der interdisziplinären medizinischen Betreuung spielt daher die zahnmedizinische Sanierung eine sehr große Rolle.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer
Dr. med. Annett Müller
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Technische Universität Dresden
Fetscher Str. 74
01307 Dresden
guenter.lauer@uniklinikum-dresden.de
annett.mueller@uniklinikum-dresden.de

Typische Veränderungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich

Mikrostomie mit deutlicher Behinderung der Mundöffnung
Vernarbtes Vestibulum
Vernarbte Wangenschleimhaut
Vernarbte, unförmige, schwer bewegliche Zunge („Schildkrötenzunge“)
Verkürztes Zungenbändchen
Erosionen an Gingiva, Wangenschleimhaut, Gaumen, Pharynx
Gingivitis
Mineralisationsstörungen
Karies
Sprechstörungen
Stark eingeschränkte Mundhygiene

Tabelle 2

Praktische Tipps bei der Behandlung von EB-Patienten

Oberstes Ziel: *Traumatisierung des Weichgewebes möglichst gering halten*

- Wange mit Finger abhalten
- Mundwinkel mit Vaseline oder Bepanthen schützen
- Infiltrationsanästhesie in Mundwinkel
- Watterollen längs halbieren und unbedingt vor dem Entfernen vollständig mit Wasser durchtränken
- Kleine Instrumente:
 - Hebel; Desmotom; kleinste Kinderzangen; Kinderturbine; kleine Spiegel, z. B. HNO-Kehlkopfspiegel.
- Infiltrationsanästhesie:
 - Nadel tief einstechen, um Trennung der Schleimhautschichten bzw. Risiko der Blasenbildung zu minimieren; zunächst kleines Depot setzen, dann nachspritzen.
- Abformung:
 - Laborgefertigte, individuelle Löffel oder weiche, konfektionierte Fluoridierungsschiene benutzen

Tabelle 3



Prof. Dr. Dr. Günter Lauer

1979 bis 1986 Studium Medizin in Heidelberg
1987 Promotion Medizin in Heidelberg
1986–1989 Studium Zahnmedizin in Freiburg
1991 Promotion Zahnmedizin in Freiburg
1990–2000 Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie, Universität Freiburg
1993 Anerkennung als Zahnarzt, Oralchirurg
1994 Anerkennung als Arzt für MKG-Chirurgie
1998 Zusatzbezeichnung Plastische Operationen
1998 Habilitation, OA und Leiter der Poliklinik in Freiburg
1998 Oberarzt der Abteilung Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
2000 Gastprofessur in Singapur, seit 2000 Erster Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
2001/2002 Umhabilitation und Lehrbefugnis an der Technischen Universität Dresden, 2005 Ernennung zum Apl-Professor
2008 Gründungsvorsitzender des Transdisziplinären Arbeitskreises Regenerative Medizin der DGZMK

Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten – ein interdisziplinäres Behandlungskonzept

Alexander Hemprich

Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten gehören zu den kraniofazialen Dysplasien und stellen nach den Veränderungen der Gliedmaßen (Klumpfuß) eine der häufigsten Fehlbildungen des Menschen dar. In Europa liegt eine Häufigkeit von etwa einer auf 500 Geburten vor.



Die Missbildungen entstehen während der Embryogenese etwa von der vierten bis zur zehnten Schwangerschaftswoche. Die genaue Ätiologie der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten ist nach wie vor noch nicht vollständig geklärt. Derzeit wird von einem

etwa zur 22. Schwangerschaftswoche, lassen sich heute mit modernen Geräten Spaltbildungen im Gesicht mit einer hohen Treffsicherheit erkennen. Hier ergibt sich nunmehr ein optimaler Ansatz zur Frühberatung für werdende Eltern im nächstgele-

handlung dürfen die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die Kieferorthopädie, die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit ihren Spezialitäten Phoniatrie, Pädaudiologie und Logopädie und nicht zuletzt die allgemeine Zahnheilkunde unter besonderer Berücksichtigung von Kinderzahnheilkunde und konservierender Zahnheilkunde gelten. Nicht selten müssen auch komplizierte prothetische Probleme angegangen werden. Begleitend wird immer der Pädiater hinzutreten. In einigen Fällen bedarf es schließlich der Hilfe des Kinderpsychologen und eventuell des Humangenetikers (Abbildung 1). Das chirurgische Konzept beruht auf den Prinzipien von Delaire, der bereits 1977 auf die Notwendigkeit zur sehr subtilen Wiederherstellung der perioralen und perinasalen sowie velaren Muskulatur hingewiesen hat [Delaire, 1978].

Behandlungsplan für LKG-Spalten

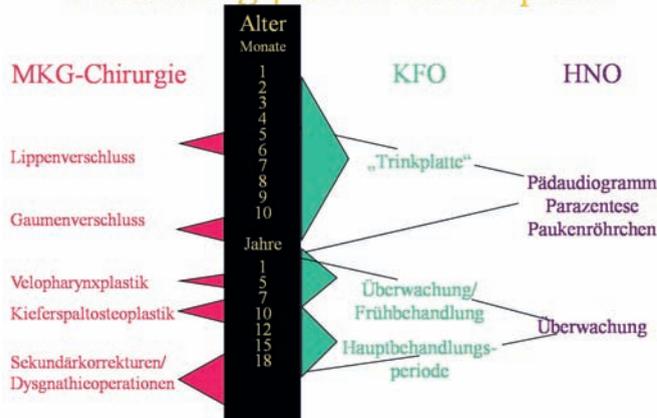


Abbildung 1: Schema zum interdisziplinären Behandlungsablauf von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten am Universitätsklinikum Leipzig

multifaktoriellen Schwellenmodell mit genetischer Komponente ausgegangen. Es lassen sich dabei „spaltbelastete“ Familien nachweisen, in denen diese Fehlbildungen in unregelmäßiger Generationenfolge weitergegeben werden. Die Erblichkeit der Spaltbildungen liegt zwischen 15 und 33 Prozent [Coninck et. al., 1989]. Hinzu kommen äußere Faktoren, zum Beispiel ein Vitamin- oder ein (geringer) Sauerstoffmangel in der Frühschwangerschaft, durch die eine in der Familie latent vorhandene Anlage zur Spaltbildung begünstigt wird. Auch schwach ionisierende Strahlung trägt nachweisbar zur Spaltbildung bei [Zielogowski, Hemprich, 1999]. Im Rahmen der Ultraschall-Feindiagnostik,

genen Spaltzentrum. Falls neben der Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte keine andere Schädigung des Fötus vorliegt, besteht keinerlei Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen, da die heutzutage sehr ausgereiften Verfahren zur Rehabilitation dem Spaltträger ein völlig normales Leben ermöglichen.

Interdisziplinäre Therapie: Grundprinzipien

Die erfolgreiche Rehabilitation dieser Patientengruppe lässt sich ausschließlich mit einer wohl abgestimmten interdisziplinären Behandlung der verschiedensten Fachgebiete erzielen. Als primäre „Säulen“ der Be-

Prinzipien des Lippenspaltverschlusses

Im Alter von etwa vier Monaten (einseitige Spaltbildung) bis sechs Monaten (bilaterale Spalten) werden der Verschluss der Lippe, einschließlich der Nasenbodenbildung, einer primären Rhinoplastik sowie der vollständigen Wiederherstellung der perioralen und perinasalen Muskelschlingen in Angriff genommen. Das Kind sollte dabei wenigstens fünf Kilogramm wiegen und gesund sein.

Gemäß der Philosophie von Delaire wird dabei die gesamte funktionelle Matrix (Weichteilbedeckung des Gesichtsschädels) durch streng subperiostale Präparation bis zur Sutura zygomaticomaxillaris und zum Os

nasale hin angehoben (Abbildung 2 a,2 b). Auf diese Weise ist es möglich, eine problemlose Medialrotation des Weichgewebes vorzunehmen und somit eine spannungsarme Vereinigung der gesamten perioralen und perinasalen Muskulatur unter Anheftung am knorpeligen Septum zu erzielen. Es wird somit die natürliche Verbindung zwischen dem primären Wachstumszentrum in der knorpeligen Nasenkapsel und dem sekundären Wachstumszentrum, der Sutura zygomaticomaxillaris, hergestellt und ein natürlicher Impuls für ein normales Mittelgesichtswachstum gesetzt (Abbildung 3). Zusätzlich erfolgt das supraperichondrale Abheben der Haut im Bereich der knorpeligen Nase, so dass die seit der Embryonalzeit bestehende Fehlposition der Flügelknorpel verbessert werden kann, ohne diese vollständig herauspräparieren zu müssen.

Verschluss des harten und des weichen Gaumens

Dieser Eingriff sollte vor dem Ende des ersten Lebensjahres vorgenommen werden. Hier gibt es zum Teil widerstreitende Angaben in der Literatur, wo Empfehlungen vom einzeitigen Verschluss im achten Lebensmonat bis zu zweizeitigen Eingriffen (Hart- und Weichgaumen getrennt mit mehr als zwei bis drei Jahren) angegeben werden. Sicherlich plädieren viele Kieferorthopäden hier für einen späteren Verschluss, insbesondere des Hartgaumens, da sie dann weniger transversale Wachstumseinengungen sehen [Grabowsky et. al. 2006]. Hier darf die Laut- und Sprachentwicklung jedoch keinesfalls außer Acht gelassen werden, die von einem Verschluss von Hart- und Weichgaumen und somit der Wiederherstellung einer normalen Anatomie zu Beginn des Spracherwerbs um das erste Lebensjahr herum sehr profitiert.

Gemäß dem Leipziger Spaltbehandlungskonzept werden in aller Regel von Langenbeck'sche Brückenlappen meist in Kombination mit einem Veau'schen Stiellappen verwendet. In jedem Falle wird größter Wert auf die intravelare Muskelplastik mit vollständiger Wiederherstellung des kranialen (Musculus tensor und levator veli palatini)

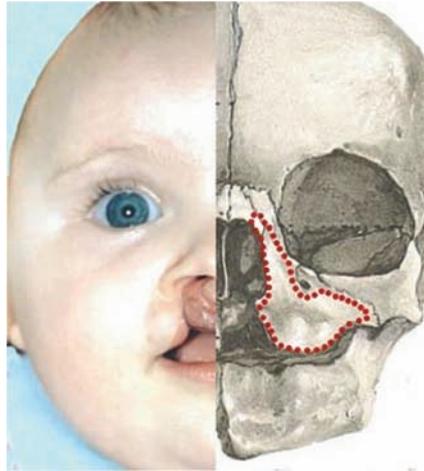


Abbildung 2 a: Ausmaß der subperiostalen Präparation der funktionellen Matrix im Oberkiefer (anatomisch)

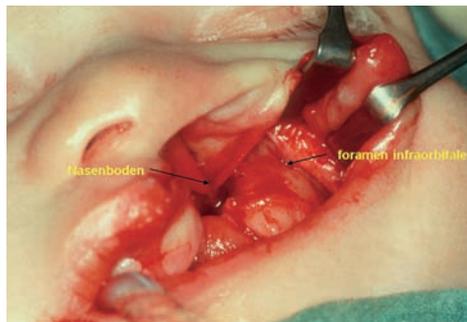


Abbildung 2 b: Klinische Darstellung der Präparation im Mittelgesicht bis zum Foramen infraorbitale

und des kaudalen Muskelrings (Musculus palatopharyngeus und palatoglossus) gelegt (Abbildung 4) [von Langenbeck 1862, Veau, 1931; Kriens, 1969]. Durch diese Technik hat sich die Notwendigkeit zur Velo-

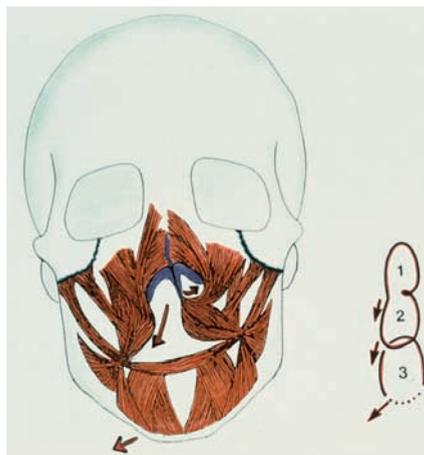


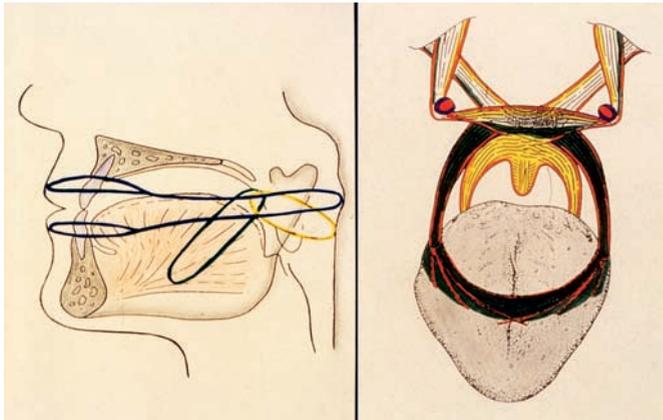
Abbildung 3: Durch die Spaltbildung getrennte periorale und perinasale Muskulatur – fehlende Vereinigung zwischen primärem und sekundären Wachstumszentrum

pharynxplastik von über 30 Prozent Anfang der 80er-Jahre auf nunmehr etwa sechs Prozent reduzieren lassen. Sogenannte „push-back-Operationen“ haben keine signifikante Verbesserung erbringen können, solange die intravelare Muskelplastik vollständig durchgeführt wurde [Hemprich et al., 1988].

Die Kieferspaltosteoplastik

Gemäß der internationalen Nomenklatur unterscheidet man die primäre (im Milchgebiss) von der sekundären (im Wechselgebiss) und der tertiären (im permanenten Gebiss) Osteoplastik. Wenn auch verschiedene Arten der Osteoplastik bekannt sind und Empfehlungen zur frühzeitigen Osteoplastik gegeben wurden, so hat sich das Verfahren nach Boyne und Sands [1972] bisher am besten bewährt. Dabei wird von einem Zahnfleischrandschnitt ausgehend die attached gingiva mehr von lateral als von medial über die Kieferspalt hinweg bewegt und Beckenkamm-spongiosa darunter eingelagert. Bei guter kieferorthopädischer Vorbereitung der Zahnbögen und präoperativ guter Mundhygiene ist der Eingriff in den meisten Fällen sehr erfolgreich (Abbildung 5). Der beste Zeitpunkt für die Operation ist dann gegeben, wenn der seitliche Schneidezahn voll durchgebrochen und damit die endgültige Höhe des Alveolarfortsatzes in der Oberkieferfront definiert ist. Der Eckzahn sollte zwei Drittel des Wurzelwachstums vollendet haben, damit er spätestens 18 Monate nach der Osteoplastik durch den transplantierten Knochen durchgebrochen sein kann. Gelingt dies nicht, so muss eine Freilegung des Eckzahnes mit aktiver kieferorthopädischer Einordnung erfolgen. Mit der (sekundären) Osteoplastik erhält der Kieferkamm eine gute Stabilität. Der Zahnbogen wird mit dem natürlichen Eckzahn vervollständigt. Im Falle eines fehlenden Schneidezahnes kann der Eckzahn auch kieferorthopädisch mesialisiert werden. Ergeht aus Sicht des Kieferorthopäden die Entscheidung zum Offenhalten der Lücke des fehlenden seitlichen Schneidezahnes

Abbildung 4: Anatomisches Schema der kranialen und kaudalen velaren Muskulatur mit Fortsetzung in Lippe und Wange in sagittaler (li) und transversaler (re) Darstellung



muss allerdings damit gerechnet werden, dass vor dem endgültigen Setzen eines Implantates frühestens ab dem 16. Lebensjahr möglicherweise noch eine tertiäre Osteoplastik zur Wiederauffüllung des Knochens im Alveolarkamm vorgenommen werden muss, da der ursprünglich transplantierte Knochen wieder schrumpfen wird, wenn er nicht physiologisch durch Kaukräfte belastet wird.

Ein wesentlicher Effekt der Osteoplastik ist jedoch die Unterstützung des Nasenflügels und damit eine natürliche Nasenposition.

Sekundärkorrekturen

Auch wenn es heute möglich erscheint, vollständige durchgängige Spaltbildungen mit deutlich unter zehn Eingriffen für den Patienten gut zu korrigieren, ergibt sich nach wie vor in dem ein oder anderen Fall die Notwendigkeit zu Korrekturoperationen, die im Wesentlichen folgende Bereiche umfassen:

- sekundäre Muskelplastik (Re-Operation der Spalte)
- Restlochverschluss am Gaumen
- sprachverbessernde Operationen
- Lagekorrekturen des Oberkiefers
- Septorhinoplastiken
- Lückenschluss mit Implantaten

Für alle oben genannten Eingriffe gilt, dass sie den Operateur aufgrund der anatomischen Besonderheiten der Fehlbildungen und der vorangegangenen Eingriffe oftmals vor nicht geringe Probleme stellen. Insbesondere die Korrektur des Oberlippen-Na-

sen-Komplexes sollte unbedingt durch einen sehr erfahrenen Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen durchgeführt werden, da dieser die häufig erforderliche komplette Re-Operation der Lippenspalte in Kombination mit der Rhinoplastik ausführen kann.

Bei den sprachverbessernden Operationen, hat sich nach wie vor das Verfahren des kranial gestielten Velopharynxlappens nach Sanvenero-Roselli am besten bewährt. Alle anderen Methoden, insbesondere unter Verwendung von Muskeln des Rachens und des Halses, kommen eher in Einzelfällen in Betracht.

Für die Dysgnathiechirurgie beim Spaltpatienten gilt, dass eine Vorverlagerung des Oberkiefers über acht bis maximal zehn Millimeter bei guter Bezahnung im Rahmen einer konventionellen Le-Fort-I-Osteotomie gut vorgenommen werden kann. Bei größeren monomaxillären Bewegungen ist der Distraktionsosteogenese der Vorzug zu geben.

Aufgaben des Zahnarztes bei der Spalt-Behandlung

Aufgrund der sehr häufig bestehenden Zahnfehlstellung, insbesondere im Oberkiefer, des Spaltpatienten kommt der akribischen Überwachung der Mundhygiene unter Anwendung der Individualprophylaxe ein sehr hoher Stellenwert zu. So fanden Kirchberg et al. 2001 eine stark erhöhte Kariesprävalenz im Milchgebiss von Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten bei gleichzeitig vorliegendem deutlich geringerem Sanierungsgrad. Streptococcus mutans und Lactobakterien waren bei Spaltträgern deutlich erhöht.

Interessanterweise ergaben sich im bleibenden Gebiss gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede mehr.

Im weiteren Verlauf muss der Zahnarzt dann frühzeitig die Weichen stellen, um in Zusammenarbeit mit dem entsprechenden Spaltzentrum rechtzeitig eine kieferorthopädische Behandlung zu veranlassen. Abschließend bleiben aller Voraussicht nach noch einige prothetische Probleme bestehen, die sich jedoch in den meisten Fällen mit den Mitteln der Zahnarztpraxis durchaus lösen lassen.

Vor der Eingliederung einer konventionellen Brückenkonstruktion muss der behandelnde Zahnarzt sicherstellen, dass eine Kieferspaltoosteoplastik zur Stabilisierung des Alveolarfortsatzes durchgeführt worden ist.

Nach übereinstimmender Auffassung der wissenschaftlichen Gesellschaften für Pro-



Abbildung 5: Erfolgreiche Einordnung des Zahnes 13 im Spaltbereich nach vorangegangener Kieferspaltoosteoplastik



Abbildung 6 a: Neugeborenes mit einer durchgehenden doppelseitigen Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte und Mund-Nasen-Trennplatte in situ.

thetik, für Kieferorthopädie und für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie stellt jedoch bei kariesfreien oder wenigstens gut versorgten Nachbarzähnen das enossale Implantat für den Ersatz des zweiten fehlenden Schneidezahnes im Oberkiefer das Mittel der Wahl dar (Stellungnahme der DGZMK). Häufig finden sich nicht unerhebliche Schädigungen des Parodonts im Bereich der seitlichen Pfeilerzähne für eine mögliche Brücke. Darüber hinaus wird der in den Alveolarfortsatzbereich hineintransplantierte Knochen ohne physiologische Belastung

ganz sicher schrumpfen, was nicht nur zu einer Beeinträchtigung der Ästhetik, sondern unter Umständen auch der Lautbildung des Patienten führen kann. Das enossale Implantat im Kieferspaltbereich unterscheidet sich in der Langzeitüberlebenswahrscheinlichkeit nur noch unwesentlich von in örtlich gewachsenen Knochen gesetzten Implantaten, so dass dieser Lösung die absolute Priorität eingeräumt wird.

Zusammenfassung

Mithilfe funktionsorientierter Operationsverfahren gelingt es heutzutage, im Kontext eines interdisziplinär orientierten Behandlungskonzeptes in aller Regel auch schwerwiegende Formen von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten vollständig zu rehabilitieren. Dabei ist es mittlerweile möglich, die früher von vielen Patienten angegebene, zumeist zweistellige Anzahl von Eingriffen sehr signifikant zu reduzieren bei mindestens gleich guten Ergebnissen (Abbildungen 6 a-c). Der Hauszahnarzt eines Spaltpatienten ist schon früh gefordert, möglichst jeden Zahn durch Individualprophylaxe und konservierende Maßnahmen solange wie möglich zu erhalten, damit dem Patienten nicht durch frühzeitigen Zahnverlust ein erhebliches Defizit im Mittelgesichtswachstum entsteht. Moderne Spaltzentren sehen sich als Organisatoren des interdisziplinären Behandlungskonzeptes, in das alle behandelnden Ärzte und Zahnärzte des jeweiligen Patienten am Heimatort sehr gern als Partner eingebunden werden.



Abbildung 6 b: Derselbe Patient im Alter von elf Jahren en face



Abbildung 6 c: en profil nach bisher drei Operationen: Spaltverschluss mit primärer Rhinoplastik, Verschluss von Hart- und Weichgaumen, Kieferspaltosteoplastik beidseits



Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich

1971 bis 1979 Studium der Medizin und der Zahnmedizin in Bonn und Mainz,
1979 Promotion zum Dr. med., 1983 zum Dr. med. dent.,
1980 bis 1993 wiss. Mitarbeiter,
seit 1984 OA in der MKG-Chirurgie Münster, 1984 Facharztanerkennung, 1987 Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“, 1989 Habilitation,
1993 Ruf auf den Lehrstuhl für MKG-Chirurgie in Leipzig,
2000 bis 2006 councillor der Eur. Ges. für MKG-Chirurgie,
seit 2006 Mitglied des Vorstandes der Dt. Ges. für MKG-Chirurgie

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig
alexander.hemprich@medizin.uni-leipzig.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.

Differentialdiagnose der kindlichen Mundbodenschwellung

Gefäß-Malformation wegen livider Mundbodenschwellung

Ashkan Rashad, Peter Maurer, Martin Kunkel



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



Abbildung 1: klinischer Aspekt der Mundbodenschwellung. Die Läsion war weich und wölbte den rechten Mundboden regelrecht vor.

Ein siebenjähriger Junge wurde zur Weiterbehandlung einer Gewebeerweiterung im rechten Mundboden zugewiesen. Bei der Erstuntersuchung stellt sich hier eine völlig schmerzfreie, vollständig von glatter und intakter Schleimhaut bedeckte, leicht bläulich durchscheinende Läsion dar, die den Mundboden rechts leicht vorwölbte (Abbildung 1). Hinweise auf eine entzündliche Ursache durch dentogene Infektionsherde ergaben sich nicht, der Lymphknotenstatus war unauffällig.

Die Veränderung wurde zunächst als Ranula interpretiert und eine Kontrolluntersuchung vereinbart. Der betreuende Zahnarzt hatte aber Zweifel an dieser Verdachtsdiagnose und äußerte den Verdacht auf eine vaskuläre Ursache der Gewebeerweiterung. Daraufhin erfolgte noch einmal eine klinische Untersuchung und eine erweiterte Diagnostik mittels Sonographie.

Hier zeigte sich dann tatsächlich eine Gewe-

beformation (Abbildung 2a), die stark vaskularisiert und damit typisch für eine vaskuläre Läsion und keineswegs vereinbar mit einer Ranula war. Als interessantes Detail ließ sich eine kalkhaltige Struktur mit deutlichem Schallschatten erkennen (Abbildung 2b), die in diesem Zusammenhang typisch für einen Phlebolith war. Aus dem klinischen

Bild einer bläulichen Läsion des Mundbodens, der deutlichen Vaskularisierung und der Verkalkungsstruktur ergab sich damit die Diagnose eines vaskulären Tumors, wobei vom Alter des Patienten grundsätzlich sowohl eine Malformation als auch ein echtes Hämangiom denkbar waren. Da keine wirkliche Wachstumstendenz beobachtet worden war, deutete vieles auf eine Gefäßfehlbildung hin. Dafür sprach auch eine simultane gleichartige Veränderung der Zungenspitze, da vaskuläre Malformationen häufig multilokulär auftreten.

Der Befund wurde unter Allgemeinanästhesie entfernt. Intraoperativ (Abbildung 3a) stellt sich recht eindrucksvoll ein blutgefülltes Gefäß-Konvolut dar, dass die Äste des N. lingualis vollständig umschloss. Nach der präparatorischen Auslösung des Befundes sind die erhaltenen Äste des N. lingualis gut zu erkennen (Abbildung 3b). Das Präparat lässt nach der Eröffnung den sonographisch dargestellten Phlebolithen deutlich erkennen (Abbildung 4). Histologisch (Abbildung 5) zeigt sich ein von teilweise noch blutge-



Abbildung 2: Sonographisch zeigt sich die deutliche Vaskularisation in der Doppler-Darstellung (a). Ein Phlebolith kommt als kalkdichte Struktur mit einem Schallschatten ähnlich einem Speichelstein zur Darstellung (b).

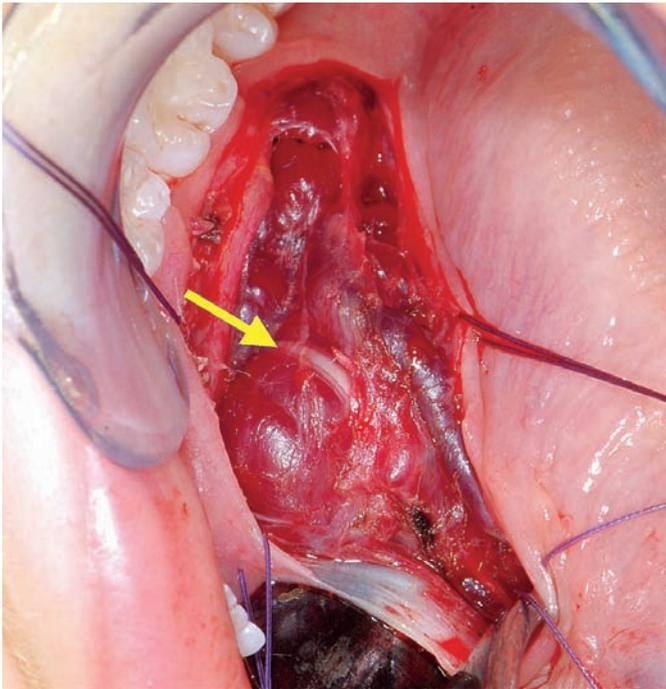
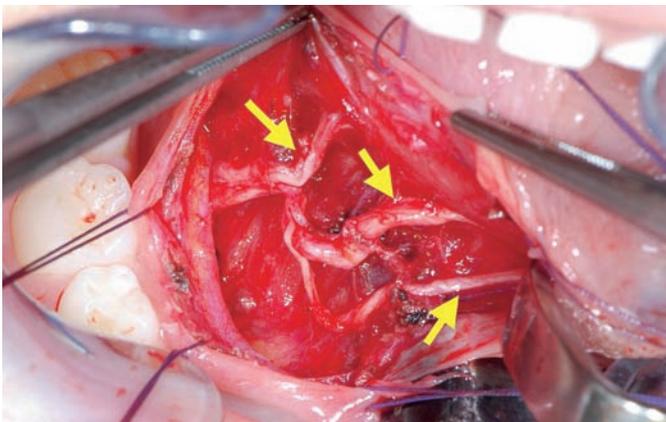


Abbildung 3: OP Situs: Nach der Eröffnung der Schleimhaut (a) wird das große Gefäßkonvolut sichtbar. Die Äste des N. lingualis ziehen durch den Befund hindurch.



Nach der Entfernung des Gebildes (b) sind die zahlreichen Nervenäste dann deutlich zu erkennen.

füllten Hohlräumen durchsetztes Gewebe, bei dem die sinusoidalen erweiterten Bluträume keine typische Gefäßwandstruktur zeigen. Hier handelt es sich um das typische Bild einer venösen vaskulären Malformation (Abbildung 5).

Diskussion

Sowohl Gefäßfehlbildungen als auch echte Hämangiome betreffen zu einem erheblichen Anteil (rund 60 Prozent) die Gesichtregion und stellen demnach relevante Krankheitsbilder im Blickfeld des Zahnarztes dar [Werner et al. 2001]. Die grundlegenden Unterschiede zwischen beiden Entitäten

(Hämangiom = echte Neubildung; Vaskuläre Malformation = angeborene Fehlbildung ohne proliferativen Charakter) wurden im Rahmen dieser Reihe bereits einige Male angesprochen.

Im vorliegenden Fall wurde die vaskuläre Läsion mit einer Ranula verwechselt. Das klinische Erscheinungsbild beider Entitäten weist tatsächlich einige Ähnlichkeiten auf. Abbildung 6 zeigt die typische Klinik einer Ranula, die ebenfalls als bläulich durchscheinende Läsion im Mundboden erkennbar wird. Allerdings ist die Ranula als geschlossene Extravasations-Pseudozyste der Speicheldrüsen prall und nicht, wie die Gefäßmalformation, leicht ausdrückbar.



Abbildung 4: Nach der Eröffnung des OP-Präparates wird der im Vorfeld sonographisch erkennbare Phlebolith sichtbar.

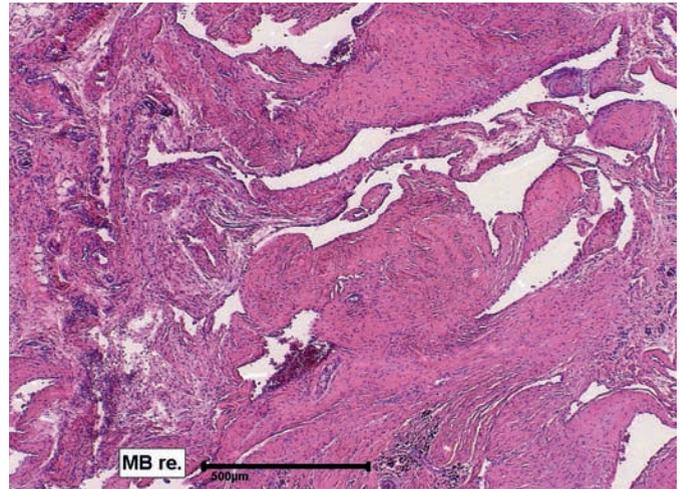


Abbildung 5: Histologisch stellt sich ein von ausgedehnten, teilweise noch blutgefüllten Hohlräumen durchsetztes Gewebe dar. Die Blutleiter weisen keine regelhaften Schichtungen einer Gefäßwand auf. Die histologische Abbildung wurde freundlicherweise von Prof. Dr. A. Tannapfel, Direktorin des Instituts für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum, zur Verfügung gestellt.

Während bei einer Ranula durchaus regelmäßig „Spontanheilungen“ im Sinne einer spontanen Drainage in die Mundhöhle auftreten, bilden sich vaskuläre Malformationen grundsätzlich nicht zurück. Als seltene Ausnahme kann durch eine Thrombosierung eine partielle Vernarbung eintreten. Der Phlebolith weist im



Abb. 6: Typischer Aspekt einer Ranula des rechten Mundbodens. Palpatorisch imponiert ein solcher Befund prall elastisch und nicht, wie eine Malformation, ausdrückbar.

vorliegenden Fall auf ein zurückliegendes thrombotisches Ereignis hin.

Im Laufe der Zeit kommt es bei vaskulären Malformationen zu einer passiven „Hydrostatischen“ Ausdehnung, die im Bereich des Gesichtes zu Deformierungen und Wachstumsstörungen führen kann.

Darüber hinaus besteht gerade bei oberflächlichen enorale Malformationen eine relevante Gefahr von Blutungen bei banalen Verletzungen der Schleimhaut. Die großen Durchmesser der dünnwandigen Blutleiter (Abbildung 3 a) lassen erahnen, dass eine Eröffnung hier sehr leicht zu einer massiven Blutung führen könnte. Insofern ist häufig eine chirurgische Entfernung nötig, wobei die operativen Risiken hinsichtlich der Verletzung der Umgebungsstrukturen oft nicht trivial sind.

Für die Praxis soll der Fall an die unterschiedlichen Ursachen einer Raumforderung des Mundbodens erinnern.

Der Fall zeigt aber auch, dass der aufmerksame Untersucher nicht immer der Erstdiagnose einer Fachklinik ohne erneute Reflexion folgen sollte. Im konkreten Fall war es die Sorgfalt und Erfahrung des niedergelassenen zahnärztlichen Kollegen und nicht die „institutionelle Kompetenz“ der Klinik, die zur richtigen Diagnose führte.

Fazit für die Praxis:

- Vaskuläre Tumoren und Fehlbildungen treten häufig, in bis zu 60 Prozent der Fälle, im Gesichtsbereich auf.
- Die Folgen der passiven Ausdehnung von Gefäßfehlbildungen erzwingen häufig eine operative Therapie.
- Auch die „institutionelle Kompetenz“ einer Klinik sollte den behandelnden Kollegen nicht abschrecken, der eigenen Erfahrung zu folgen. Bei Zweifeln an der Diagnose sollte immer der direkte persönliche Kontakt gesucht werden.

Dr. Ashkan Rashad
Priv.-Doz. Dr. Dr. Peter Maurer
Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel
Klinik für Mund-, Kiefer- und
plastische Gesichtschirurgie
Ruhr-Universität Bochum
Knappschafts Krankenhaus
Bochum-Langendreer
In der Schornau 23-25
44892 Bochum
martin.kunkel@ruhr-uni-bochum.de

zm Leser service

Literatur
Werner, J.A., Dünne, A.A. and Folz, B.J., *Current concepts in the classification, diagnosis and treatment of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. Eur Arch Otorhinolaryngol*, 258: 141-149 (2001).



Fortbildung im Überblick

Abrechnung	ZÄK Niedersachsen	S. 70	Hypnose	DGZH	S. 77	
	ZÄK Nordrhein	S. 71		Implantologie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 70
	Freie Anbieter	S. 78			ZÄK Schleswig-Holstein	S. 70
Ästhetik	ZÄK Niedersachsen	S. 70	ZÄK Westfalen-Lippe		S. 72	
	LZK Berlin/Brandenburg	S. 70	KZV Baden-Württemberg	S. 72		
	Freie Anbieter	S. 77	Uni Jena	S. 77		
Chirurgie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 70	DGOI	S. 77		
	KZV Baden-Württemberg	S. 72	Freie Anbieter	S. 77		
	EDV	ZÄK Nordrhein	S. 71	Kieferorthopädie	LZK Berlin/Brandenburg	S. 70
ZÄK Schleswig-Holstein		S. 70	ZÄK Nordrhein		S. 71	
ZÄK Westfalen-Lippe		S. 72	KZV Baden-Württemberg		S. 72	
Endodontie	Freie Anbieter	S. 81	Freie Anbieter	S. 77		
	Helferinnen-Fortbildung	ZÄK Nordrhein	S. 71	Notfallbehandlung	Freie Anbieter	S. 78
		Praxismanagement	Parodontologie		ZÄK Nordrhein	S. 71
ZÄK Westfalen-Lippe					S. 72	
ZÄK Nordrhein	S. 71					
Prophylaxe	Freie Anbieter	S. 81	Prothetik	LZK Berlin/Brandenburg	S. 70	
	ZÄK Nordrhein	S. 71		KZV Baden-Württemberg	S. 72	
	KZV Baden-Württemberg	S. 72		Freie Anbieter	S. 77	
Restaurative ZHK	Freie Anbieter	S. 77	Röntgen	LZK Berlin/Brandenburg	S. 70	
	ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72		KZV Baden-Württemberg	S. 72	
	Freie Anbieter	S. 77		ZÄK Westfalen-Lippe	S. 72	

Fortbildung der Zahnärztekammern **Seite 70**

Kongresse **Seite 73**

Universitäten **Seite 77**

Wissenschaftliche Gesellschaften **Seite 77**

Freie Anbieter **Seite 77**

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 ästhetische Komposit-Restauration – Workshop zur Schichtungstechnik nach Dr. Lorenzo Vanini

Referent: Dr. Jörg Weiler

Termin: 03. 06. 2009,

15.00 – 19.00 Uhr

Gebühr: 330 EUR

Kurs-Nr.: Z 0936 (5 Punkte)

Thema: Abrechnung der Supra-konstruktion in der Zahnarztpraxis nach Bema und GOZ

Referentin: Marion Borchers

Termin: 17. 06. 2009,

14.00 – 18.00 Uhr

Gebühr: 90,- EUR

Kurs Nr.: Z/F 0934 (4 Punkte)

Thema: Wer braucht was und wo-
ran kann ich das erkennen? Bera-
tungen sicher und bedürfnisge-
recht führen

Referentin: Petra Erdmann

Termin: 17. 06. 2009,

9.00 – 17.00 Uhr

Gebühr: 170,- EUR

Kurs Nr.: Z/F 0935 (7 Punkte)

Auskunft und Anmeldung:

ZÄK Niedersachsen

Zahnärztliche Akademie

Niedersachsen (ZAN)

Zeißstraße 11a

30519 Hannover

Tel.: 0511/83391-311 oder 313

Fax: 0511/83391-306

Aktuelle Veranstaltungstermine

unter www.zkn.de

**LZK Berlin/
Brandenburg**

Fortbildungsangebot des
Philipp-Pfaff-Instituts Berlin

Thema: Vollkeramik perfekt im
Team meistern [6+8]

Maximale Ästhetik und wirtschaft-
licher Erfolg vom Veneer bis zur
Seitenzahnbrücke

Referenten: OA PD Dr. Jürgen
Manhart – München; ZTM Hubert
Schenk – München

Termin: 12. 06. 2009;

14:00 – 19:00 Uhr

13. 06. 2009; 09:00 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 545,00 EUR

Kurs-Nr.: 4035.0

Thema: Praktischer OP-Chirurgie-
kurs für Zahnärzte [6+8+2]

Referent: PD Dr. Dr. Meikel Vesper
– Eberswalde

Termin: 26. 06. 2009;

14:00 – 19:00 Uhr

27. 06. 2009; 09:00 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 575,00 EUR

Kurs-Nr.: 0602.1

Thema: Planung von Dysgnatheo-
perationen [8+1]

Referent: Dr. Dr. Thomas Teltzrow
– Potsdam

Termin: 27. 06. 2009;

09:00 – 15:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 175,00 EUR

Kurs-Nr.: 0919.0

Thema: Ästhetik und Funktion in
der Totalprothetik [6+8+8+1]

Referenten: Dr. Julia Läkamp –
Ostbevern, ZTM Manfred Läkamp
– Ostbevern

Termin: 03. 07. 2009;

14:00 – 19:00 Uhr;

04. 07. 2009; 09:00 – 18:00 Uhr

05. 07. 2009; 09:00 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 795,00 EUR

Kurs-Nr.: 0716.0

Thema: Strukturierte Fortbildung:
Implantologie [86]

Moderator: Prof. Dr. Dr. Volker
Strunz – Berlin

Erster Termin: 03. 07. 2009;

14:00 – 19:00 Uhr

04. 07. 2009; 09:00 – 18:00 Uhr

(insgesamt 10 Veranstaltungstage)

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 3.125,00 EUR (2.820,00

EUR bei Anmeldung bis zum

15. 05. 2009)

Kurs-Nr.: 2014.5

Thema: Update Zahnheilkunde

2009: Krianiomandibuläre Dys-
funktion, Arzneimittelanamnese,
Parodontalchirurgie [8]

Referenten: Prof. Dr. Jens C. Türp –
Basel, Prof. Dr. Albrecht Ziegler –
Kiel, OA Dr. Clemens Walter –
Basel

Termin: 04. 07. 2009;

09:00 – 15:45 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 65,00 EUR

Kurs-Nr.: 4040.16

Thema: Bisshebung des Erosions-
gebisses mit direkter Adhäsivtech-
nik: Die Phase zwischen der Schie-
ne und der permanenten Restau-
ration [8+1]

Referenten: Prof. Dr. Thomas Attin
– Zürich

Dr. Uwe Blunck – Berlin

Termin: 11. 07. 2009;

09:00 – 19:00 Uhr

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 395,00 EUR

Kurs-Nr.: 4030.0

Thema: Strukturierte Fortbildung:
Psychosomatik in der Zahnmedi-
zin [74]

Moderator: Dr. Dietmar Oester-
reich – Stavenhagen, Prof. Dr. Rai-
ner Richter – Hamburg

Erster Termin: 11. 09. 2009;

14:00 – 19:00 Uhr

12. 09. 2009; 09:00 – 17:00 Uhr

(insgesamt 8 Veranstaltungstage)

Veranstaltungsort: Berlin

Gebühr: 2.175,00 EUR (1.960,00

bei Anmeldung bis zum

31.07.2009)

Kurs-Nr.: 6025.1

Auskunft und Anmeldung:

Philipp-Pfaff-Institut Berlin

Aßmannshausenstraße 4-6

14197 Berlin

Tel.: 030/4 14 72 5-0

Fax: 030/4 14 89 67

e-mail: info@pfaff-berlin.de

**ZÄK Schleswig-
Holstein****Fortbildungsveranstaltungen
am Heinrich-Hammer-Institut**

Kurs-Nr.: 09-01-043

Thema: Implantologie – Strategien
zur Behandlung der parodontalen
und periimplantären Infektion

Referent: PD Dr. Gregor Petersilka,
Würzburg

Termin: 05. 06. 2009,

14.30 – 19.00 Uhr;

06. 06. 2009, 9.00 – 13.00 Uhr

Kursgebühr: 325 EUR für ZÄ

Sonstiges: 9 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 09-01-015

Thema: Curriculum/Continuum
Curriculum Implantologie

Tag 1 + 2 (WK - APW): Einstieg in
die Implantologie (Camlog Im-
plantat-Kurs)

Referent: Dr. Karl-Ludwig Acker-
mann, Filderstadt; Prof. Dr. Dr.
Franz Härle, Kiel

Termin: 19. 06. 2009,

15.00 – 19.00 Uhr;

20. 06. 2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Kursgebühr: ab 495 EUR für ZÄ

Sonstiges: 19 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 09-01-039

Thema: Endodontie – Endodonti-
sche Therapie als Alternative zur
chirurgischen Zahnerhaltung

Referent: Dr. Gabriele Tulus,
Viersen

Termin: 26. 06. 2009,

15.00 – 19.00 Uhr

Kursgebühr: 95 EUR für ZÄ

Sonstiges: 4 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 09-01-027

Thema: Implantologie – Integri-
ation der Implantologie in die tägli-
che Praxis

Referent: Dr. Johannes Röckl,
Teningen

Termin: 03. 07. 2009,

15.00 – 19.00 Uhr;

04. 07. 2009, 9.00 – 14.00 Uhr

Kursgebühr: 195 EUR für ZÄ
Sonstiges: 9 Fortbildungspunkte

Kurs-Nr.: 09-01-016

Thema: Curriculum/Continuum Curriculum Implantologie Tag 3 und 4 (WK 2 - APW): Indikationsbezogene Diagnostik und Planung Komplexer Rehabilitationen; Einstieg in die Implantologie

Referent: Prof. Dr. Dr. Franz Härle, Dr. Eleonore Behrens, beide Kiel

Termin: 17. 07. 2009, 15.00 – 19.00 Uhr;

18. 07. 2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Kursgebühr: 495 EUR für ZÄ

Sonstiges: 19 Fortbildungspunkte

Auskunft:

Heinrich-Hammer-Institut
ZÄK Schleswig-Holstein
Westring 498, 24106 Kiel
Tel.: 0431/26 09 26–80
Fax: 0431/26 09 26–15
e-mail: hhi@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de
Link zur pdf-Datei für genauere Informationen:
<http://www.zaek-sh.de/Fortbildung/HHI/2005–2/info.htm>

ZÄK Nordrhein



Zahnärztliche Kurse im Karl-Häupl-Institut

Kurs-Nr.: 09044 P9 Fp

Thema: Bisshebung des Abrasionsgebisses mit direkter Adhäsivtechnik – Die Phase zwischen der Schiene und der permanenten Restauration: ein praktischer Übungskurs

Referent: Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich (CH)

Dr. Uwe Blunck, Berlin-Wedding

Termin: 06. 06. 2009

von 9.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 480 EUR

Kurs-Nr.: 09014 TP9 Fp

Thema: „Möge der Ultraschall weiter mit Ihnen sein“; Ultraschallbehandlung in der Parodontologie, – ein bewährtes Konzept – Seminar mit Demonstrationen und praktischen Übungen für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: Dr. Michael Maak, Lemförde

Termin: 10. 06. 2009

von 12.00 bis 19.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 280 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 190 EUR

Kurs-Nr.: 09054

Thema: MS-PowerPoint-Kompetenztraining für Zahnärzte und ZFA

Referent: Heinz-Werner Ermisch, Nettetel

Termin: 10. 06. 2009

von 14.00 bis 21.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 150 EUR

Kurs-Nr.: 0904213 Fp

Thema: Arbeitssystematik in der Zahnarztpraxis – B –

Referent: Dr. Richard Hilger, Kürten

Termin: 12. 06. 2009

von 14.00 bis 18.00 Uhr

13. 06. 2009, 9.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 420 EUR, Praxismitarbeiter (ZFA) 210 EUR

Kurs-Nr.: 09041 *9 Fp

Thema: Zahnmedizinische Prävention – Wie viel ist nötig, wie viel ist sinnvoll? Kurs für das zahnärztliche Team (ZA, ZH)

Referent: Dr. Elfi Laurisch, Korschenbroich

Dr. Lutz Laurisch, Korschenbroich

Termin: 13. 06. 2009,

von 9.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: ZÄ 240 EUR, Assistenten und Praxismitarbeiter (ZFA) 120 EUR

Vertragswesen

Kurs-Nr.: 093324 Fp

Thema: Zahnersatz-Abrechnung nach BEMA und GOZ unter Berücksichtigung der Festzuschüsse – Teil 3

Seminar für Zahnärzte und Praxismitarbeiter

Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld

Dr. Hans Werner Timmers, Essen

Termin: 03. 06. 2009,

von 14.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 30 EUR

Kurs-Nr.: 093294 Fp

Thema: Angestellte/r Zahnarzt/ärztin, Assistent/in oder Praxispartner/in, Seminar für niedergelassene Zahnärzte/innen, die „Verstärkung“ suchen und Seminar für Zahnärzte/innen, die ihre Zukunft planen wollen.

Das Seminar berücksichtigt die aktuellen gesetzlichen Regelungen.

Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld

Termin: 05. 06. 2009,

von 14.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 30 EUR

Fortbildungen für Zahnmedizinische Fachangestellte

Kurs-Nr.: 09236

Thema: Perfektes Team – Behandlung und Verwaltung

Referent: Katja Knieriem-Lotze, ZMF, Hann. Münden

Susanne Rettberg, ZMV, Göttingen

Termin: 06. 06. 2009,

von 9.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 95 EUR

Kurs-Nr.: 09239

Thema: Abrechnungsworkshop unter besonderer Berücksichtigung der Festzuschüsse

Referent: Dr. Hans Werner Timmers, Essen

ZA Lothar Marquardt, Krefeld

Termin: 10. 06. 2009,

von 14.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 90 EUR

Kurs-Nr.: 09228

Thema: Unterstützende Parodontistherapie

– Ein Konzept für das Praxisteam – Praktischer Arbeitskurs

Referent: Dr. Christian Sampers, Düsseldorf

Termin: 13. 06. 2009,

von 9.00 bis 17.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 240 EUR

Kurs-Nr.5.: 09240

Thema: Abrechnung und Kontrolle von Laborleistungen – die Übereinstimmung mit der Zahnarztabrechnung – Seminar für ZMV

Referent: ZA Lothar Marquardt, Krefeld

Termin: 17. 06. 2009,

von 14.00 bis 18.00 Uhr

Teilnehmergebühr: 60 EUR

Auskunft und Anmeldung:

Karl-Häupl-Institut der Zahnärztekammer Nordrhein

Emanuel-Leutze-Straße 8

40547 Düsseldorf

Tel.: 0211/526 05-0

Fax: 0211/526 05-48

ZÄK Westfalen-Lippe**Zahnärztliche Fortbildung**

Termin: 03. 06. 2009,
15.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 072

Gebühr: 215 EUR

Thema: Die Rehabilitation des zahnlosen Unterkiefers unter der Zuhilfenahme dentaler Implantate

Referent: Dr. Martin Dürholt,
Bad Salzuflen

Fortbildungspunkte: 6

Termin: 05. 06. 2009,
14.00 – 18.30 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 050

Gebühr: ZA: 102 EUR;

E-Learning: 92 EUR

Thema: Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Referent: Dozenten der ZÄKWL

Fortbildungspunkte: 5

Termin: 05. 06. 2009,
14.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 120

Gebühr: 229 EUR

Thema: Initiative Zahnheilkunde plus (IZP) Fachbereich Kons, Praktischer Teil 1; Formkorrekturen und Zahnverbreiterungen mit direkt eingebrachten Kompositen

Referent: Dr. Diana Wolff,
Heidelberg

Fortbildungspunkte: 8

Termin: 06. 06. 2009,
10.00 – 14.00 Uhr

Kurs-Nr.: ARB 09 710 706

Gebühr: 126 EUR

Thema: Arbeitskreis Parodontologie: Zeitgemäße Parodontologie und ihre Realisation in der Praxis

Referent: PD Dr. Rainer Buchmann, Düsseldorf

Fortbildungspunkte: 5

Termin: 10. 06. 2009,

15.00 – 19.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 042

Gebühr: 186 EUR

Thema: Mini-Implantate – eine kostengünstige Alternative Demonstration von Implantationstechnik und Einsatzmöglichkeiten anhand von Fallbeispielen und Live-OP

Referent: Dr. Janina und Joachim Hilgert, Drensteinfurt

Fortbildungspunkte: 6

Termin: 10. 06. 2009,

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 750 002

Gebühr: 65 EUR

Thema: Dentinadhäsive: Anspruch und Wirklichkeit – Die Versorgung des endodontisch behandelten Zahns

Referent: PD Dr. Till Dammaschke,
Dr. Markus Kaup, beide Münster

Fortbildungspunkte: 4

Termin: 17. 06. 2009,

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 013

Gebühr: 190 EUR

Thema: Management der Extraktionsalveole – Sofortimplantation versus Socket Preservation

Referent: Dr. Arndt Happe,
Münster

Fortbildungspunkte: 4

Termin: 17. 06. 2009,

15.00 – 18.00 Uhr

Kurs-Nr.: 09 740 052

Gebühr: 186 EUR

Thema: Die übersehene Karies – Neue Möglichkeiten für Diagnostik und Monitoring

Referent: Prof. Dr. Matthias Frentzen, Bonn

Fortbildungspunkte: 4

Auskunft:

Akademie für Fortbildung der ZÄKWL

Auf der Horst 31

48147 Münster

(Frau Frank)

Tel.: 0251/507-601

Fax: 0251/507-609

e-mail: christel.frank@zahnaerzte-wl.de

KZV Baden-Württemberg**Fortbildungsveranstaltungen der Bezirksdirektion Freiburg**

Thema: Zahnärztliche Chirurgie in der täglichen Praxis: Ein Kurs mit Hands-on-Übungen

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi,
Basel

Termin: 19./20. 06. 2009

Gebühr: 525,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/113

Thema: Was gibt es Neues in der Totalprothetik?

Referent: Prof. Dr. Ingrid Grunert, Innsbruck

Termin: 27. 06. 2009

Gebühr: 325,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/114

Thema: Behandlung und Prophylaxe von Sportverletzungen im Kindes- und Jugendalter

Referent: Dr. Carmen Anding,
Luzern

Termin: 27. 06. 2009

Gebühr: 355,00 EUR

Kurs-Nr.: 08/115

Thema: Halitosis: Update 2009 – Die Mundschleimhaut-Sprechstunde in der zahnärztl. Praxis

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi,
Basel

Termin: 11. 07. 2009

Gebühr: 325,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/116

Thema: Das Handling der Cranio-Mandibulären Dysfunktionen

Referent: Gert Groot Landeweer,
Freiburg

Termin: 17./18. 07. 2009

Gebühr: 495,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/117

Thema: Dental English für die Praxis – Step I

Referent: Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sabine Nemeč, Langensfeldbold

Termin: 18. 07. 2009

Gebühr: 375,00 EUR (Einzelpreis)

75 EUR (je weiteres Mitglied der Praxis)

Kurs-Nr.: 09/303

Thema: Innovationen auf dem Markt der Mundhygieneartikel

Referent: Iris Karcher, Freiburg

Termin: 24. 07. 2009

Gebühr: 95,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/411

Thema: Die Kraft des Denkens – Motivations- und Energietraining mit Shaolin-Methoden

Referent: Gerhard Conzelmann,
Wiesbaden

Termin: 24./25. 07. 2009

Gebühr: 920,00 EUR (Einzelpreis)

95 EUR (je weiteres Mitglied der Praxis)

Kurs-Nr.: 09/306

Thema: Implantatprothetische Versorgung des teilbezahnten Patienten

Referent: Prof. Dr. Murat Yildirim,
Aachen

Termin: 25. 07. 2009

Gebühr: 325,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/118

Thema: Manuelle Funktions- und Strukturanalyse (MSA-I)

Referent: Prof. Dr. Axel Bumann,
Berlin

Termin: 25./26. 09. 2009

Gebühr: 980,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/119

Thema: Zahntrauma: Aktuell – effektiv – praxisbezogen

Referent: Prof. Dr. Andreas Filippi,
Basel

Termin: 26. 09. 2009

Gebühr: 325,00 EUR

Kurs-Nr.: 09/120

Auskunft:

Sekretariat des Fortbildungsforums Freiburg

Tel.: 0761/45 06-160 oder 161

Anmeldung bitte schriftlich an das

Fortbildungsforum / FFZ

Merzhauser Str. 114-116

79100 Freiburg

e-mail: info@ffz-fortbildung.de

www.ffz-fortbildung.de

Kongresse

■ Mai

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

4. Praxis-Ökonomie-Kongress

Thema: GOZ 2009 – Chaos, Risiken oder Chancen?

Veranstalter: Freier Verband Deutscher Zahnärzte

Termin: 22./23. 05. 2009

Ort: Sylt

Auskunft: www.fvdz.de

51. Fortbildungstagung der ZÄK Schleswig-Holstein

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 Ges. für Zahnärztliche Ergonomie

Termin: 29./30. 05. 2009

Ort: Krakow/Polen

Auskunft: Prof. Dr. drs.drs. Jerome Rotgans (President)

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

Fax: 0241/80 82-468

e-mail: jrotgans@ukaachen.de

www.esde.org

■ Juni

59. Kongress der Deutschen Gesellschaft für MKG-Chirurgie

Termin: 03. – 06. 06. 2009

Ort: Hofburg Wien, 1014 Wien

Auskunft: boeld communication,

Bereiteranger 15,

81541 München

Tel.: 089/19 90 46-0

Fax: 089/18 90 46 16

e-mail: dgmkg@bb-mc.com

Europario 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: Hist. 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

1. Hirschfeld-Tiburtius-Symposium

Thema: HighTech versus LowTech: Zahnmedizin in Zeiten der Wirtschaftsschwäche
Veranstalter: Dentista – Verband der Zahnärztinnen
Termin: 06. 06. 2009
Ort: Berlin, Kaiserin-Friedrich-Stiftung
Auskunft: Büro des Verbandes, Christstr. 29 a, 14059 Berlin
 Tel.: 030/30 82 46 82
 Fax: 030/30 82 46 82
 e-mail: info@dentista-club.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

29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

Termin: 11. – 13. 06. 2009
Ort: CCD, Congress Center Düsseldorf

Auskunft: CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin
 Tel.: 030/85 99 62-16
 Fax: 030/85 07 98 26
 e-mail: senologie@ctw-congress.de
 www.senologiekongress.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

Stuttgarter Zahnärztetag 2009

Thema: Implantate – von alles (Zahnärzten) für alle (Patienten)?
Veranstalter: BZK Stuttgart
Termin: 19. /20. 06. 2009
Ort: Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle Stuttgart
Auskunft: BZK Stuttgart Albstadtweg 9, 70567 Stuttgart
 Tel.: 0711/78 77-233
 Fax: 0711/78 77-238

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

16th Int. Congress of the Turkish Dental Association (TDA)

Termin: 25. – 27. 06. 2009
Ort: Istanbul, Türkei

Auskunft: Congress Center, Istanbul
 Tel.: +90 212 219 66 45
 Tel.: 90 532 316 57 59 (englisch)
 Fax: +90 212 232 05 60
 e-mail: info@tdbkongresi.com
 www.tdbkongresi.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

FDI Rio Caries Conference – Brazil

Thema: Launch Event – Rio Caries Conference
Termin: 15. – 17. 07. 2009
Ort: Rio de Janeiro, Brazil, Rio Centro Exhibition and Convention Centre
Auskunft: www.fdiworldental.org

■ September

FDI Annual World Dental Congress

Termin: 02. – 05. 09. 2009
Ort: Singapur
Auskunft: FDI World Dental Federation
 13, chemin du Levant, l'Avant Centre, 021210 Ferney-Voltaire, France
 Tel.: +33 4 50 40 50 50
 Fax: +33 4 50 40 55 55
 e-mail: info@fdiworldental.org
 www.fdiworldental.org

16. Sommersymposium des Mitteldeutschen Landesverbandes für Zahnärztliche Implantologie

Hauptthema: Implantate – oberflächlich betrachtet und unpasslich
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: 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-duessel.dorf.de

DGOI-Kongress
Themen: 1. Implantologie ohne Augmentation; 2. Digitalisierung der Implantologie
Veranstalter: DGOI / Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie
Termin: 17. – 19. 09. 2009
Ort: Kongresszentrum Karlsruhe
Auskunft: Frau Barbara Balduf, Bruchsaler Str. 8, 76703 Kraichtal
Tel.: 07251/618 99 60-13
Fax: 07251/618 99 626

17. Fortbildungstage der ZÄK Sachsen-Anhalt
Thema: Orofaziale Schmerzen; Diagnostik und Therapie
Termin: 18. – 20. 09. 2009
mit Programm für Praxismitarbeiterinnen am 18./19. 09. 2009
Ort: Harzer Kultur- und Kongress-Hotel Wernigerode
Wiss. Leitung: Prof. Dr. Dr. Andreas Bremerich, Bremen
Auskunft: ZÄK Sachsen-Anhalt, Frau Einecke, Große Diesdorfer Str. 162, 39110 Magdeburg
Tel.: 0391/739 39 14
e-mail: einecke@zahnaerztekammer-sah.de

24. Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V.
Veranstalter: Verband medizinischer Fachberufe e.V.
Termin: 18. – 20. 09. 2009
Ort: Hannover Congress Centrum
Auskunft: www.vmf-online.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

ZÄT der Kammern Niedersachsen und Bremen
Thema: ZMF- und Prophylaxe-Kongress
Termin: 26. 09. 2009
Ort: CongressCentrum Bremen
Auskunft: ZÄK Niedersachsen
Ansgar Zboron
Zeißstraße 11a
30519 Hannover
Tel.: 0511 / 83391–303
Fax: 0511 / 83391–306
e-Mail: azborn@zkn.de
www.zkn.de

■ Oktober

7. Symposium „Implantologie International – Palma de Mallorca“
Veranstalter: Medical Consult GmbH
Thema: Moderne Konzepte in der Augmentationschirurgie
Termin: 01. – 03. 10. 2009
Ort: Melia de Mar ***** Illetas – Mallorca
Auskunft: office&more Essen, Schöne Aussicht 27, 45289 Essen
Tel.: 0177/76 41 006
Fax: 0201/47 81 829
e-mail: info@office-more-essen.de
www.implantologie-international.com

Dental Workshop und Schauspielhaus Zürich
Veranstalter: Carl Zeiss AG
Termin: 01. – 04. 10. 2009
Ort: The Dolder Grand, Kurshausstraße 65, 8032 Zürich
Auskunft: Miriam Ladner, Tel.: +41 (0)55 254 75 61
e-mail: m.ladner@zeiss.ch
www.zeiss.ch/academy

2. Frankfurter Somnologie-Symposium
Thema: Interdisziplinäre Schlafmedizin: Quo vadis?
Veranstalter: AGZSH, AGZST, MTK Hofheim, Poliklinik für Kieferorthopädie am Carolinum, IZS
Termin: 07. 10. 2009, 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Zahnärztliches Universitätsinstitut „Carolinum“, Poliklinik für Kieferorthopädie, ZZMK Haus 29, 2. Etages, Hörsaal, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/M.
Auskunft:
e-mail: s.kopp@unitybox.de

39. Int. Jahreskongress der DGZI
Thema: Komplikationen und deren Management in der oralen Implantologie
Veranstalter: DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Termin: 09./10. 10. 2009
Ort: Hilton Hotel München Park, Am Tucherpark 7, 80538 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

Arthroscopic and Open Temporomandibular Joint Surgery
Thema: Basics and New Horizons: A Hands-on Human Cadaver Dissection Course organized by S.O.R.G.
Leitung: Prof. Dr. Dr. G. Undt, Wien
Termin: 11. – 14. 10. 2009
Ort: Wien

Auskunft: Frau Kerstin Braun, S.O.R.G. Foundation
Tel.: 07461/70 62 16
e-mail: kerstin.braun@klsmartin.com
www.sorg-group.com

9. Jahrestagung des Landesverbandes Bayern im DGI e.V.
Termin: 16./17. 10. 2009
Ort: Regensburg
Auskunft: DGI GmbH, Henkestr. 91, 91052 Erlangen
Tel.: 09131/92 00 70
Fax: 09131/92 00 72
e-mail: info@dgi-gmbh.com

Interdisziplinäres Symposium zur Problematik der Schlafstörungen
Thema: Interdisziplinäres Symposium zur Problematik der Schlafstörungen unter Berücksichtigung des Zwerchfells
Veranstalter: Universität Greifswald
Termin: 17. 10. 2009
Ort: Alfred Krupp Wissenschaftskolleg Greifswald
Auskunft: Tagungsbüro
Tel.: 03834/86-71 10
Fax: 03834/86-71 13
e-mail: kieferorthopaedie@uni-greifswald.de

8. Jahrestagung der DGEndo
Termin: 22./24. 10. 2009
Ort: Hotel Dorint Pallas Wiesbaden, Auguste-Viktoria-Straße 15, 65185 Wiesbaden
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V., Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341/484 74-202
Fax: 0341/484 74-290
www.dgendo.de

8. Jahrestagung des Landesverbandes Niedersachsen im DGI e.V.
Termin: 30./31. 10. 2009
Ort: Hannover
Auskunft: DGI GmbH, Henkestr. 91, 91052 Erlangen
Tel.: 09131/92 00 70
Fax: 09131/92 00 72
e-mail: info@dgi-gmbh.com

Novembertagung der Westfälischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Themen: Arzneimitteltherapie in der Zahnarztpraxis
Endodontie – die Füllung des Wurzelkanals

Termin: 31. 10. 2009

Ort: Großer Hörsaal des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Ebene 05/Raum 300

Auskunft: Westfälische Ges. für ZMK-Heilkunde e.V.,
Univ.-Prof. Dr. Dr. L. Figgenger,
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Waldeyerstr. 30,
48149 Münster
Tel.: 0251/83 47 084
Fax: 0251/83 47 182
e-mail: weersi@uni-muenster.de

■ November

1. Gemeinsame wiss. Tagung der deutschen endodontischen Fachgesellschaften

Termin: 12. – 14. 11. 2009

Ort: Hotel Dorint Pallas Wiesbaden, Auguste-Viktoria-Straße 15, 65185 Wiesbaden

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Endodontie e.V.,
Holbeinstraße 29,
04229 Leipzig
Tel.: 0341/484 74-202
Fax: 0341/484 74-290
www.dgendo.de

19. Brandenburgischer ZÄT

Thema: Kinder- und Jugendzahnmedizin

Termin: 13./14. 11. 2009

Ort: Cottbus
Auskunft: LZK Brandenburg,
Frau Margit Harms,
Postfach 10 07 22,
03007 Cottbus
Tel.: 0355/381 48-25
e-mail: mharms@lzk.de

Herbsttagung der Akademie für MKG-Chirurgie

Hauptthema: MKG-Chirurgie – Quo Vadis? Beiträge zu Inhalt, Struktur und Strategie in Klinik und Praxis

Termin: 13./14. 11. 2009

Ort: Steigenberger Hotel Drei Mohren, Augsburg
Auskunft: 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

26. Jahrestagung BDO

Veranstalter: BDO – Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Termin: 13./14. 11. 2009

Ort: Palace Hotel Berlin, Budapester Straße 45, 10787 Berlin
Auskunft: Oemus Media AG,
Tel.: 0341/484 74-308
Fax: 0341/484 74-290
e-mail: kontakt@oemus-media.de
www.oemus-media.de

Sächsischer Fortbildungstag für Zahnärzte und das Praxisteam

Thema: Patient „Mensch“ – Psychosomatik in der Praxis

Termin: 21. 11. 2009,
9:00 – 17:00 Uhr

Ort: Stadthalle Chemnitz
Auskunft: Fortbildungsakademie der LZK Sachsen
Schützenhöhe 11, 01099 Dresden
Tel.: 0351 8066-102
Fax: 0351 8066-106
E-Mail: fortbildung@lzk-sachsen.de

6. Jahrestagung Mitteldeutscher Arbeitskreis Ästhetische Chirurgie

Termin: 27./28. 11. 2009

Ort: Weimar
Auskunft: Sylvia Braunsdorf,
Conventus GmbH,
Markt 8, 07743 Jena
Tel.: 03641/35 33 275
Fax: 03641/35 33 21

MEDICA

41. Weltforum der Medizin

Termin: 18. – 21. 11. 2009

Ort: Düsseldorf Messe – CCD
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

2. Saarbrücker Symposium CMD/Orofaziale Schmerzen

Veranstalter: Saarbrücker Qualitätszirkel CMD/Orofaziale Schmerzen

Termin: 28. 11. 2009

Ort: Hotel Mercure Süd an der Goldenen Bremm, Zinzingerstr. 9, 66117 Saarbrücken
Auskunft: Dr. Horst Kares
Grumbachtalweg 9
66121 Saarbrücken
Tel.: 0681/89 40 18
Fax: 0681/58 47 075
e-mail: horst@dr-kares.de

6. Int. Jahrestagung der DGÄZ

Thema: Interdisziplinäres okklusales Risikomanagement – Behandlungsplanung und mehr – Vortrag und Video-Demo mit Dr. John Kois (Takana, USA)

Veranstalter: Z.a.T. Fortbildungs GmbH

Termin: 28./29. 11. 2009

Ort: Kur- und Kongressaal Rottach-Egern
Auskunft: Z.a.T. Fortbildungs GmbH, Adelfhofstr. 1, 83684 Tegernsee
Tel.: 08022/70 65 56
Fax: 08022/70 65 58

■ Dezember

42. Jahrestagung der DGFDT

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie zusammen mit der AG für Prothetik und Gnathologie der österreichischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Termin: 04./05. 12. 2009

Ort: Maritim Hotek, Bad Homburg
Tagungsthema: Computerunterstützte Funktionsdiagnostik und -therapie
Auskunft: www.DGFDT.de

3rd Pan-European Dental Congress

Termin: 09. – 11. 12. 2009

Ort: Kiev (Ukraine)
Auskunft:
Tel.: +7(495)250 05 28
e-mail: info@pedc2009.com

Universitäten

Universität Jena

Jenaer Implantologierunde

Veranstalter: Poliklinik für konservierende Zahnheilkunde am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Jena

Termin: 10. 06., 09. 09. und 09. 12. 2009, Beginn 15.00 Uhr
Teilnehmergebühr: 70 EUR je Veranstaltung

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Dr. S. Schultze-Mosgau
Ort: Universitätsklinikum Jena, Standort Lobeda, Hörsaal 1
Fortbildungspunkte: 5 je Veranstaltung

Auskunft:
www.conventus.de/jir2009

Wissenschaftliche Gesellschaften

DGZH

Regionalstelle Stuttgart

Thema: Supervision Z4: Supervision mit Fallvorstellung per Video
Termin: 19. 06. 2009
Ort: 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 4
Referent/in: Gudrun Schmierer
Kursgebühr: 90 EUR

Thema: Curriculum Z4: Anwendungen der zahnärztlichen Hypnose I
Termin: 19./20. 06. 2009
Ort: 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 16
Referent/in: G. & A. Schmierer
Kursgebühr: 450 EUR (425EUR für DGZH-Mitglieder)

Thema: Supervision: Supervision mit Fallvorstellung per Video
Termin: 27. 06. 2009, 9.00 – 12.00 Uhr
Ort: 70182 Stuttgart
Fortbildungspunkte: 8
Referent/in: Gudrun Schmierer
Kursgebühr: 180 EUR

Auskunft:
Marion Jacob
Esslinger Str. 40
70182 Stuttgart
Tel.: 0711/23 63 761
Fax: 0711/24 40 32
e-mail: mail@dgzh-stuttgart.de
www.dgzh-stuttgart.de

Regionalstelle Niedersachsen

Thema: NLP-Masterkurs M3: Core – das vollständige Modell
Termin: 12./13. 06. 2009
Ort: Magdeburg
Fortbildungspunkte: 13
Referent/in: Evelin Brunner
Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Thema: Curriculum Z3: Trance und NLP 1
Termin: 19./20. 06. 2009
Ort: 31224 Peine
Fortbildungspunkte: 13
Referent/in: U. Neumann-Dahm
Kursgebühr: 450 EUR (425 EUR für DGZH-Mitglieder)

Auskunft:
Ute Neumann-Dahm
DGZH-Regionalst. Niedersachsen
Regierungsstr. 24
39104 Magdeburg
Tel.: 0391/60 33 50
Fax: 0391/620 99 63
www.dgzh-niedersachsen.de

DGOI

Fortbildungsveranstaltungen

Thema: Curriculum Implantatprothetik „4+1“
Termin: 26./27. 06. 2009 bis 29./30. 01. 2010 (Einzelne Termine auf Anfrage)
Sonstiges: 110 Fortbildungspunkte; namhafte Referenten aus Hochschule und Praxis

Kursgebühr: Mitglieder DGOI: 2 900 EUR;
Nichtmitglieder: 3 700 EUR

Thema: Curriculum Implantologie „8+1“ (9 Wochenenden)
Kursreihe 15
Termin: 17./18. 07. 2009 bis 16./17. 07. 2010 (Einzelne Termine auf Anfrage)
Sonstiges: 200 Fortbildungspunkte; namhafte Referenten aus Hochschule und Praxis

Anzeige

Freie Anbieter

In dieser Rubrik veröffentlichen wir einmalig Informations- und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb der offiziellen Berufsvertretungen und Wissenschaftlichen Gesellschaften. Mit der Veröffentlichung übernehmen Herausgeber und Redaktion keine Gewähr für Angaben und Inhalte. Der Umfang der Veröffentlichung ist begrenzt, ein entsprechender Vordruck ist bei der zm-Redaktion erhältlich. Die Formblätter sollten mindestens acht Wochen vor Veranstaltungsbeginn vorliegen. Kurzfristig zugesandte Veröffentlichungswünsche können nicht berücksichtigt werden. Die Redaktion

Thema: KFO-Geräte im LAMITec®-Verfahren
Veranstalter: Haranni Akademie
Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne
Termin: 27.05.2009, 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Akademie, Herne
Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz, Dr. Thomas Hinz und Mitarbeiter
Kursgebühr: 350 EUR inkl. MwSt., inkl. Tagungspauschale zzgl. 35 EUR Materialkosten
Auskunft: Haranni Akademie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpartn.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300 Fax: 02323/94 68 333

Thema: Implantatprothetik – mit Lausitzer Implantologen im Gespräch
Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG
Termin: 12.06.2009
Ort: 02763 Bertsdorf-Hörnitz, Schlosshotel Althörnitz
Sonstiges: Ref.: ZT Peter Buddrus-Breil, ZTM Holm Preußler
Kursgebühr: 55 EUR
Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Grundregeln der Ästhetik in der Zahnmedizin
Veranstalter: Güstrower Fortbildungsgesellschaft für Zahnärzte
Termin: 12.06.2009
Ort: Kurhaus am Insee, 18273 Güstrow, Heidberg 1

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Bernd Klaiber, Würzburg; Erläuterung der Grundprinzipien der Ästhetik auf Grundlage direkter Restaurationstechniken; für Zahnärzte und Zahntechniker
Kursgebühr: 240 EUR
Auskunft: MUDr. Per Fischer, Pfahlweg 1, 18273 Güstrow
 Tel.: 03843/84 34 95
 Fax: 03843/84 34 96
 e-mail: info@gfza.de
 www.gfza.de

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

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 12.06.2009

Ort: 80333 München

Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajtő, Dr. André Hutsky, Dr. Uwe Pompl, Dr. Anna Theiss; Kurs-Nr.: AC-B-Z 01

Kursgebühr: 415 EUR pro Person + MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax

Tel.: 06221/64 99 710

(bei Buchungsfragen)

089/20 35 94 670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/64 99 71 20

Thema: Einsteigerkurs Einstieg oder Partnerschaft, Implantologie Live und Schritt für Schritt

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 12.06.2009

Ort: 07552 Gera, Implantologisches Zentrum (IZ)

Sonstiges: Ref.: Dr. med. Hansjörg Heidrich

Kursgebühr: 95 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Prophylaxe-Konzept mit Erfolg

Veranstalter: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Fortbildungszentrum Burgau

Termin: 12.06.2009

Ort: 89331 Burgau (Schwaben)

Sonstiges: Vermittlung von praktischem, betriebswirtschaftlichem u. organisatorischem Know-how eines umfassenden Prophylaxe-Konzepts. Training von Aufklärungsgesprächen

Kursgebühr: 130 EUR

Auskunft: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Schmidbege 3a, 89331 Burgau
 Tel.: 0173/3839383
 Fax: 08222/413323
 e-mail: info@dh-regensburger.de
 www.dh-regensburger.de

Thema: Minimalinvasive, funktionelle und ästhetische Restauration von Front- und Seitenzähnen

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 12. - 13.6.2009

Ort: 56457 Westerbürg, Schloss Westerbürg

Sonstiges: Ref.: Dr. Diether Reusch, ZA Jan Strüder, ZA Tadas Korzinkas, ZTM Paul Gerd Lenze

Kursgebühr: 900 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte
 Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02662/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Thema: Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisierung mit Komposition

Veranstalter: Güstrower Fortbildungsgesellschaft für Zahnärzte

Termin: 12./13.06.2009

Ort: Kurhaus am Insee, 18273 Güstrow, Heidberg 1

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Bernd Klaiber und Team, Würzburg; ein praktischer Arbeitskurs für Zahnärzte, drei Trainer üben mit jeweils sechs Teilnehmern die Arbeitsschritte (Matrizentechnik, Schichttechnik etc.) am Modell

Kursgebühr: 690 EUR

Auskunft: MUDr. Per Fischer, Pfahlweg 1, 18273 Güstrow

Tel.: 03843/84 34 95

Fax: 03843/84 34 96

e-mail: info@gfza.de

www.gfza.de

Thema: Professional Scaling

Veranstalter: Hu-Friedy

Termin/Ort: 12.06.2009 Leipzig,

18.06.2009 Berlin, 26.06.2009

Hamburg, 17.07.2009 Nürnberg, jeweils 17.00 Uhr

Sonstiges: Vorstellung des Hu-Friedy-Professional-Scaling-Konzepts und des neuen Ultraschall-scalers IQ 4000

Auskunft: Anmeldung unter 06221/649971-0

Thema: Schlafmedizin für Zahnärzte (Einführung)

Veranstalter: Haranni Akademie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 13.06.2009, 9.00 – 17.30 Uhr

Ort: Haranni Akademie, Herne

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Rolf Hinz, Prof. Dr. Martin Konermann

Kursgebühr: 370 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale, 295 EUR

inkl. MwSt. und Tagungspauschale für Ass. mit KZV-Nachweis

Auskunft: Haranni Akademie,

Schulstr. 30, 44623 Herne,

Ansprechpartn.: Renate Dömpke,

Tel.: 02323/94 68 300

Fax: 02323/94 68 333

Thema: Notfallmedizin für Zahnärzte (Intensivseminar)

Veranstalter: Malte Voth, Notfallmedizinische Fortbildungen

Termin: 13.06.2009,

9.00 – 17.30 Uhr

Ort: Ausbildungszentrum für den Rettungsdienst, ASB Berufsschule Hamburg, Kieler Str. 464-470, 22525 Hamburg

Sonstiges: Werden Sie sicher im Notfall und erlernen und erweitern Sie Ihre Maßnahmen,

CME-zertifizierte Fortbildung

Kursgebühr: 160 EUR

Auskunft: Malte Voth, Notfallmedizinische Fortbildungen, Else-Wex-Ring 23, 23843 Bad Oldesloe

Tel.: 04531/502760 oder

0176/24672224

Fax: 04531/502768

Thema: Minimalinvasive Mini-druckknopfimplantate für den zahnlosen Kiefer

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

Termin: 13.06.2009,

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: Abrechnung prothetischer Leistungen nach BEMA und GOZ (alt/neu)

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie

Termin: 13.06. oder 20.06.2009, jeweils 10.00 – 13.30 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: ZMV Birgit Sayn

Kursgebühr: 100 EUR + MwSt.; Pro Person aus Überweiserpraxen 85 EUR

Auskunft: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie,

Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B.

Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt,

Prof. Dr. Dr. U. Fritze

Tel.: 0211/32 43 13

Fax: 0211/32 73 97

e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: Hart- und Weichgewebsmanagement

Veranstalter: Dentaurum Implants GmbH

Termin: 13.06.2009

Ort: Henstedt-Ulzburg

Sonstiges: Ref.: Daniel Schulz, 9 Fortbildungspunkte nach den Leitsätzen der BZÄK

Kursgebühr: 295 EUR + MwSt.

Auskunft: Sabine Trautmann,

Dentaurum Implants GmbH

Turnstr. 31, 75228 Ispringen

Tel.: 07231/803-470

Fax: 07231/803-409

e-mail: kurse@dentaurum.de

www.dentaurum-implants.de

Thema: Zielgruppe „ältere Patienten“: Die Zahnarztpraxis als Stätte der Geborgenheit

Veranstalter: Dentinic Institut für Fortbildung und Patienteninformation

Termin: 13.06.2009

Ort: 82467 Garmisch-Partenkirchen

Sonstiges: Ref.: Dipl.-Psych. Dr. Lea Höfel

Kursgebühr: 280 EUR inkl. Unterlagen (zzgl. 25 EUR Verpflegungspauschale)

Auskunft: Dentinic Institut –

Dr. Lea Höfel, Tina Leitner

Klammstraße 7

82467 Garmisch-Partenkirchen

Tel.: 08821/9360-0/-12

Fax: 08821/9360 36

e-mail: institut@dentinic.de

www.dentinic.de

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

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 13.06.2009

Ort: 80333 München

Sonstiges: Ref.: Dr. Jan Hajtó, Dr. André Hutsky, Dr. Uwe Pompl, Dr. Anna Theiss; Kurs-Nr.: AC-B-Z 01

Kursgebühr: 415 EUR pro Person + MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax

Tel.: 06221/6499710

(bei Buchungsfragen)

089/203594670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/64997120

Thema: Engstände & Co – leicht behoben (Academie-Abend)

Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungszentrum für Heilberufe, Herne

Termin: 16.06.2009,

19.00 – 21.30 Uhr

Ort: Haranni Academie, Herne

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise

Kursgebühr: 59 EUR inkl. MwSt.

Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpartn.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/9468 300 Fax: 02323/9468 333

Thema: Biofunktionelle Therapie – Ein Konzept zur Behandlung von orofazialen Dysfunktionen mit dem Vakuumaktivator

Veranstalter: bredent GmbH & Co.KG

Termin: 17. 06. 2009,

15.00 – 20.00 Uhr

Ort: bredent GmbH & Co.KG, Senden bei Ulm

Sonstiges: Ref.: Prof. Dr. Dr. W. Engelke; im Kurs werden der klinische Hintergrund behandelt, Details der Therapie dargestellt und praktische Übungen durchgeführt

Kursgebühr: 190 EUR + MwSt.

Auskunft: bredent GmbH & Co.KG, Frau Roswitha Dorien

Weißenhörner Str. 2

89250 Senden

Tel.: 07309/872-253

Fax: 07309/872-205

e-mail: info@bredent.com

www.bredent.com

Thema: Competence Seminar „Adhäsive und Composite Restaurationen“

Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH

Termin: 17. 06. 2009,

14.00 – 21.00 Uhr

Ort: Sheraton „Yachthafenresidenz Hohe Düne“,

Am Yachthafen 1,

18119 Rostock-Warnemünde

Sonstiges: Ref.: Dr. Markus

Lenhard

Kursgebühr: 128 EUR + MwSt. pro

Person (Frühbucher bis zum 20.

05. 2009 96 EUR + MwSt. pro

Person)

Auskunft: Ivoclar Vivadent GmbH

Dr. Adolf-Schneider-Str. 2

73479 Ellwangen

Tel.: 07961/889-205

(Jutta Nagler)

Fax: 07961/63 26

Thema: Hygienerichtlinien (RKI)

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 17. 06. 2009

Ort: 10623 Berlin,

KaVo Fortbildungszentrum

Sonstiges: Ref.: Vera Frantz oder

Sandra Steverding

Kursgebühr: 95 EUR;

Team: 285 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies

AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Die neue Generation licht-härtender glasfaserverstärkter Komposite – ein Allroundmaterial (Hands-on-Kurs)

Veranstalter: Dentapreg Deutschland

Termin: 17. 06. 2009, 15.00 Uhr

Ort: Schwabach bei Nürnberg,

Zahnwerk GmbH

Sonstiges: Ref.: Dr. Stefanie Röm-

melt, 6 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 149 EUR

Auskunft: Dr. Olga Bauer,

Kirchstr. 1, 97294 Unterpleichfeld

Tel.: 0151/18 40 92 29

Fax: 09367/75 59

e-mail: dentprogress@web.de

Thema: Curriculum AltersZahnheilkunde

Veranstalter: Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH, LZK Hessen

Termin: ab 17. 06. 2009

Ort: LZK Hessen, 34117 Kassel

Sonstiges: Wissenschaftliche Bera-

tung: Prof. Dr. Benz, München; 9

ganztägige Veranstaltungen an

einem Veranstaltungsort; 99 Fortbil-

dungspunkte

Kursgebühr: 2 990 EUR + MwSt.

Auskunft: Frau Dr. Panthen,

Fortbildungsakademie Zahnmedi-

zin Hessen GmbH, LZK Hessen,

Rhonestraße 4,

60528 Frankfurt

Tel.: 069/427 275 190

Fax: 069/427 275 194

Thema: Praxismarketing – „Wettbewerb und neue Versorgungsformen – Chance oder Risiko für den Freien Beruf“

Veranstalter: absolute Ceramics Schulungszentrum GmbH, München

Termin: 17. 06. 2009

Ort: 80333 München

Sonstiges: Ref.: Frank Preuss; Kurs-Nr.: E-PM 01

Kursgebühr: 45 EUR pro Person + MwSt.

Auskunft: unter www.absolute-ceramics.com finden Sie die komplette Kursbeschreibung und das Anmeldefax

Tel.: 06221/64 99 710

(bei Buchungsfragen)

089/20 35 94 670

(bei Fragen zu Kursinhalten)

Fax: 06221/64 99 71 20

Thema: Strategien für erfolgreiche Kompositrestaurationen

Veranstalter: praxisDienste

Termin/Ort: 17. 06., Rostock;

23. 09., Greifswald;

14. 10., Gauting (bei München)

Kursgebühr: 299 EUR + MwSt., inkl. Tagungsverpflegung sowie Kursmaterial im Wert von 160 EUR

Auskunft: praxisDienste,

Seminarorganisation, Brückenstr. 45, 69120 Heidelberg

Service-Line: 0800/073 50 00

(kostenfrei in Deutschland)

Tel.: 06221/64 99 71-0

Fax: 06221/64 99 71 20

Thema: KFO-Spezialkurs Nance, Hyrax etc. – Herstellung von Hilfsmitteln in Verbindung mit der fest-sitzenden Technik

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 18./19. 06. 2009

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: Dr. Wolfgang Scholz

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: Workshop zur Einweisung in die Newtom-DVT-3G Software

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie

Termin: 18.06. oder 29.10..2009, jeweils 19.00 – 21.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich

Sroink, ZTM Dominik Kruchen

Kursgebühr: 50 EUR + MwSt.;

Pro Person aus Überweiserpraxen

40 EUR

Auskunft: Gemeinschaftspraxis

Kiefer- und Gesichtschirurgie,

Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B.

Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt,

Prof. Dr. Dr. U. Fritzscheier

Tel.: 0211/32 43 13

Fax: 0211/32 73 97

e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: Chancen – Risiken – Trouble Management in der oralen Implantologie mit Hands-on

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 19. 06. 2009

Ort: 50259 Pulheim,

Praxis Dr. Michael Hohl

Sonstiges: Ref.: Dr. Michael Hohl,

Dr. Kornelia Maag-Hohl

Kursgebühr: 350 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies

AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Wie kann ein Dentallabor in der heutigen Zeit überleben?

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 19. 06. 2009

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Wolfgang

Weisser

Kursgebühr: 149 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: Die modernen Techniken der Bisskorrektur: SUS², Herbst[®], Jasper Jumper[®] & Co.

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 19. 06. 2009

Ort: Pulheim (bei Köln)

Sonstiges: Ref.: Dr. Aladin Sab-

bagh; 7 Fortbildungspunkte

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: Selbstligierende Brackets in Verbindung mit mini-pins

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 19. 06. 2009

Ort: Pulheim (bei Köln)

Sonstiges: Ref.: Dr. Martin Bax-

mann; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 299 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: Fotodokumentation in der kieferorthopädischen Praxis

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 19. 06. 2009

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

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

Radlanski; 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 249 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: Kurs zur Perfektionierung der Biege- und Streutechnik

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 19. 06. 2009

Ort: Münster

Sonstiges: Ref.: Guido Pedroli

Kursgebühr: 250 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: Bleaching mit Erfolg

Veranstalter: Regina Regensburger

Dentahygienikerin, Fortbildungs-

zentrum Burgau

Termin: 19. 06. 2009,

13.00 – 19.00 Uhr

Ort: 89331 Burgau (Schwaben)

Sonstiges: Vorbehandlung, Indika-

tion, Kontraindikation, Vorteile/

Nachteile, „Live Bleaching“ und

Herstellung einer Bleichschiene,

Abrechnung; 7 Punkte

Kursgebühr: 200 EUR

Auskunft: Regina Regensburger

Dentahygienikerin,

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: Von der Hand in den Mund – Gourmet und Implantologie

Veranstalter: Camlog Biotechnologies

AG

Termin: 19. 06. 2009

Ort: 04109 Leipzig, Ratskeller

Sonstiges: Ref.: Dr. Thomas Barth,

Boris P. Weiland (Sterne-Koch)

Kursgebühr: 275 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies

AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: GOZ 09

Veranstalter: DENS Akademie

Termin: 19. 06. 2009,

13.00 – 19.00 Uhr

Ort: 10711 Berlin-Wilmersdorf

Sonstiges: Fortbildungspunkte 6,

Anmeldung erbeten

Kursgebühr: 290 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: QX 3: Praxismarketing und Preisgestaltung
Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH
Termin: 19. 06. 2009
Ort: Holzgerlingen
Kursgebühr: 460 EUR pro Teilnehmer; 690 EUR Teampreis
Auskunft: Dr. Walter Schneider Team GmbH,
Max-Eyth-Straße 42,
71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031/46 18 70
Fax: 07031/46 18 77
www.solutio.de

Thema: Personalmanagement – vom Mitarbeiter zum loyalen Teammitglied
Veranstalter: Die Praxisprofis Pfeiffer + Platen
Termin: 19. 06. 2009
Ort: Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
Kursgebühr: 225 EUR + MwSt.
Auskunft: Frau Hense, Frau Stober, Bodenstedtstr. 7, 31224 Peine
Tel.: 05171/507 89 52
Fax: 05171/168 20

Thema: Bleaching mit Erfolg
Veranstalter: Regina Regensburger Dentalhygienikerin, Fortbildungszentrum Burgau
Termin: 19. 06. 2009, 13.00 – 19.00 Uhr
Ort: 89331 Burgau (Schwaben)
Sonstiges: Vorbehandlung, Indikation, Kontraindikation, Vorteile/Nachteile, „Live Bleaching“ und Herstellung einer Bleichschiene, Abrechnung; 7 Punkte

Kursgebühr: 200 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: Abrechnung parodontalchirurgischer Leistungen
Veranstalter: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie
Termin: 19.06. oder 04.09.2009, jeweils 14.00 – 18.00 Uhr
Ort: Düsseldorf
Sonstiges: Ref.: ZMV Birgit Sayn
Kursgebühr: 100 EUR + MwSt.; Pro Person aus Überweiserpraxen 85 EUR

Auskunft: Gemeinschaftspraxis Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B. Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt, Prof. Dr. Dr. U. Fritzemeier
Tel.: 0211/32 43 13
Fax: 0211/32 73 97
e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: ISTplus-Gerät im LAMITec[®]-Verfahren
Veranstalter: Haranni Academie Fortbildungsz. für Heilberufe
Termin: 19. 06. oder 26. 06. 2009, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: Haranni Academie, Herne
Sonstiges: Ref.: Dr. Markus Heise, ZT Jens Höper und Mitarbeiter
Kursgebühr: 350 EUR inkl. MwSt. und Tagungspauschale zzgl. 98 EUR inkl. MwSt. Materialkosten
Auskunft: Haranni Academie, Schulstr. 30, 44623 Herne, Ansprechpart.: Renate Dömpke, Tel.: 02323/94 68 300
Fax: 02323/94 68 333

Thema: Effektive Front- und Seitenzahnkeramik auf Zirkon- und Metallgerüsten

Veranstalter: Prof. Dr. Asami Tanaka

Termin: 19./20. 06. 2009

Ort: München

Sonstiges: Ref.: Prof. Tanaka und Prof. Barghi

Auskunft: www.tanaka.de

Thema: Rot/weiße Ästhetik; Implantatfixierte Teil- und Vollprothetik: Instandsetzung, Erweiterung, Neuanfertigung

Veranstalter: DentalSchool – Gesellschaft für zahnärztliche Fortbildung mbH

Termin: 19. 06. 2009,

10.00 – 18.00 Uhr;

20. 06. 2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: Steigenberger Hotel Hamburg, Heiligengeistbrücke 4, 20459 Hamburg

Sonstiges: Ref.: PD Dr. Rainer Hahn; Workshop; 4 Punkte

Kursgebühr: 420 EUR + MwSt., inkl. Pausenverpflegung je einzelner Tag; Komplettpaket 750 EUR + MwSt., inkl. Pausenverpflegung

Auskunft: DentalSchool GmbH, Paul-Ehrlich Str. 11, 72076 Tübingen
Tel.: 07071/975 57 23
Fax: 07071/975 57 20

Thema: Moderne praktische Endodontie – ein erfolgreiches Alltagskonzept

Veranstalter: Z.a.T. Fortbildungs GmbH

Termin: 19./20. 06. 2009

Ort: Adelhofstr. 1, 83684 Tegernsee

Sonstiges: Modularer praktischer Intensivkurs I Grundkurs mit Dr. Walsch

Kursgebühr: 860 EUR + MwSt.

Auskunft: Z.a.T. Fortbildungs GmbH, Adelhofstr. 1, 83684 Tegernsee
Tel.: 08022/70 65 56
Fax: 08022/70 65 58

Thema: QS3: Praxismarketing und Preisgestaltung

Veranstalter: Dr. Walter Schneider Team GmbH

Termin/Ort: 19. 06., Holzgerlingen; 06. 11., Frankfurt/Main; 27. 11., Düsseldorf

Auskunft: Dr. Walter Schneider Team GmbH, Max-Eyth-Straße 42 71088 Holzgerlingen
Tel.: 07031/46 18 70
Fax: 07031/46 18 77
www.solutio.de

Thema: Intensivseminar Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen/kieferorthopädischen Praxis – richtig ist wichtig!

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

Termin: 19./20. 06. 2009

Ort: Hamburg

Sonstiges: Ref.: Regina Wagnitz-Peters; 16 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 399 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: Kompositfüllungen: State of the Art

Veranstalter: Westerburger Kontakte

Termin: 19./20. 06. 2009

Ort: 56457 Westerburg

Sonstiges: Ref.: ZA Wolfgang-M. Boer

Kursgebühr: 690 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte Schloss Westerburg, 56457 Westerburg
Tel.: 02663/911 90–30
Fax: 02663/911 90–34
www.westerburgerkontakte.de

Thema: Assistenz in der oralen Implantologie – praktischer Intensivkurs für die OP-Assisnte

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 90427 Nürnberg-Boxdorf, Hotel Schindlerhof

Sonstiges: Ref.: Dr. Martin Gollner, Elke Zaiss

Kursgebühr: 295 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Sinuslift OP nach Tatum am Göttinger Modell mit Handson

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 36037 Fulda, Praxis Dr. Andreas Holweg

Sonstiges: Ref.: Dr. Andreas Holweg

Kursgebühr: 450 EUR + 150 EUR für+r Göttinger Modell

Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Live-OP Kurs GBR und Augmentation

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 86825 Bad Wörishofen, Implantatzentrum Bad Wörishofen

Sonstiges: Ref.: Dr. Ralf Masur, Dr. Andreas Kraus, ZA Jan Märkle

Kursgebühr: 360 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Fortgeschrittenenkurs Live-OP mit Sinuslift

Veranstalter: Camlog Biotechnologies AG

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 20149 Hamburg, Praxis Dr. Christian Siedler

Sonstiges: Ref.: Dr. Christian Siedler

Kursgebühr: 300 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Suchen Sie nicht den Himmel ab – Ihre Sterne sind schon da: Teleskope aus emf!

Veranstalter: Dentaurum, J. P. Winkelstroeter KG

CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Ulrich Darlath und ZT Stephan Weng

Kursgebühr: 249 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: Digitale Dentale Fotografie

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

Sonstiges: Ref.: ZTM Wolfgang Weisser

Kursgebühr: 195 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: Fernröntgenkurs

Veranstalter: Dentaurum,

J. P. Winkelstroeter KG
CDC – Centrum Dental Kommunikation

Termin: 20. 06. 2009

Ort: 75228 Ispringen/Pforzheim

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

Kursgebühr: 399 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: Expertensymposium „Vollkeramik und Befestigung“

Veranstalter: Ivoclar Vivadent GmbH

Termin: 20. 06. 2009, 9.00 – 17.00 Uhr

Ort: „Atlantic Hotel Universum“, Wiener Straße 4, 28359 Bremen
Kursgebühr: 225 EUR + MwSt. pro Person (Frühbucher bis zum 23. 05. 2009 169 EUR + MwSt. pro Person)

Auskunft: Ivoclar Vivadent GmbH Dr. Adolf-Schneider-Str. 2 73479 Ellwangen
Tel.: 07961/889-205 (Jutta Nagler)
Fax: 07961/63 26

Thema: PZR Update mit Biofilmmanagement für Prophylaxeprofis
Veranstalter: Regina Regensburger
 Dentalhygienikerin, Fortbildungszentrum Burgau

Termin: 20. 06. 2009,
 9.30 – 17.00 Uhr

Ort: 89331 Burgau (Schwaben)

Sonstiges: Theoretischer und praktischer Intensivkurs; Auffrischung und Optimierung von Hintergrundwissen bei PZR und PAR Recall, Biofilmmanagement mit Küretten und masch. Geräte;
 9 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 210 EUR

Auskunft: Regina Regensburger
 Dentalhygienikerin,
 Schmidberg 3a, 89331 Burgau
 Tel.: 0173/3839383
 Fax: 08222/413323
 e-mail: info@dh-regensburger.de
 www.dh-regensburger.de

Thema: Qualitätsmanagement in der Zahnarzt-, kieferorthopädischen- und kieferchirurgischen Praxis

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis
 Kiefer- und Gesichtschirurgie

Termin: 23. 06. und 01. 12. 09,
 jeweils 19.00 – 21.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Dr. Ulrich
 Stroink, Dr. Mathias Höschel

Kursgebühr: 45 EUR + MwSt.;
 Pro Person aus Überweiserpraxen
 35 EUR

Auskunft: Gemeinschaftspraxis
 Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B.
 Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt,
 Prof. Dr. Dr. U. Fritzeimer
 Tel.: 0211/32 43 13
 Fax: 0211/32 73 97
 e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: Voraussagbare Erfolge mit
 Implantaten in der ästhetischen
 Zone

Veranstalter: Gemeinschaftspraxis
 Kiefer- und Gesichtschirurgie

Termin: 24. 06. 2009,
 15.00 – 19.00 Uhr

Ort: Düsseldorf

Sonstiges: Ref.: Dr. Bruno Schmid,
 in Kooperation mit der firma
 Straumann

Kursgebühr: 85 EUR + MwSt.

Auskunft: Gemeinschaftspraxis
 Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 Dr. Dr. U. Stroink, Dr. Dr. B.
 Biermann, Dr. Dr. W. Schmitt,
 Prof. Dr. Dr. U. Fritzeimer
 Tel.: 0211/32 43 13
 Fax: 0211/32 73 97
 e-mail: zid@kieferchirurgie.org

Thema: Faszination Implantologie
 – Hands-on

Veranstalter: Camlog Biotechnologies
 AG

Termin: 24. 06. 2009

Ort: 76137 Karlsruhe,
 Novotel Kongress

Sonstiges: Ref.: ZT Peter Buddrus-
 Breil

Kursgebühr: 85 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies
 AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Assistenz in der Implantologie

Veranstalter: Camlog Biotechnologies
 AG

Termin: 24. 06. 2009

Ort: 79106 Freiburg,

Uni Freiburg, Zahnklinik

Sonstiges: Ref.: Dr. Michael Vogeler,
 Willi Seidenberger, Ansgar

Bange, Sandra Steverding

Kursgebühr: 95 EUR

Auskunft: Camlog Biotechnologies
 AG, Tel.: 07044/94 45-661

Thema: Faserverstärkte Komposite
 – eine neue Dimension in der ad-
 häsiven Restauration

Veranstalter: Dentapreg Deutsch-
 land

Termin: 24. 06. 2009, 18.00 Uhr

Ort: Hotel Maritim Köln

Sonstiges: Ref.: Dr. Steffen Biebl,
 2 Fortbildungspunkte

Kursgebühr: 43 EUR inkl. Vortrags-
 skript

Auskunft: Dr. Olga Bauer,
 Kirchstr. 1, 97294 Unterpleichfeld
 Tel.: 0151/18 40 92 29

Fax: 09367/75 59

e-mail: dentprogress@web.de

Thema: Modernes Behandlungs-
 konzept der Restauration von
 Front- und Seitenzähnen

Veranstalter: Westerburger
 Kontakte

Termin: 25. – 27. 06. 2009

Ort: 56457 Westerburg, Schloss
 Westerburg

Sonstiges: Ref.: Dr. Diether
 Reusch, ZA Jan Strüder, Dr. Uwe
 Blunck

Kursgebühr: 1 350 EUR + MwSt.

Auskunft: Westerburger Kontakte,
 Schloss Westerburg

56457 Westerburg

Tel.: 02663/91190-30

Fax: 02662/91190-34

www.westerburgerkontakte.de

Ausstellung in Basel

Geschichte einer Krankheit

Syphilis ist in Europa seit mehr als 500 Jahren bekannt. Die Erforschung der Geschlechtskrankheit hat Medizingeschichte geschrieben. Wie anschaulich der Umgang mit der „Lustseuche“ auch den Wandel gesellschaftlicher Vorstellungen von Moral und Sexualität widerspiegelt, zeigt eine Ausstellung im Pharmazie-Historischen Museum Basel.



Amerikanisches Plakat zur Prävention der Syphilis aus dem Zweiten Weltkrieg



Albrecht Dürers Darstellung eines Syphilitischen (1496). Die Zahl 1484 bezieht sich auf das Jahr, in dem eine Sternenkonstellation die Krankheit ausgelöst haben soll.

Abbildungen: Anatomisches Museum Basel

Allein das aus dem Mittelalter stammende Museumsgebäude ist einen Besuch wert. Erasmus von Rotterdam lebte von 1514 bis 1516 in dem hübschen Fachwerkhäus, später außerdem Hans Holbein und Paracelsus. Am hinteren Ende des mit Kopfsteinen gepflasterten Innenhofs liegt, leicht erhöht, der Apothekergarten des Museums, im Brunnen darunter schlummern ein paar Goldfische. Geht man durch die Tür, die links ab vom Hof zu den drei Ausstellungs-

räumen führt, taucht man ein in die Jahrhunderte alte, turbulente Geschichte der Syphilis.

Geschichte einer Epidemie

Im Eingangsbereich werden in Wort und Bild die vier Stadien der Syphilis beschrieben – vor dem Hintergrund der seit Ende der 1990er-Jahre wieder ansteigenden Infektionszahlen gewinnt diese Dimension an

Aktualität. In der Öffentlichkeit ist die Krankheit jedoch kaum ein Thema. Dazu Flavio Häner, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Museums und maßgeblich an der Konzeption der Ausstellung beteiligt: „Während der Vorbereitung bin ich oft gefragt worden: ‚Syphilis? Die gibt’s noch?‘“ Ohne Zweifel: Nach Angaben der WHO erkranken jährlich zirka zwölf Millionen Menschen an Syphilis, in Deutschland sind es laut Robert Koch-Institut 3 000 bis 4 000 Menschen. Dennoch, den Machern der Ausstellung geht es nicht in erster Linie um das Thema Prävention. „Im Vordergrund steht der kulturhistorische Aspekt der Syphilis, vor allem ihr Einfluss auf die Gesellschaft“, erklärt Museumsleiter Michael Kessler. „Dazu haben wir einen Rundgang entworfen, der durchaus plakativ ist. Wir wollen, dass die Besucher Bilder mit nach Hause nehmen können.“

Das erste historische Exponat löst dieses Versprechen sofort ein. Mit Zinnsoldaten nachgestellt ist die Schlacht zu sehen, die als Startpunkt für die Verbreitung der Syphilis in Europa gilt. „Es beginnt mit einem Paukenschlag“, erklärt Kessler die Szene. „Mit der Schlacht um Neapel im Jahr 1494.“ Damals führte Karl VIII., König von Frankreich, sein Söldnerheer in den Kampf gegen eine Allianz aus Italienern und Spaniern, um seine Erbansprüche auf das Königreich Neapel durchzusetzen. Feldärzte berichteten, dass unter den Soldaten beider Heere bald eine bis dahin unbekannte, schmerzhafteste Krankheit ausbrach, die den Körper mit Pusteln überzog. Dass sich die Krankheit so schnell unter den Männern ausbreitete, überrascht vor dem Hintergrund heutiger Erkenntnisse nicht: Alle Soldaten besuchten die gleichen Bordelle – wie am Rande der nachgestellten Schlacht ebenfalls zu sehen ist. Der Zusammenhang zwischen ungeschütztem Sex und Ansteckung war damals jedoch noch unbekannt. Mit der Entlassung der schweizerischen, deutschen und holländischen Söldner im Jahr 1495 verbreitete sich die neue Krank-



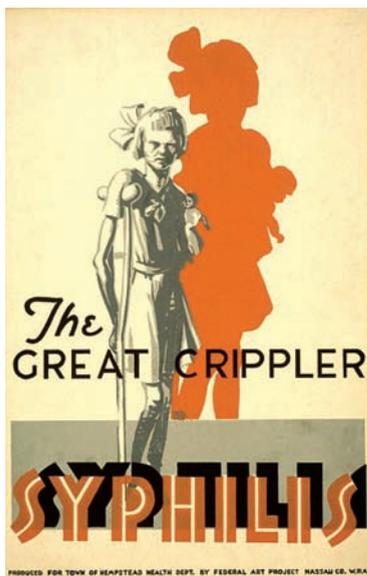
Foto: Theisen

Flavio Häner, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Museums, war maßgeblich an der Konzeption der Ausstellung beteiligt.

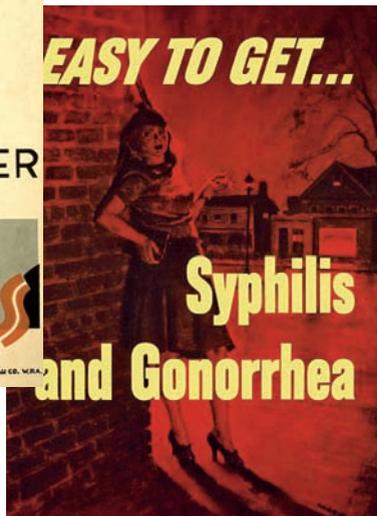
heit wie ein Lauffeuer in ganz Europa. Die Bezeichnung der Krankheit fiel dementsprechend international aus. In Polen nannte man sie die Deutsche Krankheit, in den Niederlanden die Spanische, und in Deutschland, England, Italien und Spanien die Franzosenkrankheit. „Es ist interessant zu sehen, auf wie viele Arten über die Krankheit gesprochen wurde“, bemerkt Flavio Häner. „Als sogenannte ‘Franzosenkrankheit’ drückte sie politische Realitäten aus, es gab aber auch moralische und wissenschaftliche Ansätze.“

Gott und die Planeten

Unter vielen Ärzten und Gelehrten verbreitete sich schnell die Meinung, es handle sich bei der meist tödlich verlaufenden Krankheit um eine Strafe Gottes. Andere argumentierten astrologisch – eine ungünstige Planetenkonstellation habe die Krankheit verursacht. So befanden sich die Planeten Jupiter und Saturn vor dem ersten Aus-



Plakate aus dem 20. Jahrhundert: Angst machen mit Syphilis als „die große Verkrüpplerin“ ...



... und ausgrenzen: Syphilis als leichtes Mädchen

Syphilis als Strafe Gottes: Darstellung aus einem Flugblatt von Sebastian



Brandt (Basel), 1496

bruch in einer Konjunktion. In der damaligen Überzeugung führte das zur Entstehung „übler Dämpfe“ und in der Folge zu Krankheiten. Auch dass die Syphilis die Geschlechtsorgane befiel, ließ sich damit erklären: Die Konjunktion ereignete sich im Sternzeichen Skorpion, Repräsentant der Genitalien.

Im Jahr 1496 veröffentlicht der Augsburger Humanist Joseph Grünpeck das erste Buch über die Syphilis. Titel: „Traktat über die Böse Franzos“. Die Abhandlung zieht die Möglichkeit der sexuellen Übertragung in Betracht, Einigkeit herrschte darüber jedoch nicht. Für Unsicherheit sorgte zum Beispiel, dass sich auch Geistliche von Papst bis Nonne mit der Krankheit ansteckten. Um den Glauben an deren Enthaltbarkeit aufrechtzuerhalten, wurde eine Sonderregelung gefunden: „Bei den meisten Menschen entsteht die Syphilis durch einen unreinen Beischlaf, nur bei den Geistlichen durch den Einfluss der Gestirne oder verderbter Luft“, schrieb der spanische Arzt Juan Almenar im 15. Jahrhundert.

Ende des 16. Jahrhunderts hatte sich die Erkenntnis der sexuellen Übertragung jedoch durchgesetzt. Ab diesem Zeitpunkt wurde die Syphilis moralisiert – sie wurde zur „Lustseuche“, die Betroffenen zu Sündern. Adlige verbargen Pusteln und Narben unter Puder und Perücken. Manche brüsteten sich aber auch mit ihnen. Giacomo Casanova etwa hielt es wie folgt mit der Syphilis: „Die Krankheit (...) verringert das Leben nicht für jene, die wissen, wie man sich heilen kann; alles, was sie tut, ist Narben zu hinterlassen;

aber wir können uns leicht mit dem Gedanken daran trösten, dass wir diese Narben in Lust erhalten haben, wie Soldaten, die entzückt sind über den Anblick ihrer Narben, die Zeichen ihrer Tugend und die Quelle ihres Ruhms.“



Moulagen von Syphilis-Patienten ...



... aus der Moulagensammlung der Uni Zürich.

Die Ausstellung „Lust, Leid & Wissen – Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie“ läuft noch bis zum 31. Juli 2009.

■ Öffnungszeiten

Dienstag bis Freitag 10 bis 18 Uhr

Samstag 10 bis 17 Uhr

Sonntags, montags und an Feiertagen geschlossen

■ Adresse

Pharmazie-Historisches Museum Basel

(Nähe Rathaus)

Totengässlein 3

CH-4051 Basel

+41 (0) 61 264 91 11

www.pharmaziemuseum.ch

Über Methoden, „sich zu heilen“, brüteten Gelehrte, Quacksalber und Wissenschaftler mehrere Jahrhunderte – auch das zeigt die Ausstellung. Paracelsus bevorzugte die Quecksilbertherapie, ab dem 17. Jahrhundert sollten Kondome aus Leinen oder Darm vor einer Ansteckung schützen, das 19. Jahrhundert markiert den Siegeszug der Bakteriologie. Der Erreger der Syphilis, das Bakterium *Treponema pallidum*, wurde 1905 entdeckt. Im Jahr 1909 entdeckte Paul Ehrlich eine Arsenverbindung, mit der erstmals die Heilung der Syphilis möglich wurde. Er taufte das Medikament „Salvarsan“. Das Museum widmet dem deutschen Arzt und Wissenschaftler eine eigene Ecke, unter anderem ist dort seine Laborlupe zu sehen. Ein ganzer Raum hingegen veranschaulicht, welche Unterschiede bei der Behandlung der Syphilitikerkrankten gemacht wurden. Er ist einem Behandlungszimmer für Prostituierte nachempfunden. Die Frauen waren gesellschaftlich geächtet, wurden manchmal sogar als medizinische Versuchspersonen missbraucht. Die Untersuchungszimmer bewegten sich laut Museums-Chef Kessler irgendwo zwischen Spital, Lager und Gefängnis. Besonders hier geht das Konzept der Basler Ausstellung auf, eine Brücke zwischen den Polen Moral und Medizin zu schlagen.

Susanne Theisen
Freie Journalistin in Köln
SusanneTheisen@gmx.net

Der Zahnarzt im Coaching

Die Ziele im Visier

Erfolg haben bedeutet, Ziele zu erreichen. Entscheidend dabei ist, Ziele realistisch, konkret und planbar zu formulieren und – ob alleine oder mithilfe eines Coachs – sie anzupacken und ihre Ergebnisse zu kontrollieren.

Unternehmer, Berater, Coach und Dienstleister – die Rolle der Praxisinhaber über die Behandler Tätigkeit hinaus wird immer facettenreicher. Die wenigsten Zahnärzte können all diesen Anforderungen an ihre Persönlichkeit gleichermaßen gerecht werden – im Gegenteil: Stress, Überforderung und manchmal auch Resignation sind häufige Reaktionen, die den Zahnarzt in der Weiterentwicklung seiner Praxis lähmen. Ein möglicher Ausweg aus dieser Situation kann die externe Hilfe durch einen professionellen Coach sein. Jedes Coaching beginnt mit der Zielformulierung.

Ein heterogenes Bild

Eine bundesweite Befragung bei über 1 200 Praxen im Sommer 2007 zum Bedarf externer Hilfeleistungen durch eine Unternehmensberatung für Zahnärzte lieferte ein sehr heterogenes Bild. Dennoch sieht der Ansatz für alle weiterführenden Lösungen in den meisten Fällen ebenso einfach wie effektiv aus.

Erfolgreich zu sein, bedeutet, Ziele zu erreichen. Die Befragung der Zahnärzte zeigte, dass die Motivation, externe Hilfe in Anspruch zu nehmen, verschiedene Beweggründe umfasst. Nach Kategorien geordnet, ergeben die Antworten auf die Frage „Welche Ziele haben Sie bewogen, die Beratung [...] in Anspruch zu nehmen?“ folgendes Bild:

Zielkategorie	in %
Realisierung moderner Zahnmedizin	20,3
Hohe Teammotivation	18,2
Wirtschaftlicher Erfolg	16,0
Sehr zufriedene Patienten	13,4
Mehr Lebensqualität	9,1
Optimierte Organisation	8,0
Andere Kriterien	15,0



Fotos: ip

Seine Ziele fest im Auge zu haben und sie planbar zu formulieren – darum geht es im Praxis-Coaching

Schon hier fällt auf, dass es kein allein vorherrschendes Ziel gibt, das alle befragten Zahnärzte beschäftigt. Dennoch lassen sich einige Trends erkennen: Die Realisierung einer modernen Zahnmedizin, Teammotivation und wirtschaftlicher Erfolg liegen als dominierende Themen nahezu gleichauf. Überraschend ist dabei sicherlich, dass der wirtschaftliche Erfolg dem Zahnarzt zwar wichtig ist, aber nicht an erster Stelle steht, wie auch der vergleichsweise hohe Anteil derer, die ihr Team weiterentwickeln möchten. Teilweise ist der Übergang zwischen den einzelnen Kategorien fließend, teilweise bedingen die einzelnen Ziele einander: Zum Beispiel ist die Realisierung einer modernen Zahnmedizin sicherlich eng verknüpft mit wirtschaftlichem Erfolg und persönlicher Lebensqualität, und eine gute Praxisorganisation sorgt gleichzeitig für ein motiviertes Team und zufriedene Patienten.

Realisierung der modernen Zahnmedizin

Welcher Zahnarzt wünscht sich nicht, in der eigenen Praxis seine Vorstellungen einer modernen und zeitgemäßen Zahnmedizin umzusetzen? Dass hier in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel von einer rein restaurativen zu einer präventiv-ästhetischen Zahnmedizin stattfindet, belegen auch die

Zielkategorie	in %
Ausbau Prophylaxe	44,7
Ausbau Privatanteil	34,2
Lasereinführungen	7,9
Ausbau Implantologie	7,9
Ausbau Parodontologie	2,6
Hochwertige Behandlung	2,6

Antworten der Befragten: 44,7 Prozent der Antworten entfallen auf den Ausbau der Prophylaxe, 34,2 Prozent auf den Ausbau der Privatleistungen. Die Beweggründe der Zahnärzte dafür sind sicherlich unterschiedlicher Natur: Sowohl die fachliche Überzeugung, dass Prophylaxe und hochwertige Privatleistungen für eine zeitgemäße zahnmedizinische Versorgung unabdingbar sind, als auch die finanzielle Komponente dürften hier eine Rolle spielen.

Teamführung und -entwicklung

Was wäre ein Zahnarzt ohne Team? – Immer mehr Zahnärzte erkennen den Stellenwert, den ein motiviertes und eigenverantwortlich arbeitendes Team für die Zahnarztpraxis heute hat. Dass es bei der Entwicklung eines solchen Teams mehrere „Baustellen“ gibt, zeigt auch die Umfrage, deren Ergebnisse sehr heterogen ausfallen: 35,3 Prozent der Antworten umfassen eine bessere Teamzusammenarbeit und -kommunikation, 23,5 Prozent die Weiterqualifikation des Teams, je 11,8 Prozent die Mitarbeiterführung beziehungsweise die Verstärkung des Teams durch qualifizierte Mitarbeiterinnen.

Wirtschaftlicher Erfolg

Wirtschaftlicher Erfolg sichert sowohl den Lebensstandard des Zahnarztes als auch die Existenz seiner Praxis. Darüber hinaus sorgt

Zielkategorie	in %
verbesserter Zusammenhalt	26,5
Personalschulung (ohne Spezifikation)	23,5
Führung einzelner Mitarbeiter	11,8
Personalstruktur/Personalsuche	11,8
interne Kommunikation	8,8
Motivierte „eigenverantwortlich“ handelnde Mitarbeiter	5,9
Beratungsgespräche übertragen	5,9
Zeit-/ Teammanagement	2,9
Zuzahlungsgedanken beim Team etablieren	2,9

er für den finanziellen Spielraum, der für die Weiterentwicklung der Praxis notwendig ist. In der Umfrage beziehen sich 60 Prozent der Antworten auf klassische betriebswirtschaftliche Kennzahlen: Steigerung des Umsatzes (36,7 Prozent) und des Gewinns (23,3 Prozent). Auffällig sind auch weitere 30 Prozent der Antworten, die darauf hindeuten, dass sich die jeweilige Praxis in einer eher angespannten wirtschaftlichen Lage befindet: Verbesserung der wirtschaftlichen Situation (16,7 Prozent), Existenzsicherung (10,0 Prozent) und Liquiditätssicherung (3,3 Prozent).

Service für mehr als zufriedene Patienten

Zufriedene Patienten sind eine wichtige Voraussetzung für Spaß an der eigenen Arbeit: Zahnarzt und Team können aus dem



Jeder Zahnarzt ist frei, seine eigenen Ziele zu setzen.



Ziel erreicht: Damit erfüllt sich ein Stück Lebensqualität.

Lob eines Patienten enorme Motivation schöpfen. Kein Wunder also, dass auch eine hohe Patientenzufriedenheit zu den Zielen vieler Zahnärzte gehört: Fast die Hälfte (48,0 Prozent) aller Antworten, die in diese Kategorie fallen, bezieht sich auf die Verbesserung der Patientenkommunikation, gefolgt vom Ausbau der Patientenbetreuung (24,0 Prozent) und der Patientenbindung (12,0 Prozent).

Zielkategorie	in %
Verbesserung Patienten-kommunikation/ -ansprache	48,0
Patientenbetreuung/ -führung	24,0
Ausbau Patientenbindung	12,0
Verbesserung der Serviceleistungen	8,0
Dienstleistungsgedanken beim Personal stärken	4,0
Freundliches Ambiente der Praxis	4,0

Die eigene Lebensqualität

Wenn auch die Zufriedenheit und Lebensqualität des Zahnarztes bei den Nennungen der Antworten nicht an erster Stelle stehen, spielt sie doch für viele Praxisinhaber bei der Weiterentwicklung ihrer Praxis eine wichtige Rolle: Nur wer mit sich selbst und seinem Leben zufrieden ist, findet die notwendige Kraft und Energie, sich aktiv mit der Entwicklung seiner Praxis zu befassen. Und dass jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt anders ist, belegt die Vielfalt der Antworten: mehr Freizeit (23,5 Prozent), mehr Unabhängigkeit von der Gesundheitspolitik, Steigerung der Lebensqualität und Zufriedenheit im Beruf (je 17,6 Prozent), Reduzierung der Doppelbelastung Familie/Beruf (11,8 Prozent) Umsetzung eigener Ideen (5,9 Prozent) und Selbstverwirklichung ebenfalls 5,9 Prozent).

Foto: ip

Aufgrund des stetig steigenden Frauenanteils unter den Zahnärzten dürfte das Ziel Reduzierung der Doppelbelastung Familie/Beruf in den nächsten Jahren weiter an Bedeutung gewinnen.

Optimierte Organisation

Eine reibungslos funktionierende Praxis sorgt für eine entspannte Arbeitsatmosphäre, ein motiviertes Team und zufriedene Patienten. Die Zahnärzte, deren Antworten in diese Kategorie fallen, nennen zu 73,3 Prozent ohne jede weitere Spezifikation die Optimierung von Abläufen, zu 20,0 Prozent das Terminmanagement und zu 6,7 Prozent die Abrechnung. Dass die Mehrzahl die Optimierung von Abläufen nicht weiter spezifiziert, deutet entweder darauf hin, dass die Praxis gleich mehrere organisatorische Defizite zu verzeichnen hat oder – was noch wahrscheinlicher ist – dass sich der Grund für das Chaos in der Praxis der Kenntnis des Zahnarztes entzieht, etwa weil dieser sich in erster Linie als Fachmediziner und weniger als Praxischef versteht.

Perspektiven

Die Auswertung dieser Ergebnisse führt zu verschiedenen Schlussfolgerungen, die für das Coaching des Zahnarztes beziehungsweise der Zahnarztpraxis relevant sind:

■ Die Ziele der Zahnärzte fallen sehr heterogen aus: Von den drei meistgenannten Kategorien – hochwertige Zahnmedizin, Teammotivation und wirtschaftlicher Erfolg – hat keine einen herausragenden Spitzenplatz. Dies bedeutet, dass das Coaching des Zahnarztes einen universellen Ansatz anstelle einer isolierten Bereichsoptimierung verfolgen sollte.

■ Wirtschaftlicher Erfolg ist nicht alles, sondern entscheidend ist auch der Spaßfaktor: Vielen Zahnärzten sind die Zufriedenheit der Patienten, des Teams und die eigene Zufriedenheit – zum Beispiel durch die Realisierung einer hochwertigen Zahnmedizin – mindestens ebenso wichtig wie der wirtschaftliche Erfolg. Coaching des Zahnarztes bedeutet daher auch in hohem Maße Motivation.

■ Wenn auch die Kategorie „Praxisorganisation“ nur einen kleinen Teil der Antworten ausmacht, illustriert der hohe Anteil derer, die nur unspezifische Antworten geben, dass sich einige Zahnärzte aus der Praxisorganisation heraushalten, ohne diese in die Hand einer erfahrenen Mitarbeiterin zu geben. Auch hier liegt eine ganz zentrale Aufgabe des Zahnarzt- und Praxiscoachings.

Erfolg selbst definieren

Wie sehr die Ziele der Zahnärzte variieren, ist hier deutlich geworden. Und mit den Zielen variieren auch die individuellen Vorstellungen von Erfolg: Jeder ist frei, sich seine eigenen Ziele zu setzen. Und damit auch, die Richtung seines eigenen Erfolgs selbst zu bestimmen.

Stefan Seidel
Gau-Heppenheim Str. 24
55234 Eppelsheim
stefan.seidel_eppelsheim@gmx.de

Mögliche Folgen der Krise

Deflation, Inflation, Währungsreform

Die Preise und Zinsen sinken, die Aufträge für die Industrie leider ebenfalls. Was die Verbraucher freut, veranlasst manchen Experten, das Horrorszenario einer Deflation zu beschwören. Für das Ende der Krise prognostizieren sie eine hohe Inflation. Damit verunsichern sie die Anleger, denn Patentrezepte für eine sinnvolle Anlage unter diesen Bedingungen gibt es nicht.

Was ist richtig, und was ist falsch? So mancher Anleger, der sich vor allem über Zeitungen informiert, weiß nicht mehr, wie er sein Geld sicher anlegen soll. Ängstliche Menschen, die sich von der Panikmache und unseriösen Bücherschreibern beeinflussen lassen, spielen bereits mit dem Gedanken, Konten in der Schweiz und anderswo zu räumen, ihr Depot aufzulösen und das gan-

durchschreiten müssen, um wieder bessere Zeiten zu erleben. Wann wird diese Talsohle erreicht sein? Eine schlüssige Antwort darauf gibt zurzeit niemand.

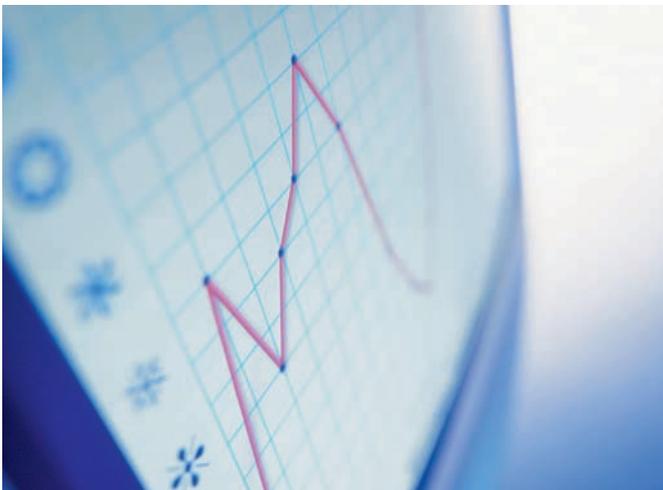
Tatsache ist, dass die Bundesregierung ihre Prognosen nach unten revidieren musste. Statt eines Rückgangs des Wirtschaftswachstums um 2,25 Prozent rechnet auch sie mit 6

Hielten sich die Verbraucher mit Anschaffungen zurück, weil sie auf weiter fallende Preise hoffen, hätte dieses Verhalten desaströse Folgen. Die Nachfrage würde sinken, die Unternehmen müssten Zugeständnisse bei den Preisen machen. Die Gewinne sänten ebenfalls, aber gleichzeitig müssten die Unternehmen die vereinbarten Tariflöhne weiterzahlen. Sie würden noch mehr Angestellte entlassen und so weiter: Ein Teufelskreis entstände, gegen den im Ernstfall die Zentralbanken und Regierungen nichts mehr ausrichten könnten.

Gegen eine Inflation steuern die Zentralbanken mit steigenden Zinsen an. Sie verteuern das Geld. Doch derzeit besteht in den USA kein und in Europa bei einem Leitzinssatz von 1,25 Prozent nur wenig Spielraum nach unten. Wie sich eine Deflation anfühlt, wenn der Staat keine Maßnahmen mehr ergreifen kann, wissen die Japaner aus ihren leidvollen Erfahrungen, die sie während der 90er-Jahre machen mussten.

Deflation statt Inflation

Wie groß ist die Gefahr, dass es wirklich zu einer ausgeprägten Deflation kommen wird? Einer der fünf Wirtschaftsweisen, Peter Bofinger, hält das Risiko einer Deflation in Deutschland für fünfmal höher als das einer Inflation. Auch der Chef des Münchner Ifo-Instituts, Hans-Werner Sinn, rechnet mit einem steigenden Deflationsdruck. Differenziert betrachtet Dr. Martin Hüfner, ehemaliger Chefvolkswirt der früheren Hypo-Vereinsbank, die Situation. Er sagt: „Wenn Güter und Dienste billiger werden, erhöht sich die Kaufkraft der Verbraucher. Sie können mit dem gleichen Einkommen mehr kaufen.“ Man nennt das eine „gute Deflation“. Kritisch wird es seiner Meinung nach erst, wenn die Konsumenten anfangen, sich mit Käufen zurückzuhalten, weil sie noch niedrigere Preise erwarten. Dann gewinnt die Deflation eine Eigendynamik. „Das ist dann die schlechte Deflation.“ Bisher sei aber von einer „schlechten Deflation“ nichts zu sehen. Wie Hüfner sieht auch Norbert Braems, Chefvolkswirt des Bankhauses Sal. Oppenheim, derzeit keinen Grund zur Aufregung: „Die Teuerungsrate müsste über einen viel



Berg- oder Talfahrt der Konjunktur, Deflation oder Inflation - der Anleger ist verunsichert, denn Patentrezepte für sinnvolle Geldanlagen gibt es nicht.

Foto: Photodisc

ze Vermögen in Gold zu investieren. Halt! Nicht das ganze Geld, ein Teil davon benötigen sie für die Anschaffung von Lebensmittelvorräten. Damit wollen sie gewappnet sein, wenn die von den Krisengurus prognostizierte Katastrophe der totalen Geldentwertung mit anschließender Währungsreform eintrifft.

Doch ist diese Prognose so utopisch? Schließlich warnen etliche renommierte Wirtschaftsexperten vor einer Deflation mit anschließender Inflation. Andere wiederum glauben, dass sich alles wieder von allein einrenkt und die Menschen nur die Talsohle

Prozent. Gleichzeitig steigt die Arbeitslosenquote und die Preise sinken. Kämpfte die EZB in 2008 noch mit einer Inflationsrate von 2,6 Prozent – so hoch wie seit 1994 nicht mehr, sorgt jetzt eine fallende Teuerungsrate für Misstrauen. Die Verbraucher freut es natürlich, wenn sie für ein halbes Pfund Butter nur noch 59 Cent zahlen und Benzin mit 1,20 Euro rund 23 Cent weniger kostet als noch vor einem Jahr. Doch viele machen sich Gedanken darüber, was passiert, wenn die Talfahrt anhält. Denn dort lauert die Deflation mit negativen Auswirkungen auf die Wirtschaft.



Auf der sicheren Seite sind derzeit Besitzer eines Eigenheims in guter Lage.

Foto: Creative Collection

längeren Zeitraum fallen, damit es zur Deflation kommt.“ Den derzeitigen Rückgang erklärt er zum einen mit der schwachen wirtschaftlichen Entwicklung und der daraus nachlassenden Nachfrage nach Rohstoffen. Außerdem werde die Inflationsrate derzeit noch immer von dem stark gefallen Ölpreis beeinflusst. Schließlich erreichte der im Sommer letzten Jahres seinen bisherigen Höchststand von 146 Dollar je Barrel. Der Absturz erfolgte im Herbst 2008. Derzeit liegt er bei etwa 50 Dollar. Schon aus

diesem Grund wird sich der Rückgang der Teuerungsrate ab August/September automatisch verlangsamen und einer Deflation entgegenwirken.

Die massive weltweite Verschuldung der Staaten und die damit einhergehende Geldvermehrung helfen zwar dabei, das Gespenst der Deflation zu vertreiben, aber stärken die Angst vor einer Inflation. In der Vergangenheit haben sich diese Maßnahmen als preistreibend erwiesen. Doch wie Hüfner ausführt: „Preise steigen immer nur, wenn die Nachfrage größer als das Angebot ist. Inflation gibt es daher erst, wenn die Rezession vorbei ist und die Konjunktur wieder anspringt.“ Doch selbst eine beginnende Erholung der Wirtschaft löst noch keine Inflation aus. „Die Unternehmen müssen zunächst die brachliegenden Kapazitäten nutzen, bevor sie die Preise erhöhen“, führt Hüfner aus. Deshalb rechnet er frühestens 2010 mit einer steigenden Inflationsrate. Sein Kollege aus Köln, Norbert Braems, erwartet frühestens 2013/2014 eine Inflation. Selbst wenn es ab Mitte des Jahres wieder zu steigenden Preisen kommt, bedeutet dies noch keine Gefahr. Denn die Europäische Zentralbank (EZB) definiert Stabilität mit einem Anstieg der Preise von bis zu zwei Prozent.

zm-Info

Verwechslungsgefahr

Die Experten der Bank Sarasin in Basel weisen auf Ereignisse hin, die häufig mit einer Währungsreform verwechselt werden:

■ Staatsbankrott

Eine Währungsreform berührt die reale Höhe der Staatsschulden an sich nicht. Würden zum Beispiel in den USA 100 alte für einen neuen Dollar umgetauscht, wird die nominale Höhe der Staatsschulden zwar um den Faktor Hundert reduziert, der reale Wert bleibt jedoch unberührt. Andersherum ziehen ein Staatsbankrott und die Reduktion der Schuldensumme nicht zwangsläufig eine Währungsumstellung nach sich.

■ Wechselkursabwertung

Eine Abwertung des Dollars reduziert lediglich

den Wert amerikanischer Waren und Schulden gemessen in ausländischen Währungen. Für die USA selber bleibt sie jedoch ohne Konsequenz. Die Schulden der USA sind in Dollar denominiert und müssen in dieser Währung auch zurückbezahlt werden.

■ Inflation

Die Inflation (Deflation) ist ein schleichender Prozess und nicht abrupt, wie die Währungsreform. Eine Inflation (Deflation) wertet das Bargeld gegenüber einem Güterwarenkorb ab (auf), so dass sich die Schulden real reduzieren (erhöhen). Diese Ereignisse können Währungsreformen begleiten, auslösen oder folgen, jedoch nicht zwangsläufig.

Problematisch wird die Situation, wenn es den Zentralbanken nicht gelingt, die ausgegebenen Geldmengen zum richtigen Zeitpunkt wieder abzuziehen und die Zinsen zu erhöhen. Zieht die private Nachfrage an, muss die öffentliche Nachfrage sofort eingedämmt werden. Geschieht das nicht, kann es zu einer Hyperinflation kommen, wie die Deutschen es 1923 erlebt haben. So mancher Finanz- und Wirtschaftsminister hält eine steigende Inflation für ein gutes Zeichen, da sie die Staaten automatisch entschuldet. Doch dürften Steinbrück und Co. um die

die Gefahr einer Währungsreform heraufziehen und schüren so die Urängste der Deutschen.

In Erinnerung ist ihnen noch die Umstellung von der Mark auf den Euro. Sie verursachte keine wirklichen Einbußen, außer, dass mancher Wirt bei der Gestaltung seiner Speisekarte die Preisangaben beließ und nur das DM-Zeichen gegen das Euro-Zeichen austauschte. Schmerzlicher erlebten die Bürger in den neuen Bundesländern die Einführung der D-Mark. Guthaben auf den Bankkonten wurden nicht 1 : 1, sondern mit

barer Zustand. Es musste eine Rückkehr zur Geldwirtschaft geben, mithilfe einer Währungsreform. Als es 1923 zur ersten großen Währungsreform kam, kostete ein Dollar 4,2 Billionen Mark. Grund für die Hyperinflation waren die enormen Staatsschulden Deutschlands, die sich aufgrund des Ersten Weltkriegs aufgetürmt hatten. Dazu kamen Reparationszahlungen. Die Bevölkerung konnte sich für Geld nichts mehr kaufen, weil es einfach nichts gab. Stattdessen musste sie vom privaten Vermögen einen Stützungsfonds finanzieren.

Eine Währungsreform wird notwendig, wenn die Funktionen des Geldes als Tauschmittel und Rechnungseinheit zum Erliegen kommen. Und dafür gibt es nach Einschätzung der Sarasin-Analysten keinerlei Hinweise. Im Gegenteil: Die derzeitigen Deflationstendenzen führen eher zu einer Aufwertung des Geldes.

In Geld würde auch Chefvolkswirt Norbert Braems investieren, wenn die Zeichen auf Deflation stünden. Zeigen sich Inflationstendenzen, sind Sachwerte gefragt. Wann der Umschwung kommt, kann niemand genau sagen. Das bedeutet für die Anleger, dass sie die wirtschaftliche Entwicklung derzeit im Auge behalten müssen, um rechtzeitig reagieren zu können. Grundsätzlich gilt auch in unsicheren Zeiten wie jetzt die eiserne Anlageregeln: nicht alles auf eine Karte setzen. Die Faustformel lautet: Ein Drittel bleibt als Bargeld auf dem Tagesgeldkonto, ein Drittel in Aktien und Anleihen und ein Drittel in Sachwerten, wie Gold und Immobilien.

Deflationsgläubige setzen nicht auf Aktien. Denn die Unternehmen würden unter einer sinkenden Geldentwertung leiden. Anleihen wären eine Alternative. Gut verzinstes Papier gewinnen relativ an Wert, weil die Kaufkraft steigt. Doch wer sich zum Beispiel auf lange laufende Staatsanleihen konzentriert, wird bei einer Inflation das Nachsehen haben. Die 2,3 Prozent Rendite fallen der Geldentwertung zum Opfer. Bleiben noch Unternehmensanleihen. Sie bringen zurzeit Renditen von bis zu sechs Prozent. Wer sich dafür entscheidet, muss unbedingt auf allerbeste Bonität achten – immer in dem Bewusstsein, dass er als Kreditgeber fungiert. Denn geht die Firma pleite, verliert der Anle-



Ein kleinerer Teil des Vermögens sollte in Gold investiert werden.

Foto: Creative Collection

Gefahren wissen. Darauf setzt jedenfalls Chefvolkswirt Norbert Braems: „Die Akteure, die in Europa und den USA das Sagen haben, sind alle gegen Inflation eingestellt. Es sollte mich sehr wundern, wenn sie die Inflation schüren, um den Staat zu entschulden.“ Die pessimistische Haltung, die viele seiner Kollegen zeigen, kann er nicht teilen: „Wir stehen doch nicht im Stau auf der Autobahn und rechnen damit, dass in 150 Kilometern Entfernung eine Radarfalle steht.“ Reagieren Staaten und Zentralbanken zu spät, rechnet er mit einer Inflation von drei bis fünf Prozent. Er kann sich auch vorstellen, dass das überschüssige Geld für eine neue Blase sorgen wird, zum Beispiel dass die Investoren Afrika entdecken und pushen. Sein Rezept gegen eine Inflation: Steuern erhöhen und sparen.

Den Pessimisten unter den Wirtschaftsgurus aber reicht die Aussicht auf eine sich aufbauende Inflation noch nicht. Sie sehen bereits

einem Umrechnungskurs von 1 : 2 umgerechnet. Der Grund dafür lag in der Planwirtschaft. Es hatte sich ein massiver Geldüberhang gebildet. Denn die Menschen wollten ihr Geld ausgeben, doch es gab keine Ware. Eine Studie des schweizerischen Bankhauses Sarasin, die sich mit diesem Thema befasst, kommt zu dem Schluss, dass diese Maßnahme zwingend notwendig gewesen ist, um das mit den riesigen Geldreserven verbundene Inflationsrisiko zu dämpfen.

Währungsreform 1948

Große Bargeldreserven bei der deutschen Bevölkerung, die sich dafür aber nichts kaufen konnte, waren wohl auch der eigentliche Grund für die Währungsreform von 1948. Die Reichsmark verlor ihre Funktion als Währung. Amerikanische Zigaretten übernahmen diese Aufgaben – ein unhalt-

ger sein eingesetztes Kapital. Zur Sicherheit verteilen sie das Geld auf mehrere Anleihen. Eine Möglichkeit, sowohl bei einer Deflation als auch bei einer Inflation Chancen zu wahren, bieten Wandelanleihen. Sie bringen weniger Zinsen als Unternehmensanleihen. Der Witz dabei ist: Der Käufer kann sich am Ende der Laufzeit aussuchen, ob er die Anleihe normal zurückgezahlt haben möchte oder ob er stattdessen die Aktie wählt. Ist deren Kurs während der Laufzeit gestiegen, kann er das Papier sofort verkaufen und den zusätzlichen Gewinn einstreichen. Auf diese Weise richtet auch die Inflation keinen Schaden an. Und die Anleihe schützt vor Börsengewitter. Allerdings eignet sich die Investition in Wandelanleihen eher für fortgeschrittene Anleger. Denn sie setzt genauere Kenntnisse über das komplizierte Papier voraus. Niemand sollte sich für ein Produkt entscheiden, das er nicht genau verstanden hat. Das gilt auch für die inflationsgeschützten Anleihen. Sie schüt-

zen vor der Geldentwertung, weil der Kupon parallel zur Teuerungsrate steigt. Bei der 2016 fälligen Bundesanleihe tritt dieser Fall ein, wenn die Inflationsrate um mehr als 1,5 Prozent ansteigt. Allerdings sind die Voraussetzungen für diese Anlage noch nicht gegeben.

Investition in Gold

Ein kleinerer Teil des Vermögens kann in Gold investiert werden. Die meisten Vermögensverwalter raten zu einem Anteil von etwa zehn Prozent. Gold ist teuer, doch sollte es zu einer starken Inflation kommen, dürfte der Kurs noch weiter steigen. Wer das gelbe Metall gern sicher in seinem Safe verwahrt wissen will, entscheidet sich für kostengünstige Barren. Je kleiner sie ausfallen, desto höher schlägt das Aufgeld zu Buche. Eine Alternative dazu ist der Kauf von Gold ETC (Exchange Traded Commodities). Sie orien-

tieren sich am Goldpreis und sind meistens mit physischem Gold hinterlegt, das sich der Kunde gegen eine Gebühr liefern lassen kann. Zu den Sachwerten zählen Investoren auch Aktien. Deshalb kann ein Teil des Geldes auch in Anteilsscheine wandern. Wie viel das sein sollte, hängt von der Risikobereitschaft des Anlegers ab. Er muss aber mit weiteren Verlusten rechnen, wenn die Konjunktur weiterhin schlecht bleibt. Deshalb dürfen es nur Papiere von grundsoliden und derzeit unterbewerteten Unternehmen sein.

Ruhig schlafen können derzeit die glücklichen Besitzer eines Eigenheims in guter bis sehr guter Lage. Der Wert solcher Immobilien wird eher steigen als fallen. Die Inflation wirkt sich nicht negativ aus und vor allem können seine Bewohner die gehobene Lebensqualität in den Zeiten der Krise genießen.

*Marlene Endruweit
m.endruweit@netcologne.de*

Zwischen Tatsachen und Wertungen in der Zahnmedizin

Meinung oder Fakt

In der täglichen Auseinandersetzung mit Behandlern, Verbänden, Kostenträgern, Patienten und Medizinprodukte-Herstellern fallen immer wieder Äußerungen, die die Frage aufwerfen, ob es sich hierbei um eine individuelle Meinungsäußerung oder um eine objektivierbare Tatsachenbehauptung handelt. Das Recht knüpft an diese Unterscheidung völlig unterschiedliche Rechtsfolgen.

Individuelle Wertungen und Meinungen sind stets bis hin zur Grenze der Schmähkritik zulässig, unwahre Tatsachenbehauptungen hingegen sind zu unterlassen und verpflichtet zu Schadensersatz oder zum Widerruf. Die Abgrenzung beider Bereiche ist im vorliegenden Kontext noch dadurch besonders erschwert, dass Medizin keine Naturwissenschaft ist und ohnehin durch Diagnosespielräume und Therapiefreiheit

Äußerung des Behandlers

Ein Kopfschütteln oder ein einsilbiger Kommentar über das Behandlungsergebnis des vorbehandelnden Kollegen, wird patientenseits oft als definitive Bestätigung eines längst vermuteten Behandlungsfehlers eingestuft. Zwar ist eine ärztliche Diagnose in der Regel als bloße Wertung zu verstehen und nicht als Tatsachenbehauptung

mit den Mitteln des Beweises zugänglich sind. Der Bereich ärztlicher Diagnostik ist hingegen geprägt von der Begrenztheit menschlicher Erkenntnis, von der Wandelbarkeit des angetroffenen Befundes und von der Vorläufigkeit ärztlicher Therapieansätze. Dieses Primat der Meinungsäußerung gegenüber der Tatsachenbehauptung bewirkt einen Schutz der ärztlichen Therapiefreiheit und des Arzt-Patientenverhältnisses.

Ein eventuelles Kopfschütteln oder auch eine Verbalisierung der Überzeugung, dass der Vorbehandler mangelhaft gearbeitet hat, wird diesem keine Unterlassungs- oder Widerrufsansprüche geben, selbst wenn eine fehlerhafte Behandlung später gutachterlich in einem Prüfungsverfahren verneint wird.

Äußerungen des Sachverständigen

Scheinbar wie selbstverständlich wird das Primat der Meinungsäußerung auf das Votum des gerichtlich bestellten Sachverständigen übertragen, offenbar aus der Erwägung heraus, dass die gutachterliche Beurteilung einer Diagnose oder einer Therapie deren Einordnung als Wertung teilen müsse, da auch insofern anhand von Behandlungsunterlagen und bildgebender Diagnostik der Patientenbefund zu beurteilen sei.

Dagegen spricht freilich, dass das Gutachter-Votum auf dem Privileg einer ex-post-Beurteilung beruht und die Fragestellung des Gerichtes regelmäßig auf eine Richtigkeitskontrolle des Behandlungsgeschehens hinausläuft, die der Sachverständige kraft seiner Sachkunde und seines Amtes treffen soll. Dennoch begrift die Rechtsprechung das Gutachtervotum regelmäßig als Meinungsäußerung. Das spiegelt sich auch darin wider, dass die Fälle bejahter Sachverständigenhaftung im medizinischen Bereich überaus selten sind.

Nur dann, wenn methodisch greifbar falsch oder unter Inanspruchnahme nur vorgetäuschten Sachverständigen begutachtet wird, wird das Gutachten insgesamt „infiziert“ und in eine – dann falsche – Tatsachenbehauptung umqualifiziert.



Das Gespräch mit dem Patienten ist wichtig. Dreht es sich dabei allerdings um die Leistung eines Vorbehandlers und fließen dazu kritische Töne dazu ein, kann das leicht zu Missverständnissen und damit zu unangenehmen Folgen führen.

Foto: Corbis

geprägt ist. Zuweilen entsteht der Eindruck, dass eine Äußerung alleine deshalb das Gewicht einer Tatsachenbehauptung erlangt, weil sie von einem Vertreter eines Verbandes oder einer wissenschaftlichen Gesellschaft geäußert wird oder umgekehrt versucht wird, eine objektiv falsche Tatsachenbehauptung als bloß individuelle Wertung darzustellen, zu der man aufgrund des Rechtes auf freie Meinungsäußerung und der Freiheit der Wissenschaft berechtigt sei.

tung, weil eine Diagnose im Wege differenzialdiagnostischen Erkenntnisfortschritts gerade darauf angelegt ist, bestätigt oder widerlegt zu werden. Doch selbst, wenn die Diagnose abgesichert und bestätigt ist, ist die sie betreffende Äußerung nicht als Tatsachenbehauptung zu qualifizieren.

Darunter sind zwar grundsätzlich alle inneren und äußeren Sachverhalte zu verstehen, die einer Überprüfung auf ihre Richtigkeit

Eine Unterlassung oder Berichtigung der Äußerungen eines gerichtlich bestellten Sachverständigen kann fast nie beansprucht werden.

Der Beratungsarzt eines Kostenträgers

Im Wissen um das Primat der Meinungsäußerung neigen Berater der Kostenträger zu durchaus deutlichen Worten und krassen Leistungsablehnungen, wenn sie die Behandlungsplanungen ihrer Kollegen kommentieren.

So scheint die Äußerung eines Beratungszahnarztes einer Privaten Krankenversicherung, wonach eine konkrete implantologische Behandlungsplanung nicht geeignet sei, einen bestimmten, klar definierten Therapieerfolg herbeizuführen, eindeutig eine Tatsachenbehauptung darzustellen – zumal sich im Falle der Durchführung der Behandlung beweisen ließe, ob das im Heil- und Kostenplan formulierte Behandlungsziel erreicht werden konnte oder nicht. Dennoch wurde auch diese Äußerung von der Rechtsprechung als bloße Wertung angesehen, die im Rahmen der freien Meinungsäußerung geschützt ist.

Besonders vehement setzen sich die zahnimplantologischen Behandler gegen Kritik aus den Reihen der Beratungszahnärzte der Privaten Krankenversicherungen zur Wehr. Bisher meist ohne Erfolg: Wenn die Versicherung dem Patienten beziehungsweise Versicherungsnehmer mitteilt, die zahnärztliche Abrechnung enthalte Abrechnungsfehler, so ist dies eine bloße Wertung und berechtigt noch nicht ein Unterlassungsbegehren. Denn die Versicherung verfolgt hier berechnete eigene und Patientenbelange, die auch einen Eingriff in den Gewerbebetrieb des Zahnarztes rechtfertigen können.

Auch die Äußerung der Versicherung, dass eine konkrete Behandlungsplanung unter Verwendung eines neueren Medizinproduktes nicht indiziert sei, soll als zulässige Meinungsäußerung des Beratungszahnarztes zu verstehen und damit zulässig sein.

Publikationen in Fachtiteln

Der wissenschaftliche Fortschritt beruht auf dem Aufwerfen von Thesen und dem Ausprobieren neuer Behandlungsansätze.

Das Irrtumsprivileg des Wissenschaftlers erfordert auch die Freiheit, hierüber publizieren zu dürfen. Auf die Freiheit der wissenschaftlichen Publikation kann sich freilich nur derjenige berufen, der selbst einen wis-



Foto: Corbis

Deshalb ist es wichtig, zu verinnerlichen, dass eine Meinungsäußerung noch keine Tatsachen schafft. Die Unterscheidung liegt im Detail.

senschaftlichen Ansatz wählt und eine entsprechende Methodik eingehalten hat.

Folgende Äußerungen wurden als Tatsachenbehauptungen qualifiziert, die sich nach sachverständiger Begutachtung als falsch erwiesen haben: Die Verwendung eines bestimmten Zahnimplantates sei nachweisbar riskant und im Falle eines Implantatverlustes träten erhebliche Schäden am Lagergewebe ein. Durch Verwendung ungeschützter Kreissägen bestehe ein hohes Verletzungsrisiko bei der Insertion. Durch den lateralen Zugang ergäbe sich eine unnötige Traumatisierung des Gewebes. Die genaue Platzierung dieser Implantate könne nicht durch präzise Schablonen unterstützt werden. Hier wurde ausnahmsweise einmal die Tatsachenqualität der zahnärztlichen Äußerungen und wegen

ihrer nachgewiesenen Unrichtigkeit die Verpflichtung zur Unterlassung ausgesprochen.

Äußerungen des Patienten über den (Vor-)Behandler

Der weitreichende Meinungsschutz wird auch dem Patienten zuteil, der sich über vermeintliche Pflichtstöße bei der Kammer beschwert.

Erst wenn Vorwürfe über eine unzureichende oder fehlerhafte Behandlung erhoben werden, um deren Unrichtigkeit der Patient weiß oder deren Unrichtigkeit schon für den Laien erkennbar auf der Hand liegt, sind derartige Äußerungen zu unterlassen.

Wenn diese Schwelle noch nicht überschritten ist, sich die Unrichtigkeit der Äußerungen aber sodann herausstellt, soll dem Arzt ein Anspruch auf die Erklärung zustehen, dass die Äußerungen zumindest künftig nicht weiter aufrechterhalten werden. Angesichts des typischen Sachkundedefizites des Patienten und der zunächst einmal fehlenden Waffengleichheit hat es der Behandler zunächst einmal hinzunehmen, wenn der Patient gegenüber der Kammer falsche Tatsachenbehauptungen, zum Beispiel über die Folgen einer bestimmten Behandlung, aufstellt.

Unzulässige Schmähkritik

Die Freiheit der Meinungsäußerung wird erst dann begrenzt, wenn die Schwelle zur Schmähkritik überschritten ist. Dies ist dann der Fall, wenn nicht die Auseinandersetzung über die Sache im Mittelpunkt steht, sondern die Herabsetzung der Person des Gegners, dieser zum Beispiel als Intrigant, Betrüger oder Lügner und als nicht anständige und vertrauenswürdige Personen bezeichnet wird.

*Michael Zach, Rechtsanwalt
Kanzlei für Medizinrecht
Volksgartenstraße 222a
41065 Mönchengladbach
info@rechtsanwalt-zach.de*

Ambient Assisted Living

Selbstständig durchs Alter

Im Jahr 2035 wird Deutschland eine der ältesten Bevölkerungen der Welt haben. Mehr als jeder zweite Mensch wird dann 50 Jahre und älter sein, jeder dritte jenseits der 60. Neue Technologien aus dem Bereich Ambient Assisted Living sollen den Alten der Zukunft helfen, den Alltag auch im letzten Lebensabschnitt selbstständig zu meistern.

„Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“ – so übersetzt die Initiative Ambient Assisted Living (AAL) Deutschland ihren Arbeitsbereich. Eine prägnantere Bezeichnung wäre „computergestütztes Altern“. Gefördert wird das Projekte zur „ambient intelligence“

Richtung überalterte Gesellschaft in Zukunft mehr Einzelhaushalte und Pflegebedürftige geben wird. Einsatzbereiche für AAL sind neben Haushalt und Versorgung, Sicherheit und Privatsphäre, Kommunikation und sozialem Umfeld deshalb vor allem Gesundheit und Pflege.



Die Technik sorgt für mehr Sicherheit in den eigenen vier Wänden. Profitieren sollen davon vor allem multimorbide Patienten.

vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Bundesministerin Annette Schavan: „Ausgehend von unseren zentralen Lebensräumen – der Wohnung oder dem Haus – brauchen wir technische Systeme, die ältere Menschen im Alltag unterstützen. Das können medizinische Geräte sein, die selber bedient werden oder moderne Kommunikationssysteme, die den Austausch mit dem Umfeld erleichtern.“

Solche Innovationen machen Sinn, weil sie ein Altern in Würde ermöglichen – sie sind aber auch wirtschaftlich notwendig, weil es durch den soziodemografischen Wandel in

Sensoren und Roboter

Bei AAL-Anwendungen im Gesundheitsbereich geht es darum, eine intelligente Umgebung zu schaffen, die den Bewohnern mehr Sicherheit in den eigenen vier Wänden bringt. Vor allem multimorbide Menschen würden davon profitieren. Das kann zum Beispiel durch Sensoren wie Bewegungsmelder, Druckfühler in der Matratze oder Armbänder, die Puls, Hautfeuchte und Körpertemperatur messen, geschehen. Denkbar sind außerdem Sensoren, die Kühlschrank und Herd überwachen, und Auf-

zm-Links

Infos zu AAL

- Ambient Assisted Living (AAL) Deutschland
www.aal-deutschland.de
- Fraunhofer-Institut für Experimentelles Software Engineering (IESE)
www.iese.fraunhofer.de
- Ambient Assisted Living (AAL) Joint Programme
www.aal-europe.eu

schluss über das Essverhalten geben. Weicht die Person von ihrem Normalverhalten ab – etwa, indem sie später als gewohnt aufsteht – wird bei den Betreuern ein Alarm bei Verwandten, Nachbarn oder einem Pflegedienst ausgelöst. Ihre Aufgabe: nachforschen und im Notfall Hilfe holen. Neben dem Telemonitoring sind laut Schavan auch Roboter denkbar, die die Senioren zu Hause bei täglichen Arbeiten wie Blumen gießen und Wäsche aufhängen unterstützen oder ihnen Wege ersparen, indem sie ihnen Gegenstände bringen – solche Szenarien kennt man bisher nur aus Science Fiction-Filmen. Engagement, um die Filmvision in die Realität umzusetzen, lohnt sich, folgt man den Schätzungen der Unternehmensberater von „Frost & Sullivan“. Sie erwarten für den europäischen Markt für Telemedizinprodukte bis zum Jahr 2011 ein Wachstum von durchschnittlich 42 Prozent pro Jahr. Auch Sparpotenzial steckt ihrer Meinung nach im Bereich AAL. Für den weltweit größten Markt für häusliche Pflege und Gesundheit, die USA, haben sie ausgerechnet, dass die Betreuung eines Alzheimerpatienten zu Hause nur 20 000 Dollar pro Jahr kostet – im Heim fielen dafür 64 000 Dollar an.

Die Möglichkeiten von AAL sind verlockend. Theoretisch kann jeder elektronische Gegenstand mithilfe drahtloser Kommunikationstechnik vernetzt werden und sich selbstständig und situationsgerecht auf den Benutzer einstellen. Interesse an Innovationen dieser Art ist bei den Älteren vorhanden. Eine Studie der Technischen Universität Kai-



Fotos: PD

Telebetreuung ist im Kommen. Höchste Priorität hat auch hier der Datenschutz.

serslautern aus dem Jahr 2007 hat ergeben, dass die Nutzungsbereitschaft für das computergestützte Leben hoch ist: Automatische Alarmsignale würden zwei Drittel der Befragten einsetzen, über die Hälfte wäre bereit, Sturzarmbänder oder intelligente Kleidung, die in gesundheitlichen Notfällen Hilfe ruft, zu tragen. Doch es gibt auch Gefahrenpunkte, die bei der Nutzung von AAL-Anwendungen zu bedenken sind. So erhebt und speichert die intelligente Umgebung ständig Daten über den Alltag der Nutzer. Für diese sensiblen Informationen muss ein angemessener Datenschutz gewährleistet werden.

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

zm-Info

Für den Terminkalender

Der 3. Deutsche AAL-Kongress findet am 26. und 27. Januar 2010 in Berlin statt. Im Programm: Workshops, Präsentationen und Vorträge für Entwickler, Hersteller, Dienstleister, Betreiber sowie Anwender.

■ www.aal-kongress.de

Gesundheitswesen und Zahnmedizin in China

Impressionen aus dem Reich der Mitte

China ist ein Land der Gegensätze. Das gilt auch für das Gesundheitswesen im Reich der Mitte. Die deutsche Zahnärztin Dr. Angelika Heel aus der Vorderpfalz praktizierte und lebte 13 Monate in der Großstadt Nanjing. Für die zm hat sie vor Ort recherchiert und fasst nun Fakten und Erfahrungen aus der chinesischen Zahnmedizin in einem Bericht zusammen – mit interessanten Einblicken in das Versorgungssystem.

China, ein wachsendes Land mit derzeit rund 1,3 Milliarden Einwohnern, ist ein Land der Gegensätze. Fast jeder hat ein Handy, aber es gibt Menschen, die sich nur einmal im Jahr zum Essen Fleisch leisten können. Die Welt erlebte grandiose Olympische Spiele, jedoch die Armut wurde aus den Städten gesperrt.

Es ist schwer, offizielle Zahlen und Angaben aus China zu bekommen. Beispielhaft sei hier eine Stadt mittlerer Größe mit 6,8 Millionen Einwohnern herausgegriffen: Nanjing in der Provinz Jiangsu (81 Millionen Einwohner) liegt 300 Kilometer westlich von Shanghai am Jangtze Fluss in der Volksrepublik China. Die Stadt Nanjing (heißt übersetzt: Süd-Hauptstadt) war vor Beijing (Nord-Hauptstadt) die Hauptstadt Chinas. Sie wird in Deutschland und anderen Ländern mittlerweile in einem Atemzug mit großen international tätigen Firmen wie Siemens, BASF, Bosch, Fiat oder Nokia genannt. Es leben rund 2000 bis 3000 westliche Ausländer dort. Die Einwohnerzahl steigt mit großer Geschwindigkeit, so waren es 2006 noch fünf Millionen Einwohner. Die Menschen leben in Wohnungen, Häusern oder auf der Straße, sehr eng und dicht gedrängt. Jeder möchte Geld machen, und wer es sich leisten kann, kauft sich westliche Güter, Markenartikel und Konsumgüter.

Westliche Medizin und TCM

In China gibt es mittlerweile zwei verschiedene medizinische Fachrichtungen, die an den Universitäten belegt werden können. Studiert man die „Western Medicine“, ist das die bei uns sogenannte Schulmedizin. Studiert man die ganzheitlich orientierte „traditional chinese medicine (TCM)“, so

muss man auf jeden Fall beides lernen: die Schulmedizin sowie die alten empirischen Traditionen der chinesischen Medizin. Das Doppelstudium besteht seit etwa fünf Jahren und sei aus Gründen des Patientenschutzes eingeführt worden, erklären Professoren der TCM-Universität in Nanjing. Die TCM besteht in der Regel aus sieben Unterfächern. Als TCM-Arzt wählt man später eine Fachrichtung aus und spezialisiert sich auf diesem Gebiet (quasi als Facharzt). Dazu gehören Akupunktur und Moxibustion, Tuina (die Lehre der manipulativen Techniken nach Meridiansystem, Facharzttrichtung Orthopädie, mit spezieller Form der Kindertui-



Eine gynäkologische TCM-Klinik in Nanjing



Rezeption in der TCM-Klinik zur Abgabe diverser Proben



Patienten warten auf ihre Behandlung in einer neuen TCM-Klinik in Nanjing.

na für Kinderärzte) oder Kräuter-Pharmakologie (mit Untergruppierungen unter anderem in Gynäkologie und innerer Medizin).

Kräuterapotheke

Betritt man eine TCM-Klinik, so ist das am Geruch erkennbar. Es riecht streng nach Kräutern und sonstigen Zutaten. Auch humane Plazenta wird verordnet. In der Kräuterapotheke stellen Apotheker die Tagesmischungen der Patienten nach Rezept individuell zusammen. Die Medikamente der „Western Medicine“ gibt es – geruchsfrei – oft in einer Apotheke daneben.

Die Chinesen vertrauen der westlichen Medizin sehr und gehen mittlerweile lieber zu einem Arzt dieser Fachrichtung als zu den TCM-Kliniken. Auch in China haben die Patienten Angst vor Nadeln, wie Prof. Zha Wei von der TCM-Universität Nanjing erklärt. Das Behandlungsspektrum verändert sich allmählich: Westlich orientierte, kosmetische Operationen (wie etwa Augenlid-OPs, um ein westliches Aussehen zu bekommen) werden immer beliebter.

Schmalspur-Ausbildung der Zahnärzte

Die Ausbildung von Zahnärzten ist sehr schmalspurig. Man „lernt“ Zahnarzt und hat mit dem restlichen medizinischen Studium nicht viel zu tun. Die Lehrweise im Frontalunterricht ist nur für die Vermittlung von bereits existierendem Wissen geeignet, Fakten werden nicht hinterfragt und Transferwissen ist nicht üblich.

Die Zahnärzte durchlaufen verschiedene Stadien nach Ihrem Abschluss. Sie müssen zu-

nächst unter Aufsicht behandeln und dürfen nicht alle Therapien durchführen. Nach mehreren Prüfungen wird das Spektrum der Zahnheilkunde breiter. Viele Zahnärzte, vor allem Frauen, machen diese weiteren Prüfungen jedoch nicht und arbeiten dann als untergeordneter Zahnarzt oder als Zahnarzt-helferin in Privatpraxen. Zahntechnische Fähigkeiten, wie sie beispielsweise in Deutschland üblich sind, werden nicht vermittelt.

Da der chinesische Zahnarzt normalerweise nur chinesische Zahnmedizin und nicht noch TCM studiert hat, ist es ihm nicht erlaubt, Akupunktur oder Ähnliches bei den Patienten anzuwenden. Zahnärztliche Hypnose wird kritisch beäugt.

Kaum Bewusstsein für Zahngesundheit

Der Chinese weist – wie bei Asiaten öfters der Fall – tendenziell einen verkleinerten Kiefer bei normaler bis großer Zahngröße

Schlange stehen für die Ausgabe von TCM-Kräutern



auf, wodurch Platzmangel mit all seinen Folgen (Parodontalkrankheiten, Karies, Zahnfehlstellungen) ein typisches Problem darstellt. Nach Angaben von Dr. Sam Li von der Union Dental Clinic in Nanjing sind rund 20 Prozent der Gesamtbevölkerung des Landes kariesfrei. 80 Prozent hätten Karies, 90 Prozent Parodontalerkrankungen und 80 Prozent andere Munderkrankungen.

Generell zeige sich ein Mangel an Bewusstsein für Zahngesundheit in der gesamten Volksrepublik China, erklären chinesische Zahnärzte aus Nanjing. Die meisten Menschen gingen weder zur Vorsorge, noch nahmen sie aufwendige Behandlungen wahr.

Kinderzahnheilkunde ist in China gänzlich unbekannt. Auch hier ist es noch ein sehr langer Weg, bis es zu einer flächendeckenden Versorgung mit Prophylaxe, Kinderkronen (diese sind in China erhältlich) oder Füllungen kommt. Zu diesem Ergebnis kommen auch Studien der IAPD (International Association of Pediatric Dentistry). In der ganzen Jiangsu-Provinz mit über 81 Millionen Einwohnern gab es 2006 keine PAR-Behandlung und keine Behandlung mit Kofferdam, obwohl dieser durchaus zu erhalten ist.

Im „Land der Mitte“ („zhong guo“, chinesischer Begriff für China), wo das Essen eine zentrale Rolle einnimmt, muss auch eine Zahnpaste „schmecken“. Daher bieten die Hersteller verschiedene Geschmacksrichtungen an, die teilweise für westliche Gaumen eher gewöhnungsbedürftig sein dürften.

Öffentliches Gesundheitssystem

In der Versorgung der chinesischen Bevölkerung dominiert das öffentliche Gesundheitssystem. Möchte ein Chinese Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung werden – das betrifft 99 Prozent – zahlt er zunächst 1 000 RMB (Die Volkswährung Renminbi RMB wird international CNY abgekürzt. Ein Yuan entspricht zehn Jiao, das entspricht 100 Fen. Rund 10 RMB entsprechen einem Euro, die Kaufkraft innerhalb Chinas entspricht 10 Euro). Danach zahlt der Patient für Behandlungen nur noch 15 Prozent. Den Rest von 85 Prozent zahlt die chinesische Krankenversicherung, berichtet Dr. Sam Li aus Nanjing.

Der größte Teil der Chinesen (90 bis 95 Prozent) geht zur Zahnbehandlung in die öffentlichen Kliniken; nur etwa fünf bis zehn Prozent suchen den Privat-zahnarzt auf. In den öffentlichen Kliniken ist die Behandlung günstiger, jedoch vom Standard durchaus niedriger. Es gibt kein Terminvergabesystem, so dass Wartezeiten für Behandlungen durchaus Stunden bis Tage dauern können. Ein chirurgisch tätiger Zahnarzt in einer öffentlichen Klinik hat um die 100 Patienten pro Tag und arbeitet alleine ohne Stuhlassistenz. Die öffentlichen Zahnkliniken öffnen von acht bis zwölf Uhr und dann wieder von 14.30 bis 16.00 oder 17.00 Uhr. Danach hat fast jeder in der Stadt Feierabend.

Privatzahnklinik im Kommen

Aus einer neuen wirtschaftlichen Dynamik heraus entwickeln sich in China immer mehr Privat-Zahnarztpraxen, auch „Privatkliniken“ genannt. Die Behandlungsform der „four-handed-dentistry“ (Zahnarzt mit Assistenz) gibt es nur in den Privatkliniken. Man will hier den Patienten das Gefühl von Luxus und exzellenter Dienstleistung geben, was in China überaus wichtig ist. Service und das Patient-Behandler-Verhältnis sind erst in einer solchen Privatklinik vorhanden. Hier können auch Behandlungstermine gemacht werden. Die Kliniken werben ohne Einschränkungen



Ein Zahnarztstuhl in Xiangshan, Anhui-Provinz

mit Ihren Leistungen. So entrollen sich Riesenplakate an den neu gebauten Wolkenkratzern. Die Werbemöglichkeiten sind, wie mittlerweile in Deutschland, auf TV, auch in Taxis, auf Zeitungen und Magazine ausgedehnt. Die Öffnungszeiten sind kundenorientiert (zum Beispiel Montag bis Freitag 8.00 bis 20.30 Uhr und Samstag und Sonntag 9.30 bis 17.00 Uhr oder nach Vereinbarung.) Der Zahnarzt versteht sich hier als Dienstleister. Das Wartezimmer einer Privatklinik ist

Wunderschöne Parklandschaften, künstlich erschaffen, gibt es bei Xiangshan.



grundsätzlich mit Loungesofas und Glastischen ausgestattet und an der Rezeption sitzt eine Chinesin, die eventuell auch einen Satz Englisch spricht. Dienstleistung spiegelt sich auch in den ganzen Behandlungsabläufen der Privatkliniken wider. Das Behandlungsspektrum entspricht ungefähr dem einer deutschen Zahnarztpraxis. Jedoch sind die Kundenwünsche nicht immer unbedingt medizinisch notwendig. So würden Tausende der Chinesen ein Bleaching oder eine PZR zur Kosmetik (weiße Zähne) machen lassen. Prophylaxesitzungen mit Instruktionen und PAR-Behandlungen sind jedoch nicht gewünscht.

Die Gewinnspanne liegt bei 60 bis 80 Prozent. Personalkosten sind extrem klein, wobei die Kosten für Marketing beträchtlich sind.

Durch Praxiswerbung versuchen die chinesischen Kollegen auf die Zahngesundheit hinzuweisen. Die Dan-De Clinic in Nanjing beispielsweise betreibt eine mobile Zahnarztpraxis. In dem modernen umgebauten Wohnwagen, der sogar digitales Röntgen beherbergt, werden fünf Prozent der Patienten der Klinik behandelt. 95 Prozent gehen in vier weitere Filialen, in denen dann auch komplexere Behandlungen durchgeführt werden können. Der Van fährt die reichen Compounds (Wohngebiete) an und bietet Service vor Ort.

Nach Berichten zweier privater chinesischer Zahnarztpraxen in Nanjing sind die Preise in den Privatkliniken für die dortigen Verhältnisse sehr hoch und erreichen fast westliches Niveau. Jedoch variieren sie sehr zwischen den verschiedenen Privatkliniken: So kostet etwa eine Endbehandlung 1 000 RMB oder woanders 6000 RMB, eine NEM-verblendete Krone 1 300 RMB, eine keramikverblendete Edelmetallkrone 2 800 RMB, eine CAD-CAM-Krone 5 000 RMB, eine PAR-Behandlung pro Termin 500 RMB, ein Implantat 10 000 bis 25 000 RMB, eine KFO-Behandlung 20 000 RMB (Umrechnungskurs 10 RMB entsprechen etwa 1 Euro).

Die chinesischen Zahnärzte in Nanjing in privaten und öffentlichen Kliniken sind sehr wissbegierig, lernwillig und immer interessiert, westliche Zahnärzte in ihrer Klinik anzustellen, Know-how zu erwerben und dann alles selbst so zu machen. Die Kunst des Ko-



Fotos: Heel

Tempel in Xiangshan

pierens spielt in der chinesischen Mentalität – anders als bei uns – eine wichtige kulturelle Rolle. Leider hat dieses Bestreben, Wissen

und Können weiterzugeben, in der Markenindustrie bekanntlich mit den Raubkopien westlicher Produkte zu erheblichen Problemen geführt.

zm-Info

Chinas Ein-Kind-Politik

Die Bevölkerung Chinas wächst rasant. Und das trotz der Ein-Kind-Politik. Die Kinder folgen in riesigen Klassen mit 30 bis 50 Schülern einem Frontalunterricht. Sie schreiben viele Zugangs- und Endtests, um eine Qualifizierung für die Grundschule, die weiterführenden Schulen und Universitäten zu bekommen. Nur die Besten kommen weiter und verdienen Geld – was sie später auch brauchen. Ein Kind sorgt für mehrere Personen gleichzeitig: sich selbst, beide Eltern und zwei Großelternpaare. So entsteht ein riesiger Druck auf Chinas Kinder und Jugendliche, die mit ihrer Ausbildung die eigene sowie die spätere Versorgung ihrer Eltern und Großeltern sichern müssen und später die Ausbildung des eigenen Kindes wieder.

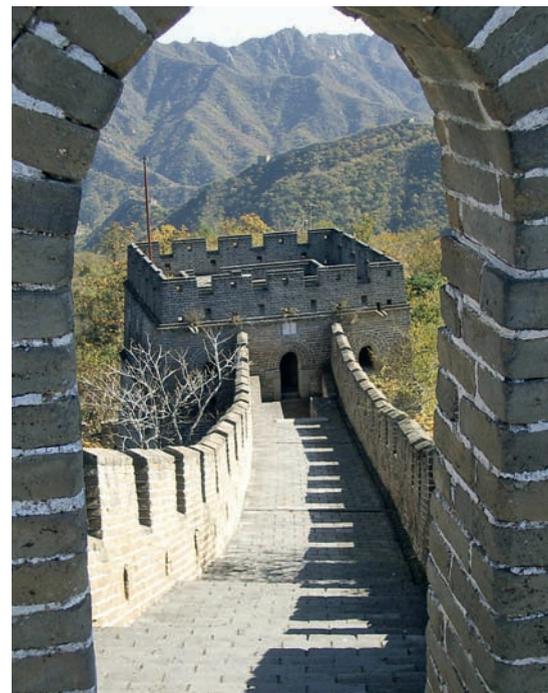
Zu rechnen ist damit, dass sich die Ein-Kind-Politik in Zukunft verändern wird, denn die Bevölkerungspyramide würde das nicht lange mitmachen. In China ist in der Regel nur ein Kind zugelassen. Wird dies nicht beachtet, werden für die Eltern Strafen verhängt (beispielsweise immens erhöhte Schulkosten, erhöhte

Kosten für Wohnungen, Schlechterstellung bei der Jobwahl und der Schulplatzvergabe).

Auf dem Land ist ein zweites Kind erlaubt, wenn das erste Kind ein Mädchen ist. Damit hat das chinesische Elternpaar noch eine letzte Chance auf einen Sohn. Ist das zweite Kind jedoch auch ein Mädchen, bleibt es offiziell dabei. Wie viele Eltern weitere Kinder illegal bekommen, ist nicht bekannt.

In der Stadt haben die Eltern nur ein Anrecht auf ein zweites Kind, wenn das erste gestorben oder behindert ist. Nach Berichten Nanjinger Bürger werden immer mehr Mädchen für behindert erklärt, damit die Eltern noch eine zweite Chance auf einen Sohn bekommen. Die Abtreibung in China ist kostenlos, die „Pille“ jedoch muss privat gezahlt werden und ist teuer. Besonders auf dem Land sollen Mädchen nach der Geburt umgebracht werden, um „kein“ Kind bekommen zu haben, so dass die Chance besteht, einen Sohn zu gebären. Denn nur der Sohn erhält den Stamm, den Namen, und ist das bevorzugte Kind. Viele Menschen in China sind nicht amtlich registriert, denn eine Ausweispflicht besteht nur, wenn man das Land verlassen will, auch um zu reisen. ah

Dr. Angelika Heel
Deidesheimer Str. 1
67127 Rödersheim-Gronau



Blick auf die Chinesische Mauer bei Beijing

Als deutsche Zahnärztin nach China

Zwischen Freude und Frust

Die Pfälzer Zahnärztin Dr. Angelika Heel praktizierte von 2006 bis 2007 in der Union Dental Clinic, einer privaten Zahnarztpraxis in Nanjing. Für die zm skizziert sie einige persönliche berufliche Erfahrungen, die für manchen deutschen Kollegen interessant sein mögen, der selbst eine Berufstätigkeit in China in Erwägung zieht. Ihr Fazit: Man braucht viel Eigeninitiative, eine hohe Frustrationschwelle und muss auf Sprachbarrieren und interkulturelle Unterschiede gefasst sein. Und ohne Berufshaftpflicht geht auf Dauer gar nichts.



Dr. Angelika Heel mit dem Klinikchef der Union Dental Clinic, Chang Zou, bei der Bleaching-Behandlung einer Patientin

Die deutsche Zahnärztin Dr. Angelika Heel kam über ihren Ehemann nach Nanjing, der dort beruflich für eine deutsche Firma arbeitete. Dadurch waren zumindest Hin- und Rückflug, Umzug, Unterkunft und Krankenversicherung sowie die finanzielle Basis-Unterstützung gesichert. Als ein großes Problem gestaltete sich von Anfang an das Thema Berufshaftpflichtversicherung. „Weder deutsche noch internationale Versicherer wollten das Risiko in China übernehmen.“ Grundsätzlich hatte jede Versicherung aus dem In- und Ausland Heels Antrag abgelehnt, da die zahnärztliche Tätigkeit in dem für die Versicherungen kritischen Land China lag und da es sich um einen chinesischen Arbeitgeber handelte. Die Gesetzgebung sowie die Entwicklung in China seien nicht abschätzbar und das Risiko zu hoch, hieß es zur Begründung.

In China selbst gibt es diese Versicherung nicht. So musste Angelika Heel darauf vertrauen, dass eventuelle Schadensersatzan-

sprüche von der Klinik übernommen würden. Für Kunstfehler war dies nicht der Fall, wobei unklar ist, was in China als Kunstfehler angesehen wird. Statistiken belegten jedenfalls, laut Angaben der SOS Clinic, dass die Bereitschaft, den Arzt zu verklagen auch in China immer mehr zunehme.

Bereits im Frühsommer 2005 gab es erste vorbereitende Gespräche mit der Union Dental Clinic in Nanjing bezüglich einer Beschäftigung. Die Klinik mit mittlerweile zwei Filialen wird von zwei chinesischen Zahnärzten (Dr. Sam Li und Dr. David Lue) geführt, wobei der eine im Management und der andere zahnärztlich tätig ist. Die Klinik befindet sich im Erdgeschoss eines Fünf-Sterne-Hotels, in dem auch die weltweit agierende „SOS-International-Clinic“ betrieben wird, die die westliche medizinische Versorgung für Ausländer im Land sicherstellt.

„Als ich dann im Juni 2006 nach Nanjing kam, war nichts fertig“, berichtet Angelika Heel rückblickend. „Alle bereits geführten

Gespräche und Treffen sowie die Kopien, die ich übergeben hatte, hatten zu keinem Erfolg geführt. Ich hatte noch keine Zulassung!“ Vor Ort habe sie dann behördlich erst einmal klären müssen, dass sie auch wirklich Zahnärztin sei.

Ziel der chinesischen Privatklinik war es, durch Angelika Heel mehr ausländische und auch wohlhabende, gut verdienende Patienten zu akquirieren. Eine deutsche Zahnärztin bedeute in China Qualität und höchstes Know-how, erläutert Heel und ergänzt augenzwinkernd mit Blick auf die – oft untergeordnete – Rolle der Frau in China: „Besser wäre natürlich ein männlicher Zahnarzt gewesen.“

Heel war – neben ihrer Behandlungstätigkeit – auch dafür zuständig, in der internationalen Gemeinde des Nanjing International Club, der Nanjing International School und bei internationalen Firmen für Patienten zu werben, Vorträge zu halten und die Klinik zu repräsentieren. Sie sollte helfen, den Standard der Klinik (der ohnehin schon über dem der öffentlichen Klinik lag) noch weiter zu heben, damit diese entsprechende Behandlungspreise einfordern konnte.

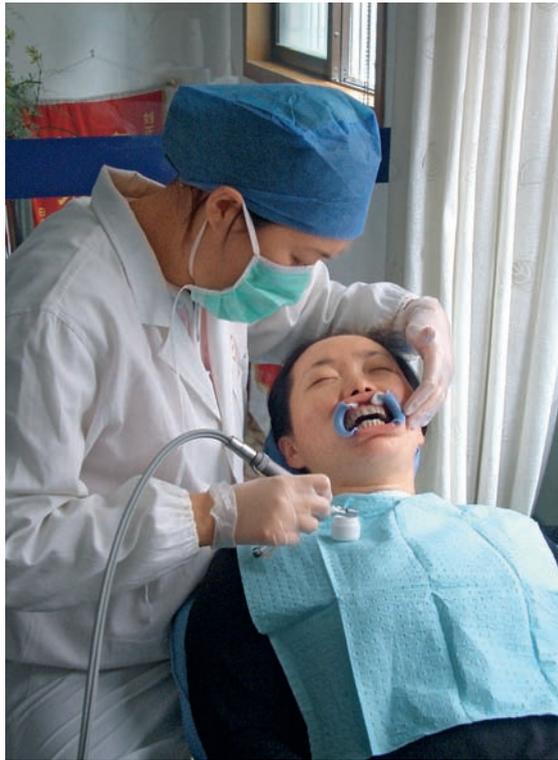
Heels erster Einsatz von Kofferdam führte zu einer kleinen Sensation: „Es kam sogleich die Presse. Man berichtete mir dabei, dass ich nicht nur die erste ausländische Zahnärztin überhaupt in der gesamten Jiangsu-Provinz bin, sondern dass ich auch die erste und einzige sei, die Kofferdam benutze. Die Presse war begeistert, die Klinik ebenso.“

Was die Behandlungsabläufe angeht, so machte Angelika Heel ihre ganz eigenen Erfahrungen. Das betraf etwa den Einsatz von Lasern oder die endodontische Versorgung, was nicht unbedingt immer der westlichen

gängigen Lehrmeinung entsprach. „Kunststoffbasen bei der Bissnahme in der Prothetik waren landesweit nicht aufzutreiben. So wurde mir am Termin für die Wachsbissnahme gleich schon mal die fertige Prothese mitgeliefert.“

Probleme im Praxisalltag

Schon sehr schnell zeigten sich für Angelika Heel gravierende Probleme im Praxisalltag. Das betraf etwa Aspekte der Hygiene oder des Umgangs mit Materialien und Medikamenten. So seien Händedesinfektionsmittel nicht vorhanden gewesen, beziehungsweise die Klinikleitung habe deren Gebrauch aus unbekanntem Gründen nicht gewollt, berichtet die Zahnärztin. Sie behalf sich damit, sich von befreundeten Geschäftsleuten entsprechende Produkte privat aus Deutschland mitbringen zu lassen. Auch die Einhaltung von Hygienestandards sei nach westlichen Maßstäben unzureichend, kritisiert sie. Man verwende in den Privatkliniken zwar Handschuhe und Mundschutz, dennoch sei das Problem Kreuzinfektionen nicht verstanden. Ebenso habe sie die Kontrolle und Wartung von Instrumenten als zweitrangig erlebt. Materialien waren im Haltbarkeitsdatum abgelaufen oder gar nicht erst vorhanden, berichtet sie. Aus Deutschland bekannte Produkte seien oft nicht in China erhältlich. Heel nennt als Beispiel ein CO₂-Spray, das aufgrund der Terrorgefahr-Richtlinien für den Transport und Import verboten sei. Materialien, die in China benutzt werden, müssten außerdem von der Regierung registriert werden. Diese Registrierung dauere rund drei Jahre, sei kostenintensiv und erfordere die hundertprozentige Offenlegung der Produktinforma-



Die approbierte chinesische Zahnärztin Nina, die als Helferin arbeitet, bei der Vorbereitung eines Patienten



Fotos: Heel

Pressetermin in der Klinik nach der Einführung von Kofferdam

tionen und der Rezeptur – mit entsprechenden Möglichkeiten zum Plagiat, wie deutsche Hersteller der Zahnärztin berichteten.

Auch bei der Versorgung mit Medikamenten sei mit Engpässen oder Unzulänglichkeiten zu rechnen: „Penicillin wird frei über die Ladentheke verkauft, was zu den vielen Resistenzen in der chinesischen Bevölkerung führt.“

Kultur- und Sprachbarrieren

Es ergaben sich auch Kommunikationsprobleme durch kulturelle und sprachliche Unterschiede. Zwar hatte Angelika Heel in Deutschland bereits Sprachkurse an der Universität besucht, die dort erworbenen Kenntnisse reichten aber nicht aus, um mit dem Team vor Ort fachlich zu kommunizieren. Denn in Nanjing spricht – im Gegensatz zu Shanghai oder Beijing – im Gesundheitswesen kaum jemand Englisch. Immer wieder habe es Anlässe zu Unverständnis im Team, aber auch zu Missverständnissen im Umgang mit Patienten gegeben, erläutert Heel.

Schließlich entschied sie sich, aufgrund der Brisanz durch die fehlende Berufshaftpflichtversicherung ihren Job als Zahnärztin in der Klinik aufzugeben. Jedoch nicht ganz: „Nach reiflicher Überlegung fiel es mir sehr schwer, meine dort lieb gewonnenen Patienten im Stich zu lassen und sie ohne adäquate westliche zahnärztliche Versorgung zu wissen. Ich beschloss, aus der Not eine Tugend zu machen, betreute die ausländischen Patienten weiter und ging als Supervisor mit zu deren Behandlungs- und Beratungsterminen.“ pr/ah

zm Leser service

Empfehlungen für an China interessierte Kollegen und Kontaktadressen in Nanjing sind als Download unter <http://www.zm-online.de> erhältlich

FDI-Jahresweltkongress in Singapur

Zahnmedizin an der Kreuzung der Welt

Der diesjährige Weltzahnärztekongress findet vom 2. bis 5. September 2009 im Stadtstaat Singapur statt, der Metropole zwischen Asien und Pazifik. Das Leitthema dieses Kongresses lautet daher auch: „Neue Wege der Zahnmedizin an der Kreuzung der Welt“.

Für das wissenschaftliche Programm konnten Referenten aus vielen Ländern der Welt gewonnen werden, die Vorträge und Kurse über aktuelle wissenschaftliche und klinische Fortschritte mit Relevanz für den zahn-

medizinischen Berufsstand halten. Ein breites Spektrum an Themen wird an den vier Kongresstagen angeboten: Implantate, Laser, neue bildgebende Diagnoseverfahren, Endodontie, Management von Karies und

Parodontalerkrankungen, minimalinvasive Techniken, Ästhetik, Gerodontologie, Problempatienten, Kinderzahnmedizin, zahnmedizinische Ausbildung, forensische Odontologie und vieles mehr. Hier ist für jeden ein interessantes Thema dabei, und die Referenten sind international.

Ergänzt wird das wissenschaftliche Hauptprogramm durch mehrere Kurse mit begrenzter Teilnehmerzahl (hier referiert unter anderem Peter Reichart, Berlin, über Weisheitszahnchirurgie) sowie Workshops und Foren der FDI-Komitees zu einer Vielzahl von Themen, die allen interessierten Kongressteilnehmern offen stehen.

Weltzahnärzteparlament tagt

Zusätzlich zu dem hochkarätigen wissenschaftlichen Programm bietet der Kongress den Rahmen für die Tagung des Weltparlaments der Zahnärzte, an der Vertreter der 191 FDI-Mitgliedsorganisationen aus 134 Ländern teilnehmen, um globale Themen mit Belang für die FDI und Angehörige zahnmedizinischer Berufe zu erörtern. Hier werden die strategische Ausrichtung und die Grundsatzpositionen für die kommenden Jahre festgelegt.

Wie jedes Jahr sind auf der Weltdentalschau neue und innovative Produkte, Geräte und Technologien der Dentalindustrie zu sehen. Die Besucher werden ausreichend Gelegenheit haben, sich selbst ein Bild zu machen und mit den zahlreichen Ausstellern über ihr Angebot zu diskutieren.

Das Interessanteste an einem FDI-Kongress ist jedoch nach wie vor, Kollegen aus den unterschiedlichsten Teilen der Welt zu treffen, sich mit ihnen auszutauschen, zu sehen, wie die Zahnmedizin in anderen Ländern betrieben wird, also über den eigenen Tellerrand zu blicken und dabei Kontakte zu knüpfen und Freundschaften zu schließen beziehungsweise zu pflegen. Daher sind auch gesellige Veranstaltungen während des FDI-Kongresses von Bedeutung. Die Bundeszahnärztekammer wird in Singapur wieder einen deutschen Empfang ausrichten. Hierzu werden alle Teilnehmer aus Deutschland eingeladen. Der deutsche

FDI Annual World Dental Congress
2-5 September 2009
Singapore

congress@fdiworldental.org
www.fdiworldental.org

fdi
SINGAPORE 2009

Empfang wird am Donnerstag, den 3. September 2009, voraussichtlich in der Bar Opiume, IndoChine, Empress Place, veranstaltet werden.

„Uniquely Singapore“ – einzigartiges Singapur, ist der Slogan, mit dem sich das Land selbst beschreibt, als lebendige Nation voller Gegensätze und Farben, mit einer harmonischen Mischung aus Kulturen, Küche, Kunst und Architektur. An einem einzigen Tag kann man Kulturerbe und Moderne erleben, gut erhaltene Monumente, glitzernde Wolkenkratzer, gelungener öffentlicher Wohnungsbau und Kongresszentren auf dem neuesten Stand der Technik – all dies und viel mehr erwartet die Teilnehmer in einer einzigartigen Stadt.

Barbara Bergmann-Krauss
Universitätsstr. 73
50931 Köln

Sonderreisen zum Kongress werden veranstaltet von den Reisebüros:

■ **Intertours Flugreisen GmbH**
Strahlenburger Str. 105-107
63067 Offenbach/Main
Tel.: 069-20747
Fax: 069-287206
E-Mail: hpf@intertours.de

■ **Reisebüro Reder**
Schleifenmühlenweg 68
72070 Tübingen
Tel.: 07071-410670
Fax: 07071-410640
E-Mail: schaumburg@reder.de

Informationen zum Kongress:
Zahnärztehaus Köln
Tel.: 0221-4001207
Fax: 0221-4001214
E-Mail: zzq@zzq-koeln.de



Foto: CC

Singapur ist wissenschaftlich wie kulturell für den Zahnarzt eine Reise wert.

Europäisches Parlament

Patientenrechte in der EU sollen gestärkt werden

Das Europäische Parlament (EP) hat sich mehrheitlich dafür ausgesprochen, die Rechte der Patienten bei der grenzüberschreitenden Versorgung zu stärken. 297 Mitglieder des EP stimmten für einen Bericht des britischen Abgeordneten John Bowis von der Fraktion der Konservativen und Christdemokraten im EP zu einem entsprechenden Richtlinienvorschlag der Europäischen Kommission.

Für Diskussionen innerhalb des EP hatte insbesondere die Frage gesorgt, welche Rechtsgrundlage für die EU-Richtlinie erforderlich ist, die sicherstellen soll, dass Patienten ungehindert Leistungen im EU-Ausland in Anspruch nehmen können. Die Europäische Kommission stützt ihren Entwurf auf das EU-Binnenmarktrecht (Artikel 95 EG-Vertrag). Die Fraktionen der Sozialisten (PSE) und die Linken im EP forderten, den Aspekt der Gesundheitsfürsorge (Artikel 152 EG-Vertrag) in den Vordergrund zu stellen. Nach Meinung von Gabi Zimmer (die Linke) verschärft die vorgeschlagene Regelung den Trend zur Zwei-Klassen-Medizin. Das Plenum lehnte jedoch mehrheitlich Anträge auf Änderung der Rechtsgrundlage ab.

Die Abgeordneten sprachen sich ferner dafür aus, dass die Mitgliedstaaten ein System einführen können, wonach die Kosten für eine Auslandsbehandlung von den Kostenträgern direkt an die Erbringer stationärer und hoch spezialisierter Leistungen überwiesen werden. Die Kommission solle zudem prüfen, ob eine zentrale Verrechnungsstelle eingeführt werden soll, um die Rückerstattung der Kosten über Ländergrenzen, Gesundheitssysteme und Währungszonen hinweg zu erleichtern.

Strittige Fragen

Strittig innerhalb des EP war auch, ob sich die Patienten bestimmte Leistungen, die sie im EU-Ausland in Anspruch nehmen wollen, vorab von den Kostenträgern für staatliche Gesundheitsleistungen genehmigen lassen müssen. Das Plenum erklärte sich schließlich grundsätzlich damit einverstanden, dass die Mitgliedstaaten von den Patienten verlangen können, sich eine Vorabgenehmigung

für die Rückerstattung der Kosten von Krankenhausleistungen und Spezialbehandlungen einzuholen. Die vorherige Genehmigung dürfe aber kein Hindernis für die Freizügigkeit der Patienten darstellen. Anders als die Kommission möchte es das EP auch den EU-Ländern überlassen zu definieren, was Krankenhausleistungen sind. Die Abgeordneten schlagen zudem die Einrichtung eines Europäischen Patienten-



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

Ombudsmanns vor, der sich mit Patientenbeschwerden befassen soll, wenn diese innerhalb des betroffenen Mitgliedstaates nicht gelöst werden können.

Die SPD-Politikerin Dagmar Roth-Behrendt bezeichnete das Abstimmungsergebnis insgesamt als „großen Erfolg für die Patientinnen und Patienten in der Europäischen Union“, forderte aber zugleich Nachbesserungen bei den strittigen Punkten zur Rechts-

BZÄK: Das Ergebnis der Abstimmung ist zwiespältig

Als zwiespältig sieht die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) das Ergebnis der gestrigen Abstimmung des Europäischen Parlaments (EP) zur Patientenrechterichtlinie an. Intention dieser europäischen Initiative sei die Verstärkung der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen innerhalb der Europäischen Union, zum Beispiel durch eine europaweite Sicherstellung der Kostenerstattung für Patienten. Dieser Ansatz werde von den deutschen Zahnärzten ausdrücklich unterstützt, so die BZÄK. Auch der Vorschlag des EP, nach dem der Patient künftig dem Recht des Landes unterliegt, in dem er behandelt wird (sogenanntes Behandlungsmitgliedstaatsprinzip), sowie die Beteiligung der Selbstverwaltung der Heilberufe bei der Ausgestaltung der Richtlinie werden begrüßt. Positiv wird außerdem die Abschaffung der Vorabgenehmigung beim stationären Aufenthalt im Ausland gewertet.

Kritisch hingegen beurteilt die BZÄK unter an-

derem die Vorschläge zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten und zur Weiterbehandlung im Inland nach eventuell missglückter Behandlung im Ausland. Darüber hinaus wehrt sich die BZÄK gegen jegliche Versuche, von der europäischen Ebene aus Einfluss auf die Gebührenstrukturen in den Mitgliedstaaten zu nehmen.

„Auch wenn einige Aspekte der Abstimmung von uns mitgetragen werden können, sind wir der Auffassung, dass es einer ausführlicheren Folgenabschätzung vor der entscheidenden Abstimmung im EP bedurft hätte. Bei zu vielen Forderungen des EP ist noch überhaupt nicht absehbar, zu welchen praktischen Folgen dies in den Mitgliedstaaten führt“, so BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel. Die BZÄK behalte es sich daher vor, entsprechende Änderungen nach

Beendigung der Diskussionen auf Ebene des Ministerrates gegebenenfalls in der zweiten Lesung in Brüssel durchzusetzen, so Engel weiter. pr/BZÄK



grundlage und den Vorabgenehmigungen. Auch der CDU-Abgeordnete Peter Liese begrüßte das Votum: „Die Richtlinie bedeutet große Chancen für die 4,4 Millionen Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen.“ Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP im EP, Holger Kraemer, erklärte: „Grundsätzlich ist die Regelung ein Fortschritt. Es muss aber darum gehen, Patientenrechte zu schützen, nicht bürokratische Gesundheitssysteme.“

Ergebnis ungewiss

Anfang Juni werden die 27 EU-Gesundheitsminister erstmals offiziell über den Richtlinienvorschlag beraten. Das Ergebnis ist ungewiss, da der Richtlinienvorschlag auch bei den Mitgliedstaaten umstritten ist.

Petra Spielberg
 Christian-Gau-Straße 24
 50933 Köln



Foto: stockdisc

Patientenbehandlung über die Grenzen hinweg soll die neue EU-Richtlinie rechtlich stärken – doch die neue Regelung ist noch nicht rund, wie Experten meinen.

Leserreise

Peru – Lockruf der Inkas

Koloniales Erbe in der Hauptstadt Lima, das Inka-Zentrum Cuzco und schneebedeckte Anden. Bekanntschaft mit den größten Raubvögeln der Welt, den Kondoren, am Colca-Canyon. Machu Picchu, rätselhaft im Urwald. Das alles bietet die Leserreise nach Peru.

Abends Flug mit LAN Airlines von Frankfurt nach Madrid und Weiterflug nach Peru.

2. Tag – Hauptstadt Lima

Morgens Ankunft in Lima. Transfer zum Hotel, Sightseeing-Tour durch Perus Hauptstadt. Anschließend Abstecher zu den Ruinen von Pachacamac und Ausklang im Künstlerviertel Barranco.

3. Tag – Welt der Vulkane

Vormittags Flug von Lima nach Arequipa, in die zweitgrößte Stadt des Landes. Ausflug in die gebirgige Umgebung mit drei mächtigen Vulkanen.

4. Tag – Die weiße Stadt

Stadtrundgang in der „Stadt des ewigen Frühlings“.

5. Tag – Lamas, Alpakas, Vicunas

Unterwegs zum Colca Canyon, mit knapp 3000 Metern Tiefe. Überquerung des Pachapampa-Passes in 4910 Metern Höhe.

6. Tag – König der Anden

Am Himmel des Aussichtspunkts Cruz del Condor kreist – mit etwas Glück – der größte Raubvogel der Welt. Überlandfahrt und Ankunft in Puno (3855 m) am Ufer des Titicacasees.

7. Tag – Auf dem Titicacasee

Freizeit in Puno oder Möglichkeit zu einem Bootsausflug (gegen Mehrpreis) auf dem „Andenmeer“ zu den schwimmenden Dörfern der Uros.

8. Tag – Majestätische Anden

Busfahrt über den 4313 Meter hohen La-Raya-Pass. Durch den Altiplano geht es weiter zum Ar-



Machu Picchu, die vergessene Stadt der Inkas, gehört zu den Highlights der zm-Leserreise nach Peru.

chäologischen Park von Raqchi mit den Resten des Viracocha-Tempels. Weiterfahrt nach Cuzco (3310 m).

9. Tag – Inka-Zentrum Cuzco

Cuzco gleicht heute einem Open-Air-Museum: Inkamauer, Sonnentempel Koricancha, Plaza de Armas und die Kathedrale.

10. Tag – Rätsel Machu Picchu

Mit der Gebirgsbahn durchs Urubambatal zum Huayna Picchu. Hier liegt die vergessene Stadt der Inkas: Machu Picchu, bis heute nur mit dem Zug oder über den Inka-Trail zu Fuß erreichbar.

11. Tag – Entdeckertag

Freizeit für eigene Erkundungen.

12. Tag – Im heiligen Tal

Freizeit in Cuzco oder Möglichkeit zu einem Ausflug (gegen Mehrpreis) zum Markt nach Pisac.

13. Tag – Zurück nach Lima

Vormittags Bummel in Cuzco durch das Künstlerviertel San Blas. Rückflug nach Lima.

14. Tag – Rückflug

Abends Rückflug mit LAN Airlines nonstop von Lima nach Europa.

15. Tag – Ankunft in Deutschland



mit LAN Peru: Lima – Arequipa und Cuzco – Lima in der Touristenklasse. zwölf Übernachtungen in guten landestypischen Mittelklassehotels. Unterbringung im Doppelzimmer mit Bad oder Dusche und WC. Verpflegungsleistungen: 13 mal Frühstücksbuffet, einmal Buffet-Mittagessen, fünf mal Abendessen und einmal Abschiedsabendessen
Transfers, Ausflüge und Rundreise in landesüblichen Bussen, teilweise mit Klimaanlage. Deutsch sprechende Marco Polo-Reiseleitungen in Peru.

Und außerdem inklusive: DB-Rail&Fly-Bahnreise zum/vom Abflugsort in der 2. Klasse von jedem Bahnhof in Deutschland. Zimmer bereits bei Ankunft im Hotel am zweiten Tag (early check-in). Bahnfahrt nach Machu Picchu. Folkloredarbietungen am fünften Tag, Eintrittsgelder, Flughafensteuern, Lande- und Sicherheitsgebühren. Peruanische Ausreisesteuer. Reiseunterlagen mit einem Reiseführer pro Buchung, Sicherungsschein.

Zusätzlich buchbare Extras

Ausflugspaket / zwei Ausflüge 50 Euro, LAN Airlines-Langstreckenflüge (Madrid – Lima – Madrid) in der Business Class 2690 Euro.

**Veranstalter ist Marco Polo Reisen GmbH, München. Das ausführliche Programm ist erhältlich bei: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Leserservice
Dieselstraße 2, 50859 Köln
Tel: 02234/7011-289
Fax: 02234/7011-6289**

Bekanntmachungen der Berufsvertretungen

Versorgungsanstalt LZK Rheinland-Pfalz

Satzungsänderung

Die Satzung der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz in der Fassung vom 1. März 2007 wird wie folgt geändert:

§ 19 Abs. 1 Nr. 1 der Satzung wird wie folgt neu gefasst:

„1. Altersruhegeld erhalten alle Teilnehmer ab dem auf das Erreichen der Altersgrenze folgenden Monat an. Die Altersgrenze ist auf die Vollendung des 65. Lebensjahres festgelegt. Für die Geburtsjahrgänge 1950 bis 1961 erhöht sie sich um jeweils einen Monat sowie für die Geburtsjahrgänge von 1962 bis 1966 um jeweils zwei weitere Monate; für die Geburtsjahrgänge ab 1967 ist sie auf die Vollendung des 67. Lebensjahres festgelegt. Ab Vollendung des 60. Lebensjahres (vorgezogene Altersgrenze) kann der Teilnehmer beantragen, dass mit dem auf den Antrag folgenden Kalendermonat bereits Altersruhegeld gezahlt wird. Für die Geburtsjahrgänge 1950 bis 1961 erhöht sie sich um jeweils einen Monat sowie für die Geburtsjahrgänge von 1962 bis 1966 um jeweils zwei weitere Monate. Für die Geburtsjahrgänge ab 1967 sowie für alle Teilnehmer, die nach dem 31.12.2011 in die Versorgungsanstalt eintreten, beträgt die vorgezogene Altersgrenze 62 Jahre. Für jeden Monat der Vorverlegung des Bezugs von Altersruhegeld wird die Endgültige Leistungszahl um 0,4% gekürzt. Auf Antrag des Teilnehmers kann der Beginn der

Altersruhegeldzahlung ohne weitere Zahlung von Versorgungsabgaben längstens bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres hinausgeschoben werden. Für jeden Monat des Aufschubs des Beginns der Altersruhegeldzahlung wird die Endgültige Leistungszahl um 0,6% erhöht.“

§ 13 Abs. 2 Nr. 2 S. 1, letzter Halbsatz, wird wie folgt neu gefasst:

„hierbei wird die Waisenrente im Verhältnis der Teilnahmejahre zu der Gesamtzeit vom Eintritt in die Versorgungsanstalt bis zum Erreichen der Altersgrenze gekürzt.“

Diese Satzungsänderungen treten am 1. April 2009 in Kraft. Mainz, 8. April 2009
Der Präsident der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Dr. Gert Beger

Bekanntmachung der KZBV

Regelung des Fortbildungsnachweises gem. § 95 d Abs. 6 SGB V

Der Vorstand der KZBV hat in seiner Sitzung am 25. 03. 2009 folgende Änderung der Regelung des Fortbildungsnachweises gem. § 95 d Abs. 6 SGB V in der Fassung vom 17. 05. 2006 beschlossen:
Unter I. im Abschnitt „Formloser Eigenbeleg“ erhält der letzte Satz folgende Fassung:
„Eventuelle abweichende Bestimmungen zum fortbildungsnachweis der KZVen (Nachweisformulare, u.s.w.) sind zu beachten.“

Az 520-3, 07. 04. 2009

Verlust von Kammerausweisen

LZK Baden-Württemberg

Folgende Ausweise wurden verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt:

Dr. Thomas Serrer,
Rösslegasse 7,
77948 Friesenheim,
geb. am 11. 10. 1948

Dr.-medic stom./Univ. f. Med. und Pharmak. Timisoara Michael Liviu Fodor,
Brühlstr. 3,
72770 Reutlingen,
geb. am 05. 11. 1979

ZA Andreas Bartols,
Hörgelstr. 21,
76228 Karlsruhe,
geb. am 06. 11. 1979

Dr. Patrick Hartenstein,
Untere Str. 30,
69117 Heidelberg,
geb. am 06. 08. 1961

Dr. Thomas Serrer,
Finkenweg 4,
77948 Friesenheim,
geb. am 11. 10. 1948

Dr. Frank Gonser,
Kappelwindeckstr. 71a,
77815 Bühl,
geb. am 15. 04. 1963

Dr. Fredo Lange,
Kraichgaustr. 2,
68753 Waghäusel,
geb. am 28. 07. 1952

Dr. Daniel Salwerk,
Herrenackerstr. 2,
76530 Baden-Baden,
geb. am 05. 05. 1974

Dr. Pia Seeberg,
Fuchsstr. 2,
79102 Freiburg,
geb. 08. 06. 1977

Dr. Anca Frisch,
Euler Str. 17B,
70565 Stuttgart,
geb. 17. 02. 1975

BZK Karlsruhe

Dr. Pia Seeberg,
(Zahnarzttausweis läuft auf ihren Mädchennamen Pia Abe),
Seestr. 47,
68775 Ketsch

Dr. Frank Gonser,
Kappelwindeckstr. 71a,
77815 Bühl,
Ausweis-Nr. 2152,
vom 20. 08. 1992,

ZÄK Niedersachsen

Dr. Peter Rudolph,
Ausweis-Nr. 4394

Gregory Kosloff,
Ausweis-Nr. 6307

Dr. Horst Krüger,
Ausweis-Nr. 2048

Industrie und Handel

Servicekupon
auf Seite 126

3M ESPE

„Digitale Dentale Technologien“

Digitaler Workflow und zeitsparende Anwendungen – 3M Espe demonstrierte beim Symposium „Digitale Dentale Technologien“ in Hagen die künftige Kooperation zwischen Zahnmedizin und Zahntechnik. Mehr als zwanzig Unternehmen präsentierten ihre neuesten Entwicklungen. Im Mittelpunkt des Interesses: Der neue Lava Chairside Oral Scanner C.O.S., der als digitaler Intraoral-scanner die bisherigen Abformtechniken revolutioniert. Großes Interesse fand auch das Thema

Arbeitsverfahren der CAD/CAM-Technologie. Dr. Christoph Niesel aus Karlsruhe zeigte dabei den zeitsparenden Arbeitsablauf mit dem Lava Scan ST. In einem begleitenden Workshop erklärte er die CAD/CAM-gerechte Arbeitsvorbereitung von der Präparation bis zur Modellvorbereitung.

3M ESPE AG
Espe Platz
82229 Seefeld
Tel.: 08 00 / 275 37 73 (gratis)
Fax: 08 00 / 329 37 73 (gratis)
<http://www.3mespe.de>
E-Mail: info3mespe@mmm.com

GlaxoSmithKline

Vibrierende Handzahnbürste

Die Dr.Best Forschung hat eine Zahnbürste entwickelt, die die schwer zugänglichen Interdentalräume optimal erreicht und dabei ein neues Putzerlebnis vermittelt. Die Dr.Best Vibration



Zwischenzahn Zahnbürste gelangt sogar tiefer in enge Zahnzwischenräume als führende elektrische Zahnbürsten. Das belegen Laborstudien von Professor Dr. Samuel L. Yankell von Yankell Research Consultants in New Jersey, USA. Die Neuentwicklung kombiniert erstmals innovative Seidenfein-Borsten mit der Vibrationstechnologie. Diese Filamen-

te sind an den Borstenenden besonders fein und ragen deutlich sichtbar aus dem ansonsten klassischen Borstenfeld heraus. Sanfte Vibrationen unterstützen die gewohnte Putzbewegung und lockern so die Beläge.

GlaxoSmithKline Consumer Healthcare
Bußmatten 1
77815 Bühl
<http://www.dr-best.de>

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

American Dental Systems

Kursreihe zu Adhäsiv-Verfahren

Die adhäsive Zahnmedizin ermöglicht heute minimalinvasive Behandlungen mit optimalen Langzeitergebnissen in der Ästhetik und Haltbarkeit. Die Kursreihe von Dr. Gernot Mörig „Einfaches und vorhersagbares direktes Adhäsiv-Verfahren im Front- und Seitenzahnbereich“ geht auf konkrete, praktische Tipps ein, die sich in der Praxis bewährt haben. Bewusst wird dabei ein realistisches Verhältnis zwischen überdurchschnittlicher Qualität und realistischer Umsetzbarkeit in der eigenen Praxis angestrebt. Im Hands-On-Kurs wird den Teilnehmern die Technik und Kunst der Herstellung unsichtbarer Zahnkorrekturen mittels Bonding-Verfahren vorgestellt und an praktischen Beispielen demonstriert. Im Anschluss werden die Modellier- und Schichttechniken an Modellen geübt. Kurstermine finden am 5./6. 6. in München, am 21./22. 8. in Düsseldorf-Oberkassel und am 4./5. 9. in Berlin statt. Anmeldungen sind telefo-



vorher



nachher



vorher



nachher

nisch unter 08106 / 300-306 möglich.

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.ADSsystems.de>
E-Mail: info@ADSsystems.de

atacama

Bürofläche am Stammsitz verdoppelt

Auf ein erfolgreiches Jahr für sein Unternehmen blickt Dr. Jürgen Deitmers, Geschäftsführer der atacama Software GmbH aus Bremen, zurück: „Wir konnten unseren Umsatz im Vergleich zum Vorjahr wieder um acht Prozent steigern und weisen ein positives Ergebnis aus.“ Neben der Etablierung ergänzender Module zu den bekannten Fallmanagement-Lösungen hat atacama 2008 eine Reihe zusätzlicher Schnittstellen geschaffen, etwa zu CRM-KV. Da-

rüber hinaus ist die Integration in viele Krankenkassensysteme gelungen. Schwerpunkt des vergangenen Jahres war die Vereinheitlichung der technologischen Basis der GKV-Lösungen. Um der gestiegenen Nachfrage gerecht werden zu können, hat atacama die Bürofläche verdoppelt.

atacama | Software GmbH
Anne-Conway-Straße 10
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 22 301 – 0
Fax: 04 21 / 22 38 285
<http://www.atacama.de>
E-Mail: info@atacama.de

BEGO Implant Systems

Aufbauten stabilisieren Weichgewebe



„Chirurgisch und prothetisch optimal“ – das waren die Entwicklungsvorgaben für die neue Bego Aesthetic-Line. Die Aufbau-Linie wird in den Materialien Titan und Wirobond MI angeboten und ersetzt mittelfristig das gesamte Bego Titan und Wirobond MI Abutment-Programm. Für den

Anwender schafft die Aufbau-Linie Raum für eine reizfreie Anlagerung des Weichgewebes, stabilisiert das Weichgewebe und trägt dazu bei, eine Weichgeweberückbildung zu verhindern. Für den Zahntechniker optimieren die neuen Aufbauten den Aufwand für die Individualisierung deutlich.

*BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG
Wilhelm-Herbst Straße 1
28359 Bremen
Tel.: 04 21 / 20 28 – 425
Fax: 04 21 / 20 28 – 265
<http://www.bego-implantology.com>
E-Mail: info@bego-implantology.com*

DYNA-MESS

Bedienerfreundliche Prüfmaschine



Die Prüfung von Zahnimplantaten, Brücken und Prothesen sowie von Zahnersatzwerkstoffen hat Dyna-Mess noch einfacher gestaltet. Das Unternehmen hat seine Software um ein weiteres Element ergänzt: Der neue Automatik-Regler Dyna-AC macht die

Optimierung der Regelparameter der Prüfmaschine überflüssig, denn er „lernt“ selbstständig. Die Eingabe eines Startpunktes reicht aus und nach wenigen Zyklen sind Soll- und Istkurve deckungsgleich. Besonders für den Einsatz in der Dentaltechnik sind servopneumatische Prüfmaschinen gut geeignet, da ihr Leistungsbereich in Bezug auf Kräfte und Frequenzen den Erfordernissen der Dentaltechnik entspricht.

*DYNA-MESS Prüfsysteme GmbH
Leimberg 19
52222 Stolberg
Tel.: 0 24 02 / 766 81 – 0
Fax: 0 24 02 / 766 81 – 60
<http://www.DYNA-MESS.de>
E-Mail: info@DYNA-MESS.de*

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

Coltène/Whaledent

Autoklavierbare Affinis Abformungen

Ab sofort sind Affinis Abformmaterialien bei 134° C autoklavierbar. Hitzebeständige Löffel und ein Spezialadhäsiv runden das System ab. Damit kann der Zahnarzt eine verbliebene Hygienelücke in der Praxis schließen. Computertomografische und klinische Messungen und Vergleiche belegen die gute Dimensionsstabilität der optimierten Affinis Abformmaterialien auch nach der Hitzebehandlung von 134° C im Autoklaven. Kontrollarbeiten zwischen Zahnärzten und Laborkontrollen zeigen, dass unabhängig von Abformtechnik und Wahl der Konsistenzen, hochpräzise und sichere, autoklavierbare Ab-



formungen sowie passgenaue Restaurationen möglich sind.

*Coltène/Whaledent GmbH + Co. KG
Raiffeisenstraße 30
89129 Langenau
Tel.: 0 73 45 / 805 – 0
Fax: 0 73 45 / 805 – 201
<http://www.coltenewhaledent.com>
E-Mail: info@coltenewhaledent.de*

elexxion

Zwei Wellenlängen in einem Gerät

Auf der IDS präsentierte elexxion unter anderem den weltweit patentierten Diodenlaser elexxion delos. Er vereint zwei der am häufigsten untersuchten Wellenlängen, 810 nm und 2940 nm, so dass man Hart- und Weichgewebe mit einem einzigen Gerät behandeln kann. Derzeit lassen sich mit dem Kombinationssystem die meisten Applikationen sinnvoll behandeln. So kann der delos unter anderem für Konkremententfernungen, Dekontaminationen, Kavitätenpräparationen, Wurzelspitzenresektionen und Knochenablationen eingesetzt werden. Speziell für die Periimplantitistherapie und die Behandlung des Biofilms hat elexxion mit der Universität Düsseldorf Saphirtips entwickelt. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass 90 Prozent der Laserleistung lateral an die Implantatoberfläche



abgegeben werden. Der elexxion delos ist in Deutschland über Pluradent erhältlich.

*elexxion AG
Schützenstraße 84
78315 Radolfzell
Tel.: 0 77 32 / 82 299 – 0
Fax: 0 77 32 / 82 299 – 77
<http://www.elexxion.com>
E-Mail: info@elexxion.com*

Nobel Biocare

Eine Idee macht Schule



Im Jahr 2006 begann Nobel Biocare eine regionale Initiative mit der Koblenzer Lubberich Dental-Labor GmbH. Mit Produktveranstaltungen, Hands-on-Kursen und Patientenveranstaltungen wollte man interessierten Zahnärzten und Patienten das Thema „Navigierte Implantation mit NobelGuide“ zugänglich machen. Aus diesem Veranstaltungskonzept entstand bald der erste regionale Expertenclub. Die teilnehmenden Zahnärzte haben mittlerweile selbst zahlreiche Im-

plantationen mit NobelGuide versorgt und sind von dem reibungslosen Ablauf begeistert. Ihre Erfahrungen lassen sie effektiv in den Austausch mit der Gruppe von Zahnärzten, den Lubberich Dental-Labors und Nobel Biocare einfließen. Der Implantologe Dr. Oliver Hugo und ZTM Maurice Wiesmaier vom Dentallabor Lubberich stellen ihre Erfahrungen mit dem NobelGuide Behandlungskonzept in gemeinsamen Vorträgen vor.

*Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Straße 200
50933 Köln
Tel.: 02 21 / 500 85 158
Fax: 02 21 / 500 85 133
E-Mail: Nicole.franzen@nobelbiocare.com*

OPEN MIND

Großes Interesse an hyperDENT

Mit der Präsentation des voll automatisierten, offenen CAM-Systems hyperDENT speziell für die Zahntechnik zog Open Mind das Interesse des IDS-Messepublikums auf sich. Die damit realisierte hochgenaue Fräsbearbeitung stieß auf große Aufmerksamkeit: Typische Fertigungsabläufe von hyperDENT-Awendern auf dem 5Achs-Bebearbeitungszentrum HSM 400U von Agie Charmilles sowie auf der kompakten 6Achs-Maschine Cybaman Replicator vermittelten die hohe Integrationsfähigkeit und das breite Bearbeitungsspektrum. Da das offene CAM-System für den Aufbau optimierter Prozesse in Verbindung mit 3D-Scanner, CAD-Anwendung und Fräsmaschinen ver-



schiedenster Anbieter ausgelegt ist, können Dentallabore und Zahntechniker den flexiblen Aufbau beziehungsweise die einfache Modernisierung von individuell abgestimmten Lösungen realisieren.

*OPEN MIND Technologies AG
Argelsrieder Feld 5
82234 Weßling
Tel.: 0 81 53 / 93 35 00
Fax: 0 81 53 / 93 35 01
<http://www.openmind-tech.com/de>
E-Mail: info@openmind-tech.com*

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

VOCO

Mit Sicherheit ein fester Halt

Voco hat die Futurabond-Produktlinie um eine weitere starke Bondingvariante ergänzt: Futurabond M eignet sich für direkte Restaurationen mit lichthärtenden Füllungsmaterialien (Composites, Compomere, Ormocere) bei allen Kavitätenklassen. Es bietet die Vorzüge eines technisch ausgereiften Adhäsivs in Kombination mit optimaler Anwenderfreundlichkeit. Als One-Step-Bond ermöglicht es Zeit- und Materialersparnis, denn das Mischen und die Applikation verschiedener Komponenten entfallen. In nur einem Arbeitsschritt erfolgen Ätzen, Primern und Bonden sowie die anschließende Lichthärtung mit einem Zeitaufwand von lediglich 35 Sekunden. Ein einmaliges Auftragen des



Bondings reicht aus, um einen dauerhaft stabilen Verbund zwischen Füllungsmaterial und Zahn herbeizuführen. Ein weiterer Vorteil: Futurabond M ist nach Aufbringen auf der Anmischpalette bis zu fünf Minuten verarbeitbar und erlaubt damit kurze Arbeitsunterbrechungen ohne Qualitätseinbußen des Adhäsivs.

*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*

Dr. Ihde Dental

Intensives OP-Training auf Kuba

Aufgrund der positiven Rückmeldungen und der großen Nachfrage bietet die implant.company in diesem Jahr wieder zwei einwöchige OP-Trainings auf Kuba an – vom 20. bis 27. Juni und vom 24. bis 31. Oktober 2009. Der Kuba-Kurs richtet sich sowohl an Einsteiger wie auch an bereits implantologisch tätige Zahnärzte, die in kurzer Zeit mehr Routine in der Chirurgie erreichen wollen. Nach einer theoretischen Einführung am ersten Tag folgt das mehrtägige intensive OP-Training im Dental Center of Public Health of Havana. Vor den chirurgischen Eingriffen werden die Fälle genau analysiert und die Vorgehensweise mit den einteiligen KOS-Implantaten besprochen. Das Inserieren von mindestens 20 Implan-



taten ist garantiert. Dabei versorgen die Zahnärzte ein breites Spektrum an Indikationen. Mit Dr. Juan Jesús Pérez Garcia (Foto rechts), Universität Granada, und Dr. Werner Mander (Foto Mitte), Traunreut, stehen zwei erfahrene Implantologen beratend zur Seite. Für diesen Kurs erhalten die Teilnehmer 50 Fortbildungspunkte.

*Dr. Ihde Dental
Erfurter Straße 19
85386 Eching
Tel.: 0 89 / 31 97 61 – 0
Fax: 0 89 / 31 97 61 – 33
<http://www.implant.com>
<http://www.ihde-dental.de>
E-Mail: info@ihde-dental.de*

Astra Tech

Implantag 2009 im Juni

Am Samstag, dem 20. Juni, findet der Astra Tech Implantag 2009 statt. Getreu dem Motto „Bestes Wissen. Neue Wege.“ wird er in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) durchgeführt. Geboten wird ein abwechslungsreiches Fortbildungsprogramm für das gesamte Team der Zahnarztpraxis. In Plenarvorträgen für alle Praxismitarbeiter werden die für den Einstieg in die Implantologie wichtigen Grundlagen vermittelt. Daneben gibt es individuell konzipierte Referate und Workshops für Zahnärzte, Zahntechniker und zahnmedizinische Fachangestellte. Besonderer Höhepunkt

wird der Vortrag von Stig Hansson, PhD, sein, der an der Entwicklung des Astra Tech Implantat-Systems maßgeblich beteiligt war. Weitere renommierte Spezialisten haben ebenfalls ihr Kommen zugesagt. Das Informationsangebot umfasst damit praktisch alles, was wichtig ist: Von den rechtlichen Vorgaben des Patientenmarketings über die individuelle Patientenberatung bis hin zur optimalen Behandlungsplanung.

*Astra Tech GmbH
An der kleinen Seite 8
65604 Elz
Tel.: 0 64 31 / 98 69 0
Fax: 0 64 31 / 98 69 500
<http://www.astratech.de>
E-Mail: info.de@astratech.com*

MICRO-MEGA

Schneiden, Abtransportieren, Reinigen



Die Sequenz Revo-S von Micro-Mega umfasst innovative Instrumente für die endodontische Erstbehandlung. Sie ermöglichen die Gestaltung und Reinigung des Wurzelkanals ohne größere koronare Abtragungen und stellen eine anschließende saubere und hermetische Obturation des Wurzelkanals sicher. Die Sequenz besteht aus zwei Instrumenten, die bis zum Apex geführt werden sowie einem Instrument zum Nacharbeiten der vorher herauspräparierten Kanal-

form und zur Reinigung. Das apikale Drittel des Kanals wird mit dem Instrument (SU) Nr. 25, Konizität 6 Prozent, gestaltet, das ein Débridement und eine Lege-Artis-Desinfektion begünstigt. Bei Bedarf kann diese Sequenz mit weiteren Instrumenten für die apikale Präparation ergänzt werden (AS 30, 35, 40), um den Durchmesser des Foramen apicale und die Keimfreiheit des Wurzelkanals weiter zu verbessern. Diese Sequenz folgt ausschließlich dem Prinzip „Schneiden, Abtransportieren, Reinigen“.

*MICRO-MEGA Dentalvertrieb
GmbH & Co. KG
Hafenstraße 1
77694 Kehl
Tel.: 0 60 81 / 44 39 0
Fax: 0 60 81 / 44 39 25
E-Mail: info.de@micro-mega.com*

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

Champions

Systemwechsel leicht gemacht



Beim Kauf von 25 Champions-Implantaten nach Wahl erhalten Neuanwender das Zubehör-Kit im Wert von 382 Euro gratis zum Systemwechsel dazu. Im 20 Prozent günstigeren „Somerset 2009“ enthalten sind vier Champions-Bohrer, die metallische Einbringhilfe zum finalen Implantieren, die Drehmoment-Ratsche sowie die „KKK“-Sonde, mit der sich die Knochen-Kavitätenkontrolle durchführen lässt. Bei der Sommeraktion 2009 erhalten auch Altanwender bis zu 20 Prozent Nachlass auf ihre Bestellung. Mit den sofortbelastbaren Champions und dem quasi unblutigen MIMI-Verfahren kann die Supra-

konstruktion in der Regel innerhalb weniger Tage abgeschlossen werden. Die zertifizierte Qualität aller Champions-Produkte made in Germany ist für den Patienten bezahlbar: Ein Champion von 36 verschiedenen Formen, Durchmessern und Längen kostet 70 Euro. Champions-Implants bietet dreitägige Masterkurse an, in denen Updater, Neuanwender und Umsteiger das System kennenlernen können.

*Champions-Implants GmbH
Bornheimer Landstraße 8
55237 Flonheim
Tel.: 0 67 34 / 69 91
Fax: 0 67 34 / 10 53
E-Mail: info@champions-implants.com*

RATIODENTAL

Die Marke für ein schönes Lächeln

Die Kölner Ratiodental präsentierte auf der IDS ein neues Marketingkonzept für Zahnersatz: Das Unternehmen unterstützt seine Partner-Zahnärzte künftig unter dem Claim „Die Marke für ein schönes Lächeln“ durch Werbe- und Kommunikationsmaßnahmen beim Endkunden. Für die Zahnärzte besteht damit die Möglichkeit, ihren Patienten im Segment des preiswerten Zahnersatzes statt einer anonymen Billiglösung ein hochwertiges und dennoch günstiges Markenprodukt anzubieten. Die von Ratio-

dental in Fernost aus CE-zertifizierten Materialien deutscher Spitzenhersteller gefertigten Produkte erfüllen alle europäischen Normen und Anforderungen. Die Endkontrolle aller Arbeiten erfolgt vor Auslieferung an den Partner-Zahnarzt durch das deutsche Ratiodental-Meisterlabor in Köln.

*RATIODENTAL GmbH
Frankfurter Straße 44
51065 Köln
Tel.: 02 21 / 62 00 9 – 02
Fax: 02 21 / 62 00 9 – 06
<http://www.ratiodental.de>
E-Mail: kontakt@ratiodental.de*

Dentsply DeTrey

Total-Etch-Klassiker in Gold

Prime&Bond NT hat sich als Total-Etch-Adhäsiv mit über 700 Millionen weltweiten Anwendungen seit zehn Jahren bewährt und stellt in vielen Ländern den Goldstandard dar. Grund genug für Dentsply DeTrey, dieses Jubiläum mit einer besonderen Veranstaltung zu würdigen: Drei Prime&Bond NT Flaschen aus 14 Karat Gold im Wert von jeweils über 4000 Euro wurden an Zahnarztpraxen verlost, die am internationalen Gewinnspiel teilgenommen hatten. Einer der Gewinner stammt aus Deutschland – die Praxis Dr. Knupfer aus Laichingen. Dank der tiefen Penetrationsfähigkeit und verstärkten



Hybridschicht garantiert Prime&Bond NT gute Haftwerte auf Schmelz und Dentin. Das Ein-Flaschen-Design sorgt für eine sichere, einfache und schnelle Applikation.

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

J. Morita

Kompakt, präzise, starkes Design



Der Apex-Locator „Root ZX mini“ von J. Morita vereint Design und Präzision auf kompaktem Raum: Mit etwa 6 cm x 11 cm x 6 cm passt der „Mini“ in jede Hand, braucht wenig Stellfläche und lässt sich auf jeder Ablage platzieren. Hier spiegelt Morita den Grundsatz „Form Follows Function“. Der in vier verschiedenen Farben erhältliche Mini bringt wie sein großer Bruder, der DentaPort

Root ZX, alle Voraussetzungen zum Erfolgsmodell mit, zumal er ebenfalls nach der bewährten Quotientenmethode arbeitet. Dabei werden die Impedanzen zweier Stromfrequenzen (400 Hz und 8 kHz) gemessen, was eine absolut exakte Längenbestimmung ermöglicht. Blut, Elektrolyte oder andere Substanzen beeinträchtigen die Zuverlässigkeit der Messung nicht. Ein Nullabgleich vor jeder Messung ist überflüssig, die automatische Kalibrierung eliminiert Störfaktoren, wie zum Beispiel Temperaturänderungen innerhalb des Wurzelkanals.

J. Morita Europe GmbH
 Justus-von-Liebig-Straße 27a
 63128 Dietzenbach
 Tel.: 0 60 74 / 8 36 – 0
 Fax: 0 60 74 / 8 36 – 299
<http://www.jmoritaurope.com>
 E-Mail: info@jmoritaurope.com

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

Imtegra**Live-OP Videoübertragung**

Imtegra präsentierte auf der IDS neue Lösungen für die Live-OP Übertragung und die Video-Behandlungsdokumentation. Die fernsteuerbare OPcam oder die Kopfkamera Loupecam ermöglichen dem Behandler oder Referenten, sich auf die Behandlung zu konzentrieren, ohne bei der Qualität Abstriche machen zu müssen. In Kombination mit der Videoübertragung gewinnt auch die Behandlungsdokumentation an Bedeutung. Das MediCap-Aufnahmegerät ist ein benutzerfreundlich und umfangreich ausgestatteter Videorecorder. Externe Videoquellen lassen sich problemlos anschließen und ermöglichen so die Aufnahme von Behandlungssequenzen ohne großen Aufwand. Videos sowie



Standbilder werden komfortabel per Fußschalter oder Knopfdruck auf einem USB-Stick oder einer optionalen Festplatte aufgenommen und in Echtzeit in DVD-Qualität (MPEG2) beziehungsweise JPEG konvertiert.

*Imtegra OHG
Postfach 16 11 05
18024 Rostock
Tel.: 03 81 / 12 17 21 – 0
<http://www.imtegra.de>
E-Mail: info@imtegra.com*

Nemris**Implantologisches Gipfeltreffen**

Nach dem Erfolg und der positiven Resonanz auf das erste implantologisch-ästhetische Gipfeltreffen im März 2008 organisiert Nemris 2009 eine weitere Veranstaltung. Am 23. und 24. Oktober 2009 werden in Lam Top-Referenten erwartet, darunter Prof. Dr. Ulrich P. Saxer, Zürich, Prof. Dr. Marc Quirynen, Leuven, Dr. Stefan Neumeyer, Eschlkam und Dr. Urs Brodbeck, Zürich. Das Thema lautet „Allgemeinmedizi-

nische Probleme im Fokus der zahnärztlichen Implantologie“. Eine Mischung aus wissenschaftlichen Vorträgen, Wellness sowie sportlichen Aktivitäten sorgen auch bei diesem Gipfeltreffen für Abwechslung.

*Nemris GmbH & Co. KG
Dental Evolution
Marktstraße 2
93453 Neukirchen b. Hl. Blut
Tel.: 0 99 47 / 90 418 – 0
Fax: 0 99 47 / 90 418 – 10
<http://www.nemris.de>
E-Mail: info@nemris.de*

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

Komet/Gebr. Brasseler**Videos bereichern Internetseite**

Eine neue Rubrik mit Videos belebt die Internetseite www.kometdental.de. Wer hier klickt, hat zurzeit die Auswahl zwischen sechs Fachgebieten – Composite, Prothetik, Endodontie, Chirurgie, Implantologie und Labor. Hinter all diesen Punkten sind Animationsfilme hinterlegt, welche eine Anleitung zum Produkt und Fortbildung miteinander kombinieren. Besonders sehenswert sind die beiden Endo-Neuheiten EasyShape und AlphaKite, die typischen Unterscheidungsmerkmale und die Anwendung dieser zwei neuen NiTi-Wurzelkanalaufbereitungssysteme wurden sehr anschaulich dargestellt. Unter den Rubriken Chirurgie und Implantologie



warten zudem Anwendervideos. Darin zeigt Dr. Ivo Agabiti im Rahmen der Sonosurgery unter Einsatz der SFS-Schallspitzen beispielsweise eine Kieferkammspreizung, die Extraktion eines Weisheitszahnes und eine chirurgische Zahnentfernung.

*Komet/Gebr. Brasseler
GmbH & Co KG
Trophagener Weg 25
32657 Lemgo
Tel.: 0 52 61 / 701 – 700
Fax: 0 52 61 / 701 – 289
<http://www.kometdental.de>
E-Mail: info@brasseler.de*

Ultradent Products**IDS-Renner: Bleaching to go**

Zahnaufhellung „Live“ mit Opalescence selbst erleben – das wollten 1 900 IDS-Besucher am Stand von Ultradent Products. Sie testeten trèswHITE supreme, das „Bleaching to go“, um die einfache, preiswerte Aufhellungsmethode sachgerecht beurteilen zu können. Die Einschätzungen nach einer halben Stunde Tragezeit waren überzeugend: Rund 90 Prozent der Testpersonen waren begeistert, bewerteten Handhabung und Tragekomfort mit „sehr gut“ und „gut“ und wollen trèswHITE supreme ihren Patienten empfehlen. Stündlich konnten sich Patienten live von einer Zahnärztin mit Opalescence Boost behandeln lassen – die Terminliste war nach kurzer Zeit randvoll. Die ge-



zielte, rasche „Chairside“-Aufhellung wirkt durch chemische Aktivierung und benötigt kein Licht; damit entfallen der Aufwand und auch die Risiken, die von Bleaching-Leuchten ausgehen können.

*Ultradent Products, USA
UP Dental
Am Westhover Berg 30
51149 Köln
Tel.: 01 80 / 100 07 88
Fax: 0180 / 100 07 90
<http://www.updental.de>
E-Mail: info@updental.de*

Heraeus

Weitere Werkstoffe für cara

Für die Überpress- und Gusstechnik bietet das CAD/CAM-System cara jetzt auch transparentes PMMA. Die Überpresstechnik erfährt durch die Möglichkeit des File Splittings in moderner Gestaltungssoftware derzeit eine Renaissance. Das zeitaufwendige Modellieren vollanatomischer Anteile kann nun vollständig in die CAD-Konstruktion verlagert werden und ist in wenigen Minuten gemacht. Dabei wird das Kappchen aus Zirkonoxid mit der vollanatomischen Überkonstruktion in einem Arbeitsgang angelegt und anschließend gefertigt. Zudem können Zahntechniker mit cara nun auch zahnfarbene Kunststoff-Provisorien (Zahnfar-



be A2) in hoher Qualität fertigen. Wie die cara-Restaurationen aus Zirkoniumdioxid zeichnen sich die gefrästen Kunststoffrestaurationen durch Präzision und glatte Oberflächen aus. Die Nacharbeit beschränkt sich damit auf das Aufpolieren des Kunststoffes.

*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-dental.com>
E-Mail: susanne.muecke@heraeus.com*

Wieland

Anteile der Implantat Tochter verkauft

Mit dem Verkauf der Anteile an Wieland Dental Implants konzentriert sich Wieland Dental + Technik im Dentalbereich auf die Kernkompetenzen CAD/CAM, Dentallegierungen, Galvanotechnik und Keramikmaterialien. Die veräußerten Anteile von Wieland Dental Implants wurden von CAD Implants SIA übernommen. Die CAD Implants SIA ist eng mit einem der wichtigsten Abnehmer von wi.tal-Implantaten verbunden und wird nicht nur das bisherige wi.tal-Implantatgeschäft weiterführen, sondern den Vertrieb international weiter ausbauen. Kunden können das Implantatsystem ohne Einschränkungen weiter beziehen. Auch der Standort Wiernsheim sowie die dortigen Arbeits-



plätze bleiben in vollem Umfang erhalten. Das Foto zeigt Rolf Scherberger, den Geschäftsführer von Wieland Dental Implants.

*Wieland Dental + Technik GmbH & Co.KG
Schwenninger Straße 13
75179 Pforzheim
Tel.: 08 00 / 943 52 63
<http://www.WIELAND-international.com>
E-Mail: info@wieland-dental.de*

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

GC Germany

Drei Superhartgips-Spezialisten



Gipsqualität für präzise und maßhaltige Meistermodelle gibt es jetzt auch als fließfähige Sockelvariante und für die CAD/CAM-Technik. Für prothetische Arbeiten ist GC Fujirock EP einer der beliebtesten Spezialhartgipse der Klasse vier. Damit Zahnkränze

und Sockel noch exakter und stabiler gelingen, hat GC Europe seinen thixotropen Dentalgips um zwei Spezialvarianten ergänzt: Das reflexionsfreie GC Fujirock EP OptiXscan für moderne Scannersysteme und das besonders fließfähige GC Fujirock EP OptiFlow für Sockel mit geringer Expansion. Alle drei Superhartgipse lassen sich miteinander kombinieren.

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

DÜRR DENTAL

Pastateller für die Praxis-Collection



Die Praxis-Collection von Dürr Dental trägt mit edlem Porzellan der thüringischen Traditionsmarke Kahla in vielen Praxen zu einem sympathischen Ambiente bei. Bereits vorhandene Sammlungen können jetzt um exklusiv-

ve Pastateller in den Farben Safran, Apfelsine, Aqua und Minze erweitert werden: Zu jeder Bestellung von vier 2,5-Liter-Flaschen Dürr System-Hygiene oder einem Orotol Combi-Set werden zwei Kahla-Teller gratis mitgeliefert, bei einer Bestellung von acht 2,5-Liter-Flaschen sogar vier Teller. Das Angebot gilt in Deutschland und Österreich und ist bis zum 30. Juni befristet.

DÜRR DENTAL AG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 0 71 42 / 705 – 290
Fax: 0 71 42 / 705 – 430
<http://www.duerr.de>
E-Mail: barnowski.c@duerr.de



Absender (in Druckbuchstaben):

Kupon bis zum 6. 6. 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:

- 3M ESPE** – „Digitale Dentale Technologien“ (S. 118)
- American Dental Systems** – Kursreihe zu Adhäsiv-Verfahren (S. 118)
- Astra Tech** – Implantag 2009 im Juni (S. 122)
- atacama** – Bürofläche am Stammsitz verdoppelt (S. 118)
- BEGO Implant Systems** – Stabiles Weichgewebe (S. 119)
- Champions** – Systemwechsel leicht gemacht (S. 122)
- Coltène/Whaledent** – Autoklavierbare Abformungen (S. 119)
- Dentsply DeTrey** – Total-Etch-Klassiker in Gold (S. 123)
- Dr. Ihde Dental** – Intensives OP-Training auf Kuba (S. 120)
- DÜRR DENTAL** – Pastateller für die Praxis-Collection (S. 126)
- DYNA-MESS** – Bedienerfreundliche Prüfmaschine (S. 119)
- el maxxion** – Zwei Wellenlängen in einem Gerät (S. 119)
- GC Germany** – Drei Superhartgips-Spezialisten (S. 126)
- GlaxoSmithKline** – Vibrierende Handzahnbürste (S. 118)
- Heraeus** – Weitere Werkstoffe für cara (S. 125)
- Integra** – Live-OP Videoübertragung (S. 124)
- J. Morita** – Kompakt, präzise, starkes Design (S. 123)
- Komet/Gebr. Brasseler** – Videos bereichern Internetseite (S. 124)
- MICRO-MEGA** – Schneiden, Abtransportieren, Reinigen (S. 122)
- Nemris** – Implantologisches Gipfeltreffen (S. 124)
- Nobel Biocare** – Eine Idee macht Schule (S. 120)
- OPEN MIND** – Großes Interesse an hyperDENT (S. 120)
- RATIODENTAL** – Die Marke für ein schönes Lächeln (S. 122)
- Ultradent Products** – IDS-Renner: Bleaching to go (S. 124)
- VOCO** – Mit Sicherheit ein fester Halt (S. 120)
- Wieland** – Anteile der Implantat Tochter verkauft (S. 125)

zm – Zahnärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Behrenstraße 42
D-10117 Berlin
Tel: +49 30 280179-40
Fax: +49 30 280179-42
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

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
Stefan Grande, (Praxismanagement,
Finanzen, Recht) pit; E-Mail: m.pitzken@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, M.A., (Politik, EDV, Technik, Leitung Online), ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de

Layout:

Piotr R. Luba (verantwortlich)

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Egbert Maibach-Nagel

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sondereile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Mitgliedern einer Zahnärztekammer empfehlen wir, sich bezüglich einer Änderung der Lieferanschrift direkt an die Bundeszahnärztekammer unter Tel. +49 30 40005122 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.

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.: +49 2234 7011-0
Fax: +49 2234 7011-255 oder -515
www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH:

Jürgen Führer, Dieter Weber

Leiter Zeitschriftenverlag:

Norbert Froitzheim
E-Mail: Froitzheim@aerzteverlag.de

Vertrieb und Abonnement:

Nicole Ohmann, Tel. +49 2234 7011-218
E-Mail: Ohmann@aerzteverlag.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil:

Marga Pinsdorf, Tel. +49 2234 7011-243
E-Mail: Pinsdorf@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten:

Nord/Ost: Götz Kneiseler
Umlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Mitte/Südwest: Dieter Tenter
Schanzenberg 8a, 65388 Schlangenbad
Tel.: +49 6129 1414, Fax: +49 6129 1775
E-Mail: tenter@aerzteverlag.de

Süd: Ratko Gavran

Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414
E-Mail: gavran@aerzteverlag.de

Herstellung:

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
Vitus Graf, Tel. +49 2234 7011-270
E-Mail: Graf@aerzteverlag.de
Alexander Krauth, Tel. +49 2234 7011-278
E-Mail: Krauth@aerzteverlag.de

Datenübermittlung Anzeigen:

ISDN +49 2831 396-313, +49 2831 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 1. Quartal 2009:

Druckauflage: 82 217 Ex.

Verbreitete Auflage: 80 972 Ex.

99. Jahrgang

ISSN 0341-8995

- 3M Espe AG**
Seite 53
- ACTEON Germany GmbH**
Seite 101
- American Dental Systems GmbH**
Seite 27
- Astra Tech GmbH**
Seite 57
- BAI-Edelmetall AG**
Seite 123
- Bego Implant Systems GmbH & Co. KG**
Seite 43
- biodentis GmbH**
Seite 39
- Brasseler GmbH & Co. KG**
2. Umschlagseite
- Champions Implants GmbH**
Seite 89
- Coltène/Whaledent GmbH & Co. KG**
Seite 7, 9 und 77
- CompuDENT Praxiscomputer GmbH & Co. KG**
Seite 123
- DENTAID GmbH**
Seite 31
- Dental Magazin**
Seite 117
- dentaltrade GmbH & Co. KG**
Seite 17
- Dentsply DeTrey GmbH**
Seite 25
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/Thieme**
Seite 115
- Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/
Versandbuchhandlung**
Seite 121 und 125
- Deutscher Zahnärztetag**
Seite 4 und 5
- Dexcel Pharma GmbH**
Seite 19
- DGI e.V.**
Seite 21
- DMG Dental-Material GmbH**
Seite 15
- doctorseyes GmbH**
Seite 76
- Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG**
Seite 87
- Dux Dental BV**
Seite 111
- Euronda Deutschland GmbH**
Seite 93
- Gaba GmbH**
Seite 47
- GC Germany GmbH**
Seite 105
- Girardelli Dental-Medizinische Produkte**
Seite 83
- GlaxoSmithKline Consumer Healthcare GmbH & Co. KG**
Seite 73
- Heraeus Kulzer GmbH**
3. Umschlagseite
- ic med EDV-Systemlösungen für die Medizin GmbH**
Seite 29
- IFG Internationale Fortbildungsgesellschaft**
Seite 71
- imex Dental + Technik GmbH**
Seite 23
- InteraDent Zahntechnik GmbH**
Seite 67
- Ivoclar Vivadent GmbH Clinical**
Seite 99
- Johnson & Johnson GmbH**
Seite 91
- K.S.I. Bauer-Schraube GmbH**
Seite 65
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 45
- Kettenbach GmbH & Co. KG**
Seite 97
- Keystone Dental GmbH**
Seite 81
- KURARAY Europe GmbH**
Seite 61
- medentis medical GmbH**
Seite 95
- Nemris GmbH & Co. KG**
Seite 123
- Pharmatechnik GmbH & Co. KG**
Seite 63
- Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**
Seite 55
- Semperdent GmbH**
Seite 85
- Sirona Dental Systems GmbH**
4. Umschlagseite
- solutio GmbH**
Seite 79
- Spectator Dentistry**
Seite 148
- Trinon Titanium GmbH**
Seite 33
- Vita Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG**
Seite 13
- Voco GmbH**
Seite 51
- W&H Deutschland GmbH & Co. KG**
Seite 69
- WHITEsmile GmbH**
Seite 11
- ZM-Jahresband**
Seite 113
- ZM-Online**
Seite 107
- Vollbeilagen**
7days jobwear Marc Staperfeld GmbH
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH/Thieme
Dr. Kurt Wolff GmbH & Co. KG
Imtec Europe GmbH
**Kurpfalz-Internat/
Schloss Torgelow**
- Teilbeilage in PLZ 5**
J+K Chirurgische Instrumente GmbH

Kommunikationspreis von proDente

Regionale Aktivitäten gewürdigt

Mit der erstmaligen Ausschreibung des „proDente Kommunikationspreises 2009“ will die Initiative proDente e.V. erreichen, dass beispielhafte Aktivitäten Schule machen. Das breite Spektrum der eingereichten Beiträge regionaler Aktivitäten von Zahnärzten und Zahntechnikern zeuge von großem Engagement vor Ort, so die Initiative bei der Preisverleihung. Besonders gefallen hat der Jury der soziale Aspekt vieler Beiträge und die Kooperation von Zahnärzten und Zahntechnikern. In der Kategorie Print konnte die Broschüre des „Qualitätskreis Dentalgesundheit Ratingen“ (Quadrat) überzeugen. In der Kategorie „Interaktiv“ zeichnete die Jury das Labor ArGe Zahntechnik Heitmüller für sei-

ne vielfältigen Aktionen in Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Zahnärzten Dres. Hattmerer & Höffler aus. „Die Zahl der Einsendungen sowie die Qualität der Beiträge auf regionaler und lokaler Ebene haben uns sehr überrascht und gefreut. Genau diesem Ideenreichtum und den

Aktionen vor Ort sollte dieser Preis Rechnung tragen“, zieht Dirk Kropp, Geschäftsführer der Initiative proDente e.V. nach der Jurysitzung Bilanz. Unter insgesamt 43 Einsendungen vergab die Jury jeweils einen Preis in den Kategorien „Print“ und „Interaktiv“.



Foto: proDente e.V.

Neue KKH-Allianz

Kailuweit wird Chef

Ingo Kailuweit ist in Berlin zum Vorstandsvorsitzenden der neuen KKH-Allianz gewählt worden. Nach der Fusion von BKK Allianz und der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) hatte sich das ehrenamtliche Verwaltungsgremium der neuen Kasse erstmals zusammengefunden

und die Vorstände für weitere sechs Jahre wiedergewählt. Neben Kailuweit führt Rudolf Hauke als Vorstandsmitglied die Geschäfte der KKH-Allianz. Im neuen Verwaltungsrat der Krankenkasse sind Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber zu gleichen Teilen vertreten.

ck/pm

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. 10
2009

Bitte senden Sie mir folgende Unterlagen:

Kupon schicken oder faxen an:

zm-Redaktion
Leserservice
Postfach 41 01 69
50861 Köln

- Bekes/Kleeberg : Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (S. 36): Literaturliste
- Kämmerer/Klein: Hämophilie und zahnärztliche Behandlung (S. 40): Literaturliste
- Lauer/Müller: Epidermolysis bullosa (S. 48): Literaturliste
- Hemprich: Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten (S. 58): Literaturliste
- Heel: Impressionen aus dem Reich der Mitte (S. 102): Literaturliste

diese Unterlagen können auch via Internet zugesandt werden – hier zusätzlich unsere e-mail-Adresse (in Druckbuchstaben):

KZBV zur eGK

Ausgabe nicht vor Ende 2009

Die KZBV hat Meldungen, nach denen die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bereits im Sommer beginne, als unrealistisch bezeichnet. Vor Jahresende mache die Kartenausgabe an die Versicherten gar keinen Sinn, weil die Voraussetzungen für den Betrieb selbst in der Startregion Nordrhein noch fehlten, sagte der stellvertretende KZBV-Vorsitzende Dr. Günther E. Buchholz.

Laut Buchholz sind die Heilberufe noch gar nicht auf die Verarbeitung der eGK eingestellt: „Zuerst müssen die Praxen in Nordrhein, später auch die in den benachbarten Regionen, mit den nötigen Kartenlesegeräten ausgestattet werden.“ Buchholz: „Im ärztlichen Bereich hat die Umstellung begonnen, läuft aber schleppend. In den Zahnarztpraxen beginnt die Umstellungsphase wahrscheinlich in Kürze, dauert dann aber mindestens bis Oktober.“ Zudem gebe es derzeit noch gar keine zugelassenen mo-

bilen Lesegeräte, die zur Verarbeitung der eGK bei Hausbesuchen oder Besuchen in Heimen und Pflegeeinrichtungen notwendig sind. Selbst die gematik gehe in internen Dokumenten mittlerweile von November als frühestmöglichem Zeitpunkt für die Kartenausgabe aus. Angesichts dieser Faktenlage hält Buchholz die Einschätzung für unrealistisch, die eGK könne bereits im Sommer ausgegeben werden: „Wenn man die Ernte schon einfahren will, bevor man das Korn gesät hat, dann kann das nicht funktionieren.“

Er fordert daher für den weiteren Projektverlauf ein zielgerichtetes Verfahren, das auch die Bedürfnisse der Ärzte und Zahnärzte berücksichtigt.

Buchholz: „Die Projektplanung muss angepasst werden. Dazu gehört eine realistische Zeitplanung. Ein entsprechender Auftrag an die gematik ist erteilt.“

ck/pm

Kommentar

Mehr Sachlichkeit

Schweinegrippe, Mexikanische Grippe – schon die Namen lassen uns erschauern und an Pest und Siechtum denken. Auch bedingt durch die eher magere Nachrichtenlage wird man stündlich wieder mit Horrormeldungen zur Epidemie gefüttert. Doch entspricht die Panikmache auch den Fakten? Sicher ist: Das Virus wurde 1930 bei Schweinen entdeckt und ist ein Ableger der Spanischen Grippe, die 1918 wütete und Millionen Opfer forderte. Fest steht

mittlerweile auch, dass es sich auch von Mensch zu Mensch überträgt.

Vor dem Hintergrund, dass das Robert Koch-Institut jährlich mit 8000 Grippetoten rechnet, hingegen die WHO beim „Influenza A“ von 35 Todesfällen im Jahr ausgeht, relativiert sich freilich jede Hysterie. Fazit: Ein bisschen mehr Sachlichkeit täte dem Thema besser als blanker Sensationsjournalismus.

Claudia Kluckhuhn

BZÄK zur Schweinegrippe

Zahnärzte sollten RKI-Infos beachten

Immer neue Sensationsmeldungen zur sogenannten Schweinegrippe oder Mexikogrippe stehen zurzeit in der Tagespresse. Patienten und Zahnärzte sollten sich stattdessen an den sachlichen Einschätzungen des Robert



Foto: dpa

Koch-Instituts (RKI) orientieren, empfiehlt die BZÄK.

Das RKI sieht laut BZÄK keine allgemeine Gefährdung durch die neue Grippe. Durch die weltweit steigende Zahl von Patienten und betroffenen Staaten erhöhe sich indes das Risiko für weitere eingeschleppte Erkrankungen. Damit könne auch die Zahl derer steigen, die mit dem Erreger in Kontakt kommen. Um eine Ausbreitung zu verhindern, sollten generell empfohlene Hygienemaßnahmen besonders beachtet werden, vor allem im Kontakt zu Reiserückkehrern aus betroffenen Regionen.

ck/pm

Infos zur Schweinegrippe unter: <http://www.rki.de/influenza>.

Bundesgesundheitsministerium

Ärzte müssen Schweinegrippenfälle melden

Ärzte müssen Verdachtsfälle und Erkrankungsfälle der Schweinegrippe an das Gesundheitsamt melden. Das hat das BMG jetzt mittels einer Rechtsverordnung festgelegt. Die Rechtsverordnung ist vor kurzem in Kraft getreten. Die Arztmeldepflicht wird damit nach dem Infektionsschutzgesetz auf Fälle der neuen A/H1N1 ausgedehnt. Zur Beurteilung von Verdachtsfällen gibt das Robert Koch-Institut eine

Empfehlung für Ärzte heraus. Die Rechtsverordnung soll die Möglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes stärken, dem Auftreten des neuen Erregers in Deutschland so früh wie möglich mit Maßnahmen zur Krankheitsverhütung und –bekämpfung zu begegnen.

ck/pm

Die Rechtsverordnung ist in einer Sonderausgabe des Bundesanzeigers erschienen. Weitere Informationen unter: www.bmg.bund.de und www.rki.de



Bildinfo: PD

BZÄK-Büro in Brüssel

Neues Team

Seit dem 1. Mai 2009 ist im Brüsseler Büro der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ein neues Team tätig, welches die Interessen der deutschen Zahnärzte am Sitz der europäischen Institutionen vertreten soll. Neben Kathy Sauvage (Sekretariat) und Mary van Driel (Kommunikation), die beide für eine Tätigkeit bei der BZÄK zurückgewonnen werden konnten, komplettiert RA Florian Lemor als Leiter des Brüsseler Büros dieses

Team. Lemor war zuvor als Geschäftsführer beim Bundesverband der Freien Berufe in Brüssel und Berlin tätig. Mit dieser personellen Neuausrichtung reagiert die BZÄK auf die wachsende Bedeutung Europas auch für die Zahnärzte. Das Foto zeigt (v.l.n.r.) René Krousky, Justitiar der BZÄK, Kathy Sauvage, Mary van Driel, Florian Lemor und den BZÄK-Vizepräsidenten Dr. Michael Frank. BZÄK



Versandapotheken

Neues Register für mehr Transparenz

Ein neues Register soll mehr Transparenz über Apotheken mit Versandhandelserlaubnis im Internet schaffen. Darauf verweisen das BMG und das ihm unterstellte Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Für Versandapotheken gelten dieselben Anforderungen wie für jede öffentliche Apotheke. Bislang konnten Verbraucher im Internet jedoch nicht erkennen, ob eine Apotheke eine Erlaubnis zum Versandhandel für Deutschland

besitzt. Alle zugelassenen Versandapotheken erhalten jetzt das Sicherheitslogo des DIMDI. Mit einem Klick auf das Logo können Verbraucher künftig auf den Webseiten einer Versandapotheke den entsprechenden Eintrag im Versandapothekenregister beim DIMDI aufrufen. Nur Apotheken mit Versandhandelserlaubnis für Deutschland, die ihr Einverständnis zum Eintrag gegeben haben, werden im Register beim DIMDI erfasst. ck/pm

Ulla Schmidt befürchtet

Drei-Milliarden-Loch im Gesundheitsfonds

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) rechnet wegen der tiefen Rezession in Deutschland mit erheblichen Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds. Der prognostizierte stärkere Einbruch bei Beschäftigung und Löhnen beeinflusst natürlich die GKV-Beiträge. Schmidt: „Wenn solche Prognosen tatsächlich eintreten würden, würden über drei Milliarden Euro weniger Beiträge fließen.“ Auch die Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Doris Pfeiffer, erklärte: „Wir erwarten infolge der Krise einen spürbaren Rückgang der Beitragszahlungen.“ Wenn der GKV-Schätzerkreis getagt habe, könne man die Auswirkun-

gen der Rezession auf die Krankenversicherung genauer abschätzen. Schmidt versicherte erneut, in diesem Jahr würden konjunkturbedingt ausfallende Beiträge vom Steuerzahler ausgeglichen. Allerdings müssen die Kassen diesen Zuschuss später zurückzahlen. Der Chef der KKH-Allianz, Ingo Kailuweit, forderte angesichts der Prognose eine Aufhebung der Rückzahlungspflicht für die Krankenkassen. „Bei einer Finanzlücke in dieser Höhe ist es unmöglich, dass die Kassen die Beiträge 2011 zurückzahlen“, erklärte er. ck/dpa

GKV-Versicherte

Sachleistungsprinzip bevorzugt

Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums bevorzugen die Versicherten trotz der erweiterten und flexibilisierten Möglichkeiten zur Wahl der Kostenerstattung nach wie vor „eindeutig“ das Sachleistungsprinzip. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der GKV-Spitzenverband beauftragt, dem BMG einen Bericht über die Erfahrungen mit der Neuregelung der Kostenerstattung vorzulegen. Die Kostenerstattung werde nur von einem „äußerst kleinen Teil“ der rund 70,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherten gewählt, heißt es in der Stellungnahme des BMG zu dem GKV-Bericht. Danach wählten vor in Kraft treten des GKV-WSG rund

122 000 Versicherte oder 0,17 Prozent das Kostenerstattungsprinzip. Nach der Neuregelung hätten sich rund 132 000 oder 0,19 Prozent aller GKV-Versicherten für die Kostenerstattung entschieden. Rund 63 Prozent der Versicherten machten von der Möglichkeit zur Wahl einer Beschränkung der Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche Gebrauch. Ganze 37 Prozent hätten die Kostenerstattung ohne Beschränkung gewählt. Laut BMG gingen daher Vorschläge und Forderungen zur generellen Einführung der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips an den Bedürfnissen der Versicherten vorbei. ck/pm



Gesund beginnt im Mund

Pelz-BHs gegen Milcheis

Wegen der klirrenden Kälte von minus 50° C trugen sibirische Milchkühe letzten Winter Pelz – als Schutz vor Erfrierungen am

Euter. Bäuerinnen im ostsibirischen Jakutien schneiderten die dreieckigen Euterhalter (EH) aus Hasenfell, wie die staatliche

Agentur RIA Nowosti mitteilte. Andernfalls hätte die Gefahr bestanden, dass die Kühe keine Milch mehr gegeben und lang-

Kolumne

Salz, Sex und Fluorid

Schon toll, was Verbände so tun. Zum Beispiel der Verband der Kali- und Salzindustrie. Er schwört darauf, dass ohne Salz „nix“ geht. Okay, zumindest in allen Fragen rund um Fruchtbarkeit, Sex und Schönheit. Da wird griechische Mythologie beschworen (die Alten wussten's schon, weil Aphrodi-

te ja schließlich nicht nur als „Schaum-“, sondern auch als die „im Salzwasser Geborene“ bezeichnet wurde), da

fehlt auch nicht der Hinweis auf das nötige Salz in der Ursuppe allen Lebens, da wird Aristoteles als Zeuge herangezogen, dass Schafe zwecks Fruchtbarkeit einen richtig balancierten Salzhaushalt benötigen. Selbst die sexuelle Attraktivität von Homo sapiens, so bemüht die Öffentlichkeitsarbeit des Verbandes die Arbeit zweier Wissenschaftler, wird – ganz klar – durch Salz gesteuert. Der Dopaminhaushalt übrigens auch. Und wer es jetzt noch

■ **Ihr Philosoph im Kittel sinniert über Gott und die Welt, auch jeden Freitag neu im Netz unter www.zm-online.de**

nicht glaubt: Ägyptische Priester haben Salz gemieden, um keusch leben zu können.

Das Fazit ist selbstverständlich: „Der Mensch ist offensichtlich nicht an einen Salzbedarf angepasst und auch nicht in der Lage, diesen über längere Zeit unbeeinträchtigt auszuhalten“, werden die beiden Wissenschaftler vom Verband zitiert. Ja Himmel Herren Götter, und das alles nur mit Salz!

Da muss ja jeder Journalist sofort den Streuer zücken, den gebührenden Platz im Blatt freimachen (hiermit getan!), lauthals „Streut Salz, streut Salz!“ rufen und dem Gewürz den nötigen Tribut zollen. Gerade in einer kinderlosen Zeit wie der unsrigen müssen wir doch für Ausgewogenheit sorgen – und sei es auch nur in der Welt der Mineralien. Chapeau Verband! Aber da fällt mir ein: Was ist eigentlich mit Fluorid? Da müssen wir doch mal den Verband fragen, meint

Ihr vollkommener Ernst

wierig hätten behandelt werden müssen, wurde ein Behörden-sprecher zitiert.

Jakutien ist als Kälteloch bekannt. Dort liegt der kälteste ständig bewohnte Ort der Welt – dem „Guinness Buch der Rekorde 1994“ zufolge das sibirische Dorf Oimjakon auf 700 Metern Höhe mit 4000 Einwohnern. 1933 fiel dort die Temperatur auf minus 68° C. pit/ÄZ/dpa

Kreisverkehr

Eine Spazierfahrt der besonderen Art unternahm eine Frau aus Braunschweig: Mit ihrem neuen Sportwagen drehte sie Runde um Runde in einem Kreisverkehr an der Goslarschen Straße – exakt 50 Mal. Besorgte Anwohner riefen die Polizei, als sie die Fahrerin bei ihrer scheinbar endlosen Fahrt im Kreis beobachteten. Die Beamten geleiteten die 62-jährige in ihrem knallroten Auto schließlich zu einem Boxenstopp außerhalb des Kreises und stellten sie zur Rede.



Sie trauten ihren Ohren nicht, als die Frau die Fahrt im Kreis begründete: Sie wollte ihren neuen Wagen etwas einfahren. Nach ihrer Auffassung sei der übliche Straßenverkehr dafür nicht geeignet. „Dort geht das nicht so gut“, erklärte sie. Schwindelig war ihr scheinbar nicht, auch fanden die Polizisten bei der Braunschweigerin keinen Hinweis auf Alkohol. Die Spazierfahrt endete so nur mit einer Verwarnung. pit/DÄB